

Nhiễm SARS-CoV-2 trong thai kỳ: Báo cáo trường hợp đầu tiên được mổ lấy thai cấp cứu tại Việt Nam và điểm qua y văn

Trần Đình Vinh¹, Vũ Văn Long¹, Phạm Chí Kông¹

¹ Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng

doi:10.46755/vjog.2020.4.1169

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Trần Đình Vinh, email: vinhtd@danang.gov.vn

Nhận bài (received): 16/12/2020 - Chấp nhận đăng (accepted): 18/03/2021

Tóm tắt

Ngày 11/3/2020, Tổ chức Y tế thế giới đã chính thức công bố đại dịch COVID-19 trên toàn thế giới. Mặc dù số người nhiễm SARS-CoV-2 ngày càng tăng, nhưng các dữ liệu về SARS-CoV-2 ở phụ nữ mang thai còn hạn chế. Chúng tôi báo cáo trường hợp thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 đầu tiên được mổ lấy thai cấp cứu tại Việt Nam. Đây là bệnh nhân số 569 nhiễm SARS-CoV-2 tại Việt Nam, là 01 trong 02 thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 đầu tiên tại Việt Nam (cùng với bệnh nhân số 495 mang thai 11 tuần). Bệnh nhân có tiền sử điều trị tại Bệnh viện Đà Nẵng (là ổ dịch tại Thành phố Đà Nẵng) vì nhiễm trùng đường tiểu. Bệnh nhân xuất viện vào ngày 21/7/2020. Do có yếu tố dịch tễ nên được xét nghiệm tầm soát SARS-CoV-2. Ghi nhận lúc vào viện: thai 35 tuần, vết mổ cũ 02 lần, không sốt, ho khan ít, không khó thở. Bệnh nhân vẫn còn tiểu buốt, tiểu rát. Số lượng bạch cầu bình thường. Xét nghiệm SARS-CoV-2 dịch vòm mũi họng bằng kỹ thuật RT-PCR dương tính vào các ngày 5/8, 8/8, 13/8, 15/8 và âm tính vào ngày 17/8. Sau 02 tuần theo dõi, thai phụ có dấu hiệu chuyển dạ và đau vết mổ cũ nên được chỉ định mổ lấy thai, mổ ra bé gái 3000g, IA 8/1' - 9/5' vào lúc 21 giờ 10 phút ngày 15/8/2020. Sau mổ, bé và mẹ nằm cùng phòng và bé được nuôi bằng sữa mẹ. Quá trình hậu sản ổn định. Cả mẹ và bé được xuất viện vào ngày 22/8/2020 sau 03 lần xét nghiệm âm tính.

Từ khóa: COVID-19, SARS-CoV-2, lan truyền dọc, sơ sinh

SARS-COV-2 infection in pregnancy: A case report on the first emergency cesarean section in Vietnam and literature review

Tran Dinh Vinh¹, Vu Van Long¹, Pham Chi Kong¹

¹ Da Nang Hospital for Women and Children

Abstract

We report the first case of a pregnant woman infected with SARS-CoV-2 having an emergency cesarean section in Vietnam. This is the 569th patient infected with SARS-CoV-2 in Vietnam and is one of the first two pregnant women infected with SARS-CoV-2 in Vietnam (the patient number 495th). The patient has a history of treating urinary tract infection at Da Nang General Hospital (an outbreak in Da Nang City). The patient was discharged from the hospital on July 21, 2020. Due to epidemiological factors, screening for SARS-CoV-2 should be conducted. Upon hospital admission, the woman was presented with 02 previous C-section scars, no fever, mild dry cough and no dyspnea. Patient still suffered burning and pain during urination. Patient still suffered burning and pain during urination. Normal white blood cell count. The RT-PCR test for SARS-CoV-2 in nasopharyngeal swab specimens showed positive results for 4 times (each was 2-5 days following) and one negative result after 12 days. After 2 weeks of follow-up, the pregnant women showed signs of labor and were indicated for cesarean section, giving birth to a baby girl, 3000g, IA 8/1' - 9/5' at 9:10 pm on August 15, 2020. After surgery, the baby and the mother were in the same room and the baby was breastfed. The postpartum process is stable. Both mother and baby were discharged from hospital on August 22, 2020 after 3 negative test results.

