

RAT Y15 (2)

Tổng điểm 29/37

Lượng giá sức khoẻ thai + Quản lí THA thai kỳ + Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ



✓ Nhịp giảm nào xuất hiện độc lập với giảm PaO₂ máu thai? Chọn một câu 1/1
đúng *

- ☐ Nhịp giảm kéo dài do tử cung co cứng
- ☐ Nhịp giảm kéo dài do tụt huyết áp mẹ
- ☐ Nhịp giảm muộn cách hồi
- ☒ Nhịp giảm bất định điển hình



Phản hồi

Khi không có cơn co tử cung, huyết áp tiểu động mạch đủ lớn để đưa máu vượt qua được các

lớp cơ tử cung để đến hồ máu. Khi có cơn co tử cung, sự co của các thớ cơ tử cung với cường độ lên đến 80-100 mmHg, có thể tạo ra một sức ép trên các tiểu động mạch. Sức ép này vượt quá huyết áp của các tiểu động mạch, làm cho máu không thể đến hồ máu. Như vậy, trong cơn co tử cung, luôn luôn có một sự gián đoạn trong cấp máu bão hòa oxygen cho hồ máu. Trong khoảng thời gian mà hiện tượng cấp máu bị gián đoạn, nồng độ oxygen máu tại hồ máu bị giảm nhanh chóng. Hiện tượng trao đổi qua vi nhung mao bằng gradient bị đình trệ tạm thời. Chỉ khi nào cơn co tử cung chấm dứt, máu bão hòa oxygen trở lại lấp đầy hồ máu thì thai mới ra khỏi được tình trạng thiếu oxy. Về phía thai, sự đình trệ trao đổi khí tại hồ máu gây ra giảm phân áp oxygen trong máu thai. PaO₂ giảm sẽ kích thích các hóa cảm thụ quan (chemoreceptor) và khởi phát các tín hiệu ly tâm đối giao cảm từ hành não làm chậm nhịp tim. Thông thường, PaO₂ phải giảm đến một ngưỡng nào đó mới bắt đầu kích thích cung phản xạ ly tâm đối giao cảm. Trong cơn co tử cung, dù bị thiếu oxygen do gián đoạn cấp máu nhưng nhịp tim thai chưa bị giảm ngay đầu cơn co. Nhịp tim thai chỉ bắt đầu giảm khi cường độ cơn co vượt quá huyết áp tiểu động mạch xoắn, PaO₂ bắt đầu tụt xuống thấp hơn ngưỡng kích thích đối giao cảm. Oxygen trong hồ máu tiếp tục giảm do thai vẫn đang cố vắt kiệt oxygen trong hồ máu. Một thời gian ngắn sau đỉnh cơn co, oxygen trong hồ máu giảm đến mức không còn có thể trao đổi được nữa. PaO₂ máu thai giảm đến mức cực tiểu. Khi cường độ cơn co giảm, sự cấp máu trong hồ máu được phục hồi. PaO₂ thai cải thiện, nhịp giảm chấm dứt. Như vậy, các nhịp giảm trong trường hợp này là các nhịp giảm muộn. Tương tự với nhịp giảm kéo dài trong cơn co cường tính kiểu tetany hay trong tụt huyết áp mẹ. Cơn co tetany gây tụt PaO₂ máu thai kéo dài. Trong tụt huyết áp, do áp lực của tiểu động mạch giảm nên không thể đưa máu đến hồ máu được và gây giảm PaO₂ máu thai.

Nhóm thứ nhất của các nhịp giảm bất định là các nhịp giảm hình tam giác rất ngắn, rất nhọn, khởi đầu đột ngột và nhanh. Đây là các nhịp giảm liên quan đến tình trạng kéo căng dây rốn, làm giảm thoáng qua lượng tuần hoàn trong động mạch rốn do thu hẹp khẩu kính lưu thông của động mạch rốn. Nhịp giảm này không có ý nghĩa bệnh lý. Các nhịp giảm bất định kiểu trương lực trên cuống rốn này thường được dẫn trước bằng một nhịp tăng (shoulder) hay theo sau bằng một nhịp tăng bù trừ. Kiểu thứ nhì của các biến động bất định liên quan đến sự chèn ép lưu thông máu cuống rốn. Nhịp giảm bất định kiểu chèn ép thường có dạng một hình thang, với đáy nhỏ phẳng hoặc răng cưa. Các nhịp giảm bất định do chèn ép khởi đầu thường chậm và tương ứng với sự chèn ép tuần tiến của dây rốn trong cơn co tử cung. Hồi phục của nhịp giảm bất định cũng tương tự như trong nhịp giảm muộn. Tuy nhiên khoảng trễ có ý nghĩa được tính từ nadir cho đến thời điểm hồi phục hoàn toàn. Đáy nhỏ của nhịp giảm có hình răng cưa cho phép nghĩ đến dao động nội tại vẫn còn.



✓ Trong các nhịp giảm bất định sau, kiểu biến động nào có tiên lượng tốt? 1/1
Chọn một câu đúng *

- ☐ Nhịp giảm bất định theo sau bằng nhịp tăng cao, dài kèm tăng baseline
- ☒ Nhịp giảm bất định hình thang, không cân đối, đáy nhỏ dạng răng cưa ✓
- ☐ Nhịp giảm bất định hình thang, với đáy nhỏ phẳng, phục hồi chậm
- ☐ Nhịp giảm bất định có 2 pha, dạng chữ "W", với nadir dạng tròn đều

Phản hồi

Kiểu thứ nhì của các biến động bất định liên quan đến sự chèn ép lưu thông máu cuống rốn. Nhịp giảm bất định kiểu chèn ép thường có dạng một hình thang, với đáy nhỏ phẳng hoặc răng cưa. Các nhịp giảm bất định do chèn ép khởi đầu thường chậm và tương ứng với sự chèn ép tuần tiến của dây rốn trong cơn co tử cung. Hồi phục của nhịp giảm bất định cũng tương tự như trong nhịp giảm muộn. Tuy nhiên khoảng trễ có ý nghĩa được tính từ nadir cho đến thời điểm hồi phục hoàn toàn. Đáy nhỏ của nhịp giảm có hình răng cưa cho phép nghĩ đến dao động nội tại vẫn còn. Các dạng nhịp giảm bất định khác được xem là nhịp giảm nguy hiểm. Trong nhịp giảm có overshoot vai sau tăng cao là để bù trừ lại tình trạng thiếu oxy và tiêu hao dự trữ kiềm trong khi giảm, do tình trạng dự trữ kiềm sút giảm nên việc tăng bù trừ phải kéo dài và quá đáng tạo một vai sau rất cao, tăng baseline sau đó cũng là để điều chỉnh lại dự trữ kiềm bị giảm nghiêm trọng. Nhịp dạng dạng 2 pha hình "W" là một nhịp giảm khá đặc trưng của chèn ép rốn trong sa dây rốn ẩn. Khi nhìn thấy nhịp giảm này, cần lưu tâm đến khả năng có sa dây rốn ẩn hay không. Nhịp giảm bất định hình thang với đáy nhỏ phẳng là do thai mất dao động nội tại ở hõm giảm, chứng tỏ hành nã đã bắt đầu có thể có tổn thương và mất khả năng điều chỉnh



✗ Phương tiện đánh giá sức khỏe thai nhi nào được khuyến cáo thực hiện cho mọi thai phụ? Chọn một câu đúng * 0/1

- ☐ Đếm cử động thai
- ☐ Non-stress Test
- ☐ Velocimetry Doppler
- ☒ Trắc đồ sinh vật lý biến đổi



Câu trả lời đúng

- ☒ Đếm cử động thai

Phản hồi

Đếm cử động thai được khuyến cáo thực hiện cho mọi thai phụ. Đây là biện pháp đơn giản, dễ thực hiện, có sensitivity rất cao. Trong mọi thai kỳ, thai phụ phải được hướng dẫn cách cảm nhận cử động thai và đếm nó. Mọi sự giảm sút cử động thai phải được xem là dấu hiệu báo động. Thai phụ với giảm cử động thai hay thay đổi trong tần suất cử động thai phải đến ngay cơ sở y tế để thực hiện các test lượng giá sức khỏe thai khác.