Keywords: COVID-19, Neonate, Pregnancy, SARS-CoV-2, vertical transmission

1. MỞ ĐẦU

Ngày 11/3, Tổ chức Y tế Thế giới đã chính thức tuyên bố sự bùng phát của dịch viêm đường hô hấp cấp (COVID-19) do chủng mới của virus Corona (SARS-CoV-2) gây ra là đại dịch toàn cầu [1]. Việt Nam báo cáo trường hợp đầu tiên nhiễm SARS-CoV-2 vào ngày 22 tháng 01 năm 2020, là người Vũ Hán, Trung Quốc -

nơi xuất phát các ca bệnh đầu tiên trên thế giới [2]. Tính đến ngày 30/12/2020, thế giới ghi nhận có 82.242.958 trường hợp nhiễm SARS-CoV-2 và tại Việt Nam số lượng người nhiễm là 1.454 [3].

Mặc dù số ca nhiễm SARS-CoV-2 ngày càng tăng trên toàn cầu nhưng các bằng chứng về sự lây truyền, tỉ lệ, tác động của nhiễm SARS-CoV-2 lên cả mẹ lẫn con vẫn còn

hạn chế [4]. Do những thay đổi sinh lý về hệ miễn dịch và hệ tim mạch - hô hấp nên phụ nữ mang thai được xem là có nguy cơ cao bị nhiễm trùng đường hô hấp mắc phải do virus. Dựa trên dữ liệu từ các đợt bùng phát trước đây của Hội chứng hô hấp cấp nặng do coronavirus (severe acute respiratory syndrome Coronavirus-SARS-CoV) và Hội chứng viêm đường hô hấp vùng Trung Đông do Coronavirus (Middle East respiratory syndrome coronavirus -MERS-CoV), phụ nữ mang thai thường dễ bị các kết cục bất lợi như đặt nội khí quản, điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, suy thận và tử vong [5].

Phân tích tổng hợp của Allotey J và cộng sự gồm 77 nghiên cứu (13.118 thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 và 83.486 phụ nữ không mang thai độ tuổi sinh đẻ) cho thấy tỉ lệ nhiễm SARS-CoV-2 ở các thai phụ đến khám hay nhập viện với bất kỳ lý do gì là 10%. Tỉ lệ này thay đổi theo chiến lược lấy mẫu: 7% đối với các trường hợp được tầm soát đại trà và 18% đối với các trường hợp có triệu chứng [6]. Theo phân tích tổng hợp và tổng quan hệ thống của Khalil A và cộng sự, các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở các thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 là ho (71,4%, 95% CI 66,2 - 76,2%), sốt (63,3%, 95%CI 54,7 - 71,2%) và khó thở (34,4%, 95% CI 25,7 - 44,4%) [7]. Có nhiều bằng chứng cho thấy nhiễm virus có thể gây ra các biến chứng nặng nề trong thai kỳ. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều kết quả trái ngược nhau về ảnh hưởng của COVID-19 trong thai kỳ [8].

Hiện nay, vẫn chưa có bằng chứng rõ ràng về thời điểm tốt nhất để chấm dứt thai kỳ, sinh đường âm đạo hay mổ lấy thai là an toàn trong việc ngăn ngừa việc lây truyền từ mẹ sang con lúc sinh [9]. Tổng quan hệ thống của Juan và cộng sự cho thấy mặc dù có sự gia tăng của các nghiên cứu nhưng vẫn chưa có chứng cứ chất lượng tốt để rút ra các kết luận về mức độ trầm trọng của bệnh và các biến chứng đặc hiệu của bệnh ở phụ nữ mang thai cũng như vấn đề lây truyền dọc và các biến chứng ở trẻ sơ sinh và giai đoạn chu sinh [5].

Chúng tôi báo cáo trường hợp thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 đầu tiên được mổ lấy thai cấp cứu tại Việt Nam. Đây là bệnh nhân số 569 nhiễm SARS-CoV-2 tại Việt Nam, là 01 trong 02 thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 đầu tiên tại Việt Nam (cùng với bệnh nhân số 495 mang thai 11 tuần).

2. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân có PARA 2002, thai 35 tuần, vết mổ cũ 02 lần. Do có yếu tố dịch tễ nên thai phụ được tầm soát SARS-CoV-2 và có kết quả dương tính. Bệnh nhân được chuyển đến theo dõi và điều trị tại bệnh viện dã chiến Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng.

Vào thời điểm nhập viện, nhiệt độ thai phụ là 37°C, huyết áp 110/70mmHg, nhịp thở 20 lần/phút, ho khan ít, không khó thở, độ bão hòa oxy là 97%. Xét nghiệm công thức máu bình thường (hồng cầu $4,49 \times 10^{12}/l$, Hematocrit 39,0%, Hemoglobin 131 g/L, số lượng bạch cầu $5,5 \times 10^9/l$, bạch cầu trung tính 75,1%, lymphocyte 22,1%). Siêu âm thai bình thường. Xét nghiệm SARS-CoV-2 dịch vòm mũi họng bằng kỹ thuật RT-PCR dương tính vào các

ngày 5/8, 8/8, 13/8, 15/8 (vào ngày mổ lấy thai) và âm tính vào ngày 17/8. Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm đường hô hấp cấp do SARS-CoV-2 (COVID-19) của Bộ Y tế Việt Nam, thai phụ được xếp vào nhóm nhẹ (viêm đường hô hấp trên). Sau 03 ngày nhập viện, triệu chứng ho không còn. Do có triệu chứng viêm đường tiết niệu, bệnh nhân được cho uống kháng sinh (Zinnat 0,5g x 02 viên/ngày trong 07 ngày). Trong suốt quá trình theo dõi tại bệnh viện, bệnh nhân không sốt, không khó thở và không phải thở oxy. Bệnh nhân được đo CTG (cardiotocography) mỗi 03 ngày, siêu âm hàng tuần. Sau 02 tuần theo dõi, thai phụ có dấu hiệu chuyển dạ, đau vết mổ cũ và tuổi thai là 37 tuần nên được chỉ định mổ lấy thai, mổ ra bé gái 3000 g, IA 8/1' - 9/5' vào lúc 21 giờ 10 phút ngày 15/8/2020. Phương pháp vô cảm được sử dụng là gây tê tủy sống. Trong quá trình mổ lấy thai, do mặt trước tử cung dính vào thành bụng trước nên chúng tôi phải gỡ dính để bộc lộ đoạn dưới tử cung. Cuộc mổ diễn ra an toàn, không có diễn tiến bất thường. Bệnh nhân được sử dụng kháng sinh (Zimidiotic 1g x 02 lọ/ngày, tiêm tĩnh mạch chậm và Gentamycine 80 mg x 02 ống/ngày tiêm bắp) trong 07 ngày. Sau mổ, bé và mẹ nằm cùng phòng và bé được nuôi bằng sữa mẹ (vắt sữa mẹ cho uống). Quá trình hậu phẫu mổ lấy thai ổn định. Cả mẹ và bé được xuất viện vào ngày 22/8/2020 sau 03 lần xét nghiệm âm tính. Tổng thời gian bệnh nhân nằm theo dõi và điều trị tại bệnh viện là 22 ngày, trong đó thời gian hậu phẫu mổ lấy thai là 07 ngày.

3. BÀN LUẬN

Việt Nam xác định 270 trường hợp nhiễm SARS-CoV-2 trong vòng 100 ngày sau ca nhiễm đầu tiên vào ngày 22 tháng 01 năm 2020, trong đó 60% là các trường hợp nhập cảnh, 43% không có triệu chứng và không có trường hợp nào tử vong [10]. Tuy nhiên, sau 99 ngày không có ca nhiễm trong cộng đồng từ ngày 15/4/2020, Việt Nam phát hiện những ca mắc mới đầu tiên xuất phát từ 03 bệnh viện của Thành phố Đà Nẵng gồm Bệnh viện C, Bệnh viện Đà Nẵng và Bệnh viện Phục hồi chức năng Đà Nẵng vào ngày 16/7/2020 và từ đó lan rộng ra các tỉnh thành trên cả nước. Thành phố Đà Nẵng được xác định là tâm dịch của đợt bùng phát thứ hai này. Cho đến ngày 30/12/2020, Việt Nam ghi nhận 1.454 trường hợp nhiễm SARS-CoV-2, trong đó 35 ca tử vong [3].