✓ NST với kết quả bình thường, khi nào thực hiện lại đúng hạn một tuần sau 1/1 đó? Chọn một câu đúng *

- ☒ Tuổi thai vừa tròn 41 tuần
- ☐ Thai với IUGR xuất hiện muộn
- ☐ Mẹ có tăng huyết áp thai kỳ
- ☐ Mẹ có tiểu đường thai kỳ



Phản hồi

Một NST bình thường - trước đây gọi là đáp ứng, có ý nghĩa rằng thai nhi không bị đe dọa trong ở thời điểm hiện tại, trong những điều kiện hiện tại. Trong hầu hết trường hợp, test có giá trị đảm bảo trong khoảng thời gian là một tuần, nếu như không có bất cứ sự kiện nào khác xảy ra trong thời gian đó. Do đó, thời gian lập lại NST phụ thuộc vào các yếu tố nguy cơ cũng như tình trạng cụ thể trên lâm sàng. Trong trường hợp một NST bình thường và không có nghi ngờ về thiếu ối thì không cần thiết thực hiện thêm các test khác như BPP hay stress test. Hiện chưa có khuyến cáo thực hiện NST một cách thường quy. Việc thực hiện NST nhằm đánh giá sức khỏe thai nhi trước sinh có thể được thực hiện ở những thai phụ có các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng xấu đến kết cục của thai kỳ như đái tháo đường, tăng huyết áp, thai chậm tăng trưởng trong tử cung (Intrauterine growth restriction - IUGR) ... Cần lưu ý rằng tùy theo bệnh lý nền mà NST có thể có những vai trò khác nhau. Có thể ví dụ như trong đái tháo đường thai kỳ, do khả năng xảy ra các biến động đột ngột về đường huyết (Gestational Diabetes Mellitus - GDM), nên một NST bình thường không đủ để đảm bảo một kết cục tốt trong một tuần. Người ta khuyến cáo rằng với GDM, NST cần được thực hiện hai lần một tuần. Hay trong trường hợp của IUGR, cần phân biệt hai trường hợp khác nhau là IUGR xuất hiện sớm hay muộn. Trong IUGR xuất hiện rất sớm thì vai trò của velocimetry Doppler sẽ là nổi trội, các biến động trên NST chỉ xuất hiện rất muộn và diễn biến xấu rất nhanh chóng. Ngược lại, trong IUGR xuất hiện muộn, khi các diễn biến xảy đến tuần tiến với tốc độ chậm hơn, NST phối hợp với các thông số chỉ báo khác sẽ có vai trò quan trọng



✓ CST dương tính có ý nghĩa như thế nào? Chọn một câu đúng *

1/1

- ☐ Ghi nhận có biểu hiện của toan hóa máu thai khi làm test
- ☐ Cần phải mổ sanh cấp cứu ngay khi kết quả test là dương tính
- ☒ Có sự giảm PaO2 máu thai khi có cơn co tử cung nhân tạo ✓
- ☐ Dự báo khả năng cao có suy thai khi có cơn co tử cung tự nhiên

Phản hồi

Trái ngược hẳn với một giá trị dự báo âm gần như là tuyệt đối của nó, giá trị dự báo dương về suy thai của CST là rất thấp. Giá trị dự báo dương của CST dao động từ 8.7% cho đến tối đa là 14.9%. Điều này có nghĩa là khi một CST cho kết quả dương tính, chỉ có không đến 15% sẽ xảy ra một suy thai sau đó, trong những điều kiện tương tự với test. Giá trị dự báo dương kém của test liên quan đến nhiều vấn đề. Ý tưởng tiên khởi của CST là dựa vào sự xuất hiện các nhịp giảm muộn khi có cơn co tử cung. Trong khi đó, nhịp giảm muộn chỉ liên quan đến PaO2 trong hồ máu, mà không phản ánh dự trữ kiềm, tức khả năng dung nạp. Hiện tượng giảm của PaO2 trong cơn co hoàn toàn không đồng nghĩa với việc thai không có khả năng chịu được chuyển dạ. Điều này giải thích giá trị dự báo dương kém của CST. Giảm dự trữ kiềm dẫn đến hoạt động không hiệu quả của hệ đệm là kết quả của một tình trạng thiếu oxygen trường diễn trên thai. Nguyên nhân gây thiếu oxygen trường diễn được nhận ra một cách dễ dàng qua các test khảo sát khác, như siêu âm sinh trắc (biometry), khảo sát tình trạng tưới máu thận của bào thai qua tình trạng nước ối (Amniotic Fluid Index - AFI), trắc đồ sinh vật lý (biophysical profile), siêu âm động học dòng chảy trên các mạch máu khác nhau (velocimetry Doppler), và đương nhiên là bằng ghi EFM với các thông số về dao động nội tại ngắn hạn, các đặc điểm của biến động tim thai. Cần phải có được một cái nhìn tổng hợp dựa trên mọi dữ liệu sẽ cung cấp nhiều thông tin có giá trị dự báo hơn là một kết quả CST dương tính. Như vậy, trong trường hợp trước đó thai phụ đã có một NST với kết quả không điển hình hay bất thường, và với các thông tin không thuận lợi từ các test khác, thì kết quả CST dương tính mới gợi ý rằng thai kỳ sẽ ít có khả năng kết thúc an toàn qua ngã âm đạo. Không được xem CST như là một phương tiện đơn độc để hướng dẫn thực hành trên lâm sàng, và càng không phải là một phương tiện đơn độc để quyết định phương thức chấm dứt thai kỳ. Ngược lại, CST vẫn có vai trò trong những trường hợp thai kỳ đã có chỉ định theo dõi sinh ngã âm đạo