Bệnh viện Đà Nẵng là bệnh viện đa khoa lớn nhất thành phố Đà Nẵng và là một trong những bệnh viện đa khoa lớn nhất của khu vực miền Trung - Tây Nguyên của Việt Nam. Đây là nơi điều trị những bệnh nhân nhiễm SARS-CoV-2 nặng đầu tiên của thành phố Đà Nẵng. Tuy nhiên, sau khi xác định đây là ổ dịch của thành phố Đà Nẵng, Chính quyền thành phố Đà Nẵng và Sở Y tế thành phố Đà Nẵng đã quyết định thành lập Bệnh viện Dã Chiến Hòa Vang trên cơ sở của Trung tâm Y tế huyện Hòa Vang để điều trị các bệnh nhân nhiễm SARS-CoV-2 nhằm hạn chế sự lây lan cho các bệnh viện khác trên địa bàn thành phố. Đó là lý do thai phụ được chuyển đến đây để theo dõi và điều trị chứ không phải Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng-một trong những bệnh viện hàng đầu của khu vực

miền Trung - Tây Nguyên trong lĩnh vực Sản Phụ khoa và Nhi khoa. Bộ Y tế Việt Nam và Sở Y tế thành phố Đà Nẵng đã có công văn chỉ đạo Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng lập kế hoạch theo dõi và điều trị trường hợp thai phụ đầu tiên tại Việt Nam nhiễm SARS-CoV-2 đang điều trị tại bệnh viện dã chiến Hòa Vang [11].

Ở bệnh nhân của chúng tôi, do có yếu tố dịch tễ (tiền sử điều trị tại Bệnh viện Đà Nẵng) nên được xét nghiệm tầm soát SARS-CoV-2 và có kết quả dương tính. Trong nghiên cứu của London và cộng sự, 81 thai phụ đã được xét nghiệm SARS-CoV-2 do tầm soát dương tính (có triệu chứng lâm sàng như sốt, ho gồm 60 thai phụ và phơi nhiễm với bệnh nhân COVID-19 gồm 21 thai phụ). Kết quả cho thấy 58 trường hợp dương tính với SARS-CoV-2, chiếm tỉ lệ 71,4%, trong đó tỉ lệ nhiễm SARS-CoV-2 ở nhóm được xét nghiệm do yếu tố phơi nhiễm nhưng không có triệu chứng là 57,1% (12/21). Cũng trong nghiên cứu này, tỷ lệ nhiễm SARS-CoV-2 ở nhóm tầm soát đại trà gồm 75 thai phụ không triệu chứng là 13,3% (10/75) [12]. Một nghiên cứu khác của Fassett MJ và cộng sự gồm 3.923 thai phụ được tầm soát đại trà vào thời điểm nhập viện để sinh cho thấy tỷ lệ nhiễm SARS-CoV-2 rất thấp (17/3.923, tỷ lệ 0,43%) và tất cả các trường hợp đều không có triệu chứng [13]. Điều này cho thấy tầm soát nhiễm SARS-CoV-2 ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ (có triệu chứng lâm sàng hay phơi nhiễm) là chiến lược hợp lý ở các nước có thu nhập trung bình-thấp như Việt Nam. Ngoài ra, các bác sĩ sản khoa cũng như nữ hộ sinh cần hết sức thận trọng trong giai đoạn đại dịch khi theo dõi và điều trị cho các thai phụ thuộc nhóm nguy cơ cao.

Thai phụ trong báo cáo này có triệu chứng ho nhẹ lúc vào viện, không sốt, không khó thở. Ngoài ra, thai phụ còn có bệnh kèm là nhiễm trùng đường tiểu với biểu hiện tiểu đau, tiểu buốt. Theo phân tích tổng hợp và tổng quan hệ thống của Gao Y và cộng sự, các triệu chứng thường gặp nhất ở thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 là sốt (51%; 95% CI, 0,35 - 0,67), ho (31%; 95% CI, 0,23 - 0,39) và tỉ lệ bệnh nhân có bệnh kèm là 33% (95% CI, 0,21 - 0,44). Ngoài ra, tỉ lệ sốt và ho ở các thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 thấp hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm phụ nữ không mang thai nhiễm SARS-CoV-2. Điều này có thể do những thay đổi của hệ miễn dịch ở phụ nữ mang thai. Hiện nay, chưa có bằng chứng cho thấy thai kỳ làm giảm nhẹ các triệu chứng của bệnh và cần có những nghiên cứu hơn nữa để xác định điều này [14]. Kết quả này cũng tương tự một phân tích tổng hợp mới được công bố vào đầu tháng 9/2020: thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 ít có triệu chứng sốt (OR 0,43, KTC 95% 0,22 - 0,85) và đau cơ (OR 0,48, KTC 95% 0,45 - 0,51) hơn so với phụ nữ không mang thai nhiễm SARS-CoV-2 [6].

Trong khi đó, một phân tích tổng hợp khác của Matar và cộng sự cho thấy đặc điểm lâm sàng của thai phụ bị COVID-19 không khác so với nhóm phụ nữ không có thai nhiễm SARS-CoV-2 [15]. Theo các tác giả này, do có những hạn chế nên cần có những nghiên cứu được thiết kế tốt hơn nữa để rút ra các kết luận rõ ràng hơn về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các thai phụ nhiễm

SARS-CoV-2 so với nhóm phụ nữ không có thai nhiễm SARS-CoV-2 và nhóm dân số chung. Một phân tích tổng hợp cho thấy mẹ lớn tuổi (OR 1,78, KTC 95% 1,25 - 2,55), chỉ số khối cơ thể cao (OR 2,38, KTC 95% 1,67 - 3,39), tăng huyết áp (OR 2,0, KTC 95% 1,14 - 3,48) và đái đường (2,51, KTC 95% 1,31 - 4,80) liên quan đến mức độ nặng của bệnh trong thai kỳ. Các bệnh nền của mẹ là yếu tố nguy cơ cho việc nằm ở khoa chăm sóc tích cực (OR 4,1, KTC 95% 1,06 - 16,72) và thở máy xâm lấn (OR 4,48, KTC 95% 1,40 - 14,37) [6].

Bệnh nhân được chỉ định mổ lấy thai vì lý do sản khoa (vết mổ cũ 02 lần chuyển dạ, đau vết mổ cũ) và gây tê tủy sống là phương pháp vô cảm được chọn. Điều này cũng phù hợp với Hướng dẫn tạm thời dự phòng và xử trí bệnh COVID-19 ở phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh của Bộ Y tế Việt Nam ban hành vào ngày 21/3/2020 [16]. Theo Hướng dẫn tạm thời về nhiễm COVID-19 trong thai kỳ và giai đoạn hậu sản của Liên đoàn Sản Phụ khoa Quốc tế (FIGO), nhiễm COVID-19 không phải là chỉ định để chấm dứt thai kỳ. Nên cá thể hóa về thời điểm và phương pháp sinh, phụ thuộc chủ yếu vào tình trạng lâm sàng, tuổi thai và tình trạng thai nhi. Phương pháp vô cảm trong trường hợp của chúng tôi cũng phù hợp với khuyến cáo của FIGO và các Hiệp hội Gây mê sản khoa [17].