✗ IUGR muộn, 35tuần, NST không điển hình, BPP 8/8 điểm, velocimetry bình 0/1 thường, CST âm? Chọn một câu đúng *

- ☐ Có thể an tâm về tình trạng sức khỏe thai
- ☒ Không đủ an tâm về tình trạng sức khỏe thai ✗
- ☐ Có chỉ định phải chấm dứt thai kỳ ngay
- ☐ Chưa đủ dữ kiện để đánh giá sức khỏe thai

Câu trả lời đúng

- ☒ Có thể an tâm về tình trạng sức khỏe thai

Phản hồi

Một NST không điển hình đòi hỏi đánh giá toàn bộ bối cảnh lâm sàng cũng như tình trạng thai nhi. Nên xem xét việc ngưng NST và cần thực hiện các test khác cao hơn. Một NST không điển hình cần thêm các test hỗ trợ khác. Giá trị dự báo âm về suy thai của CST gần như là tuyệt đối, lên đến 99.8%. Trong trường hợp CST cho kết quả CST âm tính thì tử suất của thai nhi trong vòng một tuần theo sau test là # 1.2:1000 ca sinh. Do giá trị dự báo âm về suy thai của CST rất cao, nên CST là một test được chọn thực hiện khi kết quả NST được thực hiện trước đó là không điển hình. Trong tình huống này, kết quả âm tính của CST sẽ là một đảm bảo về tính mạng bé, trong thời gian chờ đợi thực hiện các khảo sát phối hợp khác như động học dòng chảy, trắc đồ sinh vật lý ... hay trong thời gian chờ đợi hiệu lực của corticoid liệu pháp hoặc magnesium sulfate liệu pháp. BPP 8/8 có nguy cơ thai nhi bị ngạt là cực kỳ hiếm, 1 : 1000. Sự can thiệp trong trường hợp này dựa vào các yếu tố khác của mẹ và thai kỳ



✓ Can thiệp nào không hiệu quả trong mục tiêu làm giảm tổn thương não bộ thai? Chọn một câu đúng *

1/1

- ☐ Cẩn thận trong phân tích và diễn giải các băng ghi EFM
- ☒ Mổ sanh dự phòng khi nghĩ rằng có thể có nguy cơ sanh khó ✓
- ☐ Corticoid liệu pháp khi có đe dọa phải sanh thai non tháng
- ☐ Magnesium sulfate khi có đe dọa phải sanh thai cực non