Tác động của nhiễm SARS-CoV-2 đến các kết cục của thai kỳ là vấn đề đáng được quan tâm. Có nhiều bằng chứng cho thấy nhiễm virus ở mẹ có thể dẫn đến các kết cục bất lợi trong thai kỳ do tác động của tác nhân gây bệnh lên người phụ nữ. Các nghiên cứu ở thai phụ nhiễm các chủng coronavirus gây bệnh khác cho thấy tình trạng nhiễm virus làm tăng nguy cơ tử vong mẹ, sẩy thai, thai chậm tăng trưởng trong tử cung và sinh non. Mặt khác, tiêm vaccine ngừa influenza cho thấy làm giảm nguy cơ sinh non ở các thai phụ phơi nhiễm với influenza. Một trong những lý giải cho các kết cục bất lợi này là do sự góp phần của việc tạo ra tình trạng viêm nặng nề và là kết quả của nhiễm virus. Những thay đổi sinh lý bình thường trong quý 03 của thai kỳ tạo ra tình trạng tiền viêm để cơ thể người phụ nữ chuẩn bị cho việc bắt đầu vào giai đoạn chuyển dạ. Nhiễm SARS-CoV-2 liên quan đến tăng sản xuất cytokine và điều này làm cho hệ miễn dịch thay đổi tương tự như trong quý 3 thai kỳ, gây ra cơn co tử cung, vỡ ối và sinh [19]. Tổng quan hệ thống của Turan O và cộng sự cho thấy tỉ lệ tử vong mẹ, thai chết lưu, tử vong sơ sinh lần lượt là 1,6%, 1,4% và 1,0%. Mẹ lớn tuổi, béo phì, đái đường, tăng nồng độ D-dimer và interleukin-6 là những yếu tố tiên đoán cho các kết cục xấu. Tỉ lệ sinh non là 33,7%. Hầu hết các thai phụ được mổ lấy thai mà không có chỉ định rõ ràng. 2% trẻ sơ sinh có kết quả dương tính với SARS-CoV-2 và tiến triển thành viêm phổi trong vòng 48 giờ sau sinh [20]. Theo phân tích tổng hợp và tổng quan hệ thống của Di Mascio và cộng sự, nhiễm SARS-CoV-2 dẫn đến sinh non (24,3%, KTC 95% 12,5 - 38,6) với tuổi thai < 37 tuần, và 21% (KTC 95% 12,5 - 32,9) đối với tuổi thai < 34 tuần, tiền sản giật (16,2%, KTC 95% 4,2 - 34,1) và mổ lấy thai (83,9%, KTC 95% 73,8 - 91,9) [21]. Nguy cơ nằm ở Khoa Sơ sinh đối với trẻ sơ sinh của các bà mẹ nhiễm SARS-

CoV-2 cao gấp 03 lần (OR 3,13, KTC 95% 2,05 - 4,78) so với các trẻ có mẹ không bị nhiễm SARS-CoV-2 [6]. Theo hiểu biết của chúng tôi, cho đến đầu tháng 09/2020, có 07 phân tích tổng hợp và tổng quan hệ thống về các kết cục thai kỳ ở thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 được xuất bản bằng tiếng Anh. Kết quả 06 phân tích tổng hợp và tổng quan hệ thống đều cho thấy tỷ lệ sinh non và mổ lấy thai ở thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 cao hơn so với thai phụ không nhiễm SARS-CoV-2 [6],[7],[14],[15],[18],[21], trong khi đó, 01 phân tích tổng hợp của Melo và cộng sự có kết quả ngược lại, đó là nhiễm COVID-19 ở thai phụ có thể không liên quan đến sinh non [9]. Tuy nhiên, các tác giả của các phân tích tổng hợp và tổng quan hệ thống này đều cho rằng cần thận trọng khi diễn giải kết quả vì có những hạn chế như các nghiên cứu chủ yếu là hồi cứu, báo cáo loạt ca, chứng cứ chất lượng thấp.

Xác định sự lây truyền dọc từ mẹ sang thai và con có vai trò quan trọng trong việc xây dựng những nguyên tắc chăm sóc sản khoa ở các thai phụ nhiễm SARS-CoV-2. Ngoài ra, người ta vẫn chưa biết rõ các tác động lâu dài của việc tiếp xúc với virus trong thai kỳ đến sức khỏe ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ [22]. Trẻ sơ sinh của bà mẹ trong báo cáo này đã được xét nghiệm SARS-CoV-2 hai lần và có kết quả âm tính. Lan truyền dọc đã được xác định đối với nhiều loại virus và có thể gây ra các kết cục bất lợi cho sinh như sẩy thai, thai chậm tăng trưởng, sinh non và thai chết lưu. Các con đường lan truyền dọc bao gồm lan truyền trong tử cung, lan truyền trong khi sinh, lan truyền qua sữa mẹ và tiếp xúc sau khi sinh. Trong các con đường này, lan truyền trong tử cung ít có khả năng khống chế và điều trị nhất. Đây là con đường quan trọng nhất của sự lan truyền từ mẹ sang con và ảnh hưởng đến thai và trẻ sơ sinh [23]. Một tổng quan hệ thống của Elshafeey và cộng sự cho thấy 04 trong số 256 trẻ được sinh ra từ bà mẹ nhiễm SARS-CoV-2 có kết quả RT-PCR dương tính (1,6%) và có triệu chứng nhẹ. Tuy nhiên, các mẫu từ máu cuống rốn, nhau và dịch ối của 04 trẻ sơ sinh này đều âm tính [24]. Một phân tích tổng hợp và tổng quan hệ thống của Kotlyar A và cộng sự cho thấy tỉ lệ lan truyền dọc là 3,2% (95% CI 2,2 – 4,3%). Các tác giả kết luận rằng có thể xảy ra sự lan truyền dọc của SARS-CoV-2 ở một số ít bà mẹ nhiễm COVID-19 trong quý 3 của thai kỳ. Tỷ lệ này tương đương với các tác nhân gây nhiễm trùng bẩm sinh. Ngoài ra, do ít dữ liệu trong quý đầu của thai kỳ nên chưa đánh giá được sự lan truyền dọc trong quý đầu cũng như nguy cơ tử vong và mắc các bệnh lý sau đó ở những trường hợp này. Tuy nhiên, các tác giả cũng lưu ý rằng phải thận trọng khi diễn giải tỉ lệ lan truyền dọc này vì một trong những hạn chế của phân tích tổng hợp này là có sự khác nhau đáng kể về chất lượng giữa các nghiên cứu cũng như các dữ liệu được báo cáo [25]. Theo tổng quan hệ thống của Yang Z và cộng sự, hiện nay, không có bằng chứng trực tiếp về lan truyền dọc trong tử cung. Cần xét nghiệm RT-PCR nước ối, bánh nhau và máu cuống rốn để khẳng định khả năng lan truyền dọc trong tử cung. Đối với các thai phụ bị nhiễm SARS-CoV-2 trong quý đầu và quý 2, cần có những nghiên cứu tập trung vào các kết cục lâu dài [23].

Trẻ sơ sinh trong báo cáo của chúng tôi được cho bú mẹ và nằm cùng phòng với mẹ sau sinh. Theo Hướng dẫn của Liên đoàn Sản Phụ khoa Quốc tế và các tổ chức khác (Tổ chức Y tế thế giới, Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ, Hội Sản Phụ Khoa Hoàng Gia Anh), hiện nay không đủ bằng chứng về sự an toàn của nuôi con bằng sữa mẹ và việc cách ly giữa mẹ và con. Nếu người mẹ đang ở giai đoạn nặng hay nguy kịch, chia tách mẹ và con là lựa chọn tốt nhất. Nếu bệnh nhân không triệu chứng hay có triệu chứng nhẹ, có thể xem xét nuôi con bằng sữa mẹ và cho nằm chung phòng [17].

4. KẾT LUẬN

Đại dịch COVID-19 vẫn còn diễn tiến phức tạp trên thế giới và cả trong nước, các phương pháp dự phòng vẫn cần nhiều nỗ lực. Nhiễm SARS-COV-2 trên những đối tượng đặc biệt như thai kỳ sẽ là thử thách cho hệ thống y tế. Trong bối cảnh như vậy, dựa vào những khuyến cáo cập nhật cho đến thời điểm xử trí và hướng dẫn của Bộ Y tế, chúng tôi báo cáo trường hợp thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 đầu tiên được xử trí thành công tại Việt Nam, mô tả đặc điểm lâm sàng, xử trí và kết quả thai kỳ tốt đối với cả mẹ và trẻ sơ sinh và đặc biệt vẫn đảm bảo không để lây nhiễm trong bệnh viện và đặc biệt là nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Rolling updates on coronavirus disease (covid-19). 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/events-as-they-happen>.
2. Phan LT, Nguyen TV, Luong QC, et al. Importation and human-to-human transmission of a novel coronavirus in Vietnam. *N Engl J Med* 2020; 382:872–4.
3. Vietnam Ministry of Health. COVID-19 pandemic. Available at: <https://ncov.moh.gov.vn/>. Accessed 04 September 2020.
4. Knight M, Bunch K, Vousden N, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. *BMJ*. 2020;369:m2107. Published 2020 Jun 8. doi:10.1136/bmj.m2107
5. Juan J, Gil MM, Rong Z, Zhang Y, Yang H, Poon LC. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020;56(1):15-27.
6. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020; 370 :m3320.
7. A. Khalil et al., SARS-CoV-2 infection in pregnancy: A systematic review and meta-analysis of clinical features and pregnancy outcomes, *EClinicalMedicine* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100446>.
8. Sahin D, Tanacan A, Erol SA, et al. A pandemic center's experience of managing pregnant women with COVID-19 infection in Turkey: A prospective cohort study