Phản hồi

Tuy nhiên, ngược với các giả thuyết kinh điển về tình trạng thiếu oxy lúc sinh là nguyên nhân chính của các trường hợp tổn thương não. Các nghiên cứu về dịch tể lại cho thấy chỉ một phần nhỏ các trường hợp tổn thương não là do các biến cố lúc sinh gây ra, phần lớn còn lại là sự hiệp đồng giữa các yếu tố lúc sinh và các yếu tố nguy cơ đã có sẵn từ trước sinh. Badawi nhận xét rằng chỉ có 4% các yếu tố nguy cơ cho tổn thương não liên quan đến tình trạng thiếu oxy lúc sinh, 25% các trường hợp có tình trạng thiếu oxy lúc sinh và trước khi sinh, 70% các trường hợp chỉ liên quan đến các yếu tố nguy cơ trước sinh. Những biến đổi nhịp tim thai có liên quan tới pH máu thai nhi, điểm số apgar và tử suất chu sinh đã được chỉ ra trong các nghiên cứu trước đó. Điều này dẫn tới vấn đề sử dụng monitoring sản khoa với hy vọng phát hiện sớm tình trạng thiếu oxy thai nhi nhằm can thiệp kịp thời và làm giảm tình trạng tổn thương não thai nhi cũng được đề cập từ khá lâu. Việc theo dõi tim thai trong chuyển dạ giúp phát hiện những trường hợp thiếu oxy một cách cấp tính, đột ngột và cho phép can thiệp một cách kịp thời. So với việc không theo dõi tim thai trong chuyển dạ thì nghe tim thai cách quãng và theo dõi với monitor đều làm giảm đáng kể tử suất chu sinh, qua đó những trường hợp tử vong thai nhi trong chuyển dạ hầu như là rất ít (0.54/1000 khi theo dõi với monitor và 1.76/1000 khi nghe tim thai cách quãng). Gần đây nhất trong những nỗ lực cải thiện làm giảm bệnh não do nguyên nhân trước và trong chuyển dạ, các cải tiến mới nhất trong monitoring sản khoa là Monitoring điện toán (computerized monitoring) đưa ra các hứa hẹn mới trong lĩnh vực này. Sinh non cũng là một nguyên nhân quan trọng của tổn thương não. Thoái hóa và tổn thương chất trắng có thể được bảo vệ bởi các chất như corticoid hay magnesium sulfate. Hiện nay, các cơ sở dữ liệu cho phép kết luận rằng magnesium sulfate có vai trò trong bảo vệ thần kinh ở trẻ non tháng. Nên sử dụng magnesium sulfate với mục đích bảo vệ thần kinh ở trẻ đối với những trường hợp có khả năng sinh dưới 32 tuần. Khi chuyển dạ được khống chế, và đánh giá không còn nguy cơ sinh non nữa, hoặc điều trị đã kéo dài 24 giờ thì nên xem xét ngưng magnesium sulfate.



✗ Ở thai kỳ bình thường, không có yếu tố nguy cơ, khi nào phải thực hiện BPP biến đổi? Chọn một câu đúng *

0/1

- ☐ Tuổi thai đã tròn 36 tuần trở lên
- ☐ Tuổi thai đã tròn 38 tuần trở lên
- ☒ Tuổi thai đã tròn 40 tuần trở lên
- ☐ Tuổi thai đã tròn 41 tuần trở lên

✗

Câu trả lời đúng

- ☒ Tuổi thai đã tròn 41 tuần trở lên

Phản hồi

Trắc đồ sinh vật lý biến đổi được dùng như là phương tiện đầu tiên để tầm soát đánh giá sức khỏe thai nhi trước sinh. Trắc đồ sinh vật lý biến đổi (modified BPP) chỉ gồm NST và AFI. Không mang cùng ý nghĩa với BPP nguyên bản, BPP biến đổi được xem như phương tiện đầu tiên để tầm soát, đánh giá sức khỏe thai nhi trước sinh. BPP biến đổi gọi là bình thường khi NST bình thường và AFI > 5. BPP biến đổi gọi là bất thường khi NST không bình thường hay AFI < 5. Nếu BPP biến đổi bất thường, thì nên xem xét thực hiện BPP nguyên bản. Nên thực hiện BPP ở những thai kỳ nguy cơ cao. Đánh giá BPP bất thường phải dựa vào bối cảnh lâm sàng. Thực hành sản khoa hiện đại về chăm sóc và quản lý thai kỳ nguy cơ cao được hỗ trợ bởi nhiều phương tiện hiệu quả. Cùng với các vũ khí khác, ở những thai kỳ nguy cơ cao, trắc đồ sinh vật lý được khuyến cáo sử dụng để đánh giá tình trạng sức khỏe thai nhi. Cần lưu ý rằng BPP cho phép nhận diện nguy cơ. Đối với một thai kỳ với kết quả BPP bất thường thì việc quản lý tiếp theo nên dựa vào từng bối cảnh lâm sàng cụ thể



✓ Bạn có thể nghi có tái phân bố tuần hoàn thai khi có dấu hiệu nào trên velocimetry Doppler? Chọn một câu đúng *

1/1

- ☒ Trở kháng động mạch rốn lớn hơn trở kháng động mạch não giữa ✓
- ☐ Trở kháng động mạch não giữa lớn hơn trở kháng động mạch tử cung
- ☐ Trở kháng động mạch tử cung lớn hơn trở kháng động mạch não giữa
- ☐ Trở kháng động mạch tử cung lớn hơn trở kháng động mạch rốn