- [published online ahead of print, 2020 Jul 18]. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;10.1002/ijgo.13318. doi:10.1002/ijgo.13318
9. Melo, Géssyca Cavalcante de, & Araújo, Karina Conceição Gomes Machado de. COVID-19 infection in pregnant women, preterm delivery, birth weight, and vertical transmission: a systematic review and meta-analysis. *Cadernos de Saúde Pública.* 2020; 36(7), e00087320. Epub July 17, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00087320>
 10. Pham QT, Rabaa MA, Duong HL, et al. The first 100 days of SARS-CoV-2 control in Vietnam [published online ahead of print, 2020 Aug 1]. *Clin Infect Dis.* 2020;ciaa1130. doi:10.1093/cid/ciaa1130.
 11. Vietnam Ministry of Health. COVID-19 pandemic. Available at: <https://ncov.moh.gov.vn/>. Accessed 03 August 2020.
 12. London V, McLaren R Jr, Atallah F, et al. The Relationship between Status at Presentation and Outcomes among Pregnant Women with COVID-19. *Am J Perinatol.* 2020;37(10):991-994. doi:10.1055/s-0040-1712164.
 13. Fassett MJ, Lurvey LD, Yasumura L, et al. Universal SARS-Cov-2 Screening in Women Admitted for Delivery in a Large Managed Care Organization [published online ahead of print, 2020 Jul 3]. *Am J Perinatol.* 2020;10.1055/s-0040-1714060. doi:10.1055/s-0040-1714060.
 14. Gao YJ, Ye L, Zhang JS, et al. Clinical features and outcomes of pregnant women with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis.* 2020;20(1):564. Published 2020 Aug 3. doi:10.1186/s12879-020-05274-2.
 15. Matar R, Alrahmani L, Monzer N, et al. Clinical Presentation and Outcomes of Pregnant Women with COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis [published online ahead of print, 2020 Jun 23]. *Clin Infect Dis.* 2020;ciaa828. doi:10.1093/cid/ciaa828.
 16. <https://ncov.moh.gov.vn/en/-/bo-y-te-huong-dan-du-phong-va-xu-tri-covid-19-o-phu-nu-mang-thai-tre-so-sinh>. Accessed 23 Mǎch 2020.
 17. Poon LC, Yang H, Kapur A, et al. Global interim guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium from FIGO and allied partners: Information for healthcare professionals. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;149(3):273-286.
 18. Capobianco G, Saderi L, Aliberti S, et al. COVID-19 in pregnant women: A systematic review and meta-analysis [published online ahead of print, 2020 Jul 16]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;252:543-558. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.07.006.
 19. Narang K, Enning EA, Gunaratne et al. SARS-CoV-2 Infection and COVID-19 During Pregnancy: A Multidisciplinary Review. *Mayo Clinic Proceedings.* 2020; 95(8): 1750-1765.
 20. Turan O, Hakim A, Dashraath P, Jeslyn WJL, Wright A, Abdul-Kadir R. Clinical characteristics, prognostic factors, and maternal and neonatal outcomes of SARS-CoV-2 infection among hospitalized pregnant women: A systematic review [published online ahead of print, 2020 Jul 24]. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;10.1002/ijgo.13329. doi:10.1002/ijgo.13329.
 21. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, et al. Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020;2(2):100107. doi:10.1016/j.ajogmf.2020.100107.
 22. Zeng Y, Lin L, Yan Q, et al. Update on clinical outcomes of women with COVID-19 during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;150(2):264-266. doi:10.1002/ijgo.13236.
 23. Yang Z, Liu Y. Vertical Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: A Systematic Review. *Am J Perinatol.* 2020;37(10):1055-1060.
 24. Elshafeey F, Magdi R, Hindi N, et al. A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;150(1):47-52.
 25. Kotlyar A, Grechukhina O, Chen A, Popkhadze S, Grimshaw A, Tal O, Taylor HS, Tal R, Vertical Transmission of COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.049>.