Phản hồi

Ở thai kỳ bình thường trở kháng của động mạch não giữa cao hơn trở kháng động mạch rốn. Trong trường hợp thiếu oxy trường diễn, với hiện tượng giãn mạch não, thì chỉ số trở kháng này sẽ đảo ngược. Khi đó chỉ số kháng của động rốn sẽ cao hơn động mạch não giữa. Các bệnh lý như tăng huyết áp thai kỳ, thai chậm tăng trưởng trong tử cung sẽ gây nên sự suy thoái chức năng tuần hoàn nhau thai do hậu quả của kết tập tiểu cầu, lắng đọng fibrin hay xơ hóa bánh nhau. Bệnh lý trên của các đơn vị mạch máu trong bánh nhau sẽ được biểu hiện bằng sự tăng trở kháng dòng chảy của tuần hoàn rốn. Khi đó, các chỉ số đo được trên phổ Doppler sẽ bất thường như tăng tỷ lệ vận tốc giữa tâm thu và tâm trương (S/D), chỉ số kháng (RI) hoặc chỉ số đập (PI) cao hơn bách phân vị 95th. Trở kháng động mạch rốn tăng cao, cuối cùng dẫn đến tình trạng rất nặng là hiện tượng mất dòng chảy cuối tâm trương hoặc đảo ngược dòng chảy cuối tâm trương. Đảo ngược sóng tâm trương liên quan với một tiên lượng rất xấu cho thai nhi. Khi xuất hiện sự giảm, mất hoặc đảo ngược dòng chảy cuối tâm trương trên Doppler động mạch rốn cần xem xét cụ thể các yếu tố còn lại trên lâm sàng để quyết định chấm dứt thai kỳ hay tiếp tục theo dõi đánh giá thai kỳ một cách chặt chẽ. Trong tình huống mà việc chấm dứt thai kỳ cần phải được trì hoãn thì phải theo dõi một cách sát sao cho đến lúc quyết định chấm dứt thai kỳ.



✓ Quản lý IUGR xuất hiện ở 3 tháng giữa và IUGR xuất hiện ở 3 tháng cuối 1/1
có gì khác nhau? Chọn một câu đúng *

- ☐ Quản lý IUGR sớm và muộn là như nhau, cùng chủ yếu dựa trên EFM, có tham khảo velocimetry Doppler
- ☐ Quản lý IUGR sớm và muộn là như nhau, cùng chủ yếu dựa trên velocimetry Doppler, có tham khảo EFM
- ☒ Quản lý IUGR sớm chủ yếu dựa trên velocimetry Doppler, quản lý IUGR muộn chủ yếu dựa trên EFM ✓
- ☐ Quản lý IUGR sớm chủ yếu dựa trên EFM, quản lý IUGR muộn chủ yếu dựa trên velocimetry Doppler

Phản hồi

Trong trường hợp của IUGR, cần phân biệt hai trường hợp khác nhau là IUGR xuất hiện sớm hay muộn. Trong IUGR xuất hiện rất sớm thì vai trò của velocimetry Doppler sẽ là nổi trội, các biến động trên NST chỉ xuất hiện rất muộn và diễn biến xấu rất nhanh chóng. Ngược lại, trong IUGR xuất hiện muộn, khi các diễn biến xảy đến tuần tiến với tốc độ chậm hơn, NST phối hợp với các thông số chỉ báo khác sẽ có vai trò quan trọng. Giá trị của khảo sát phổ Doppler của dòng chảy ở động mạch tử cung là cao nếu áp dụng cho các đối tượng nguy cơ cao. Khảo sát động học dòng chảy bằng Doppler là một khảo sát có giá trị dự báo cao khi được thực hiện trên dân số có nguy cơ cao của biến chứng liên quan đến suy yếu bánh nhau (như tăng huyết áp mãn tính, tăng huyết áp trong thai kỳ trước, hoặc thai chậm tăng trưởng trong tử cung ở thai kỳ trước). Ở dân số xác định này, nếu thực hiện khảo sát dòng chảy bằng Doppler phát hiện thấy trở kháng động mạch tử cung cao bất thường và/hoặc có ngắn tiền tâm trương sau 26 tuần, thì khả năng có tăng huyết áp thai kỳ, thai chậm tăng trưởng trong tử cung sẽ tăng cao gấp 4 đến 8 lần. Cũng trên dân số xác định này, sự hiện diện của một trở kháng bình thường liên quan đến một sự giảm một cách có ý nghĩa những biến chứng này ở thai kỳ. Ở những thai phụ thuộc dân số nguy cơ thì Doppler động mạch tử cung bất thường có giá trị tiên đoán sự khởi phát của tăng huyết áp thai kỳ tốt hơn giá trị tiên đoán của các đặc tính lâm sàng khác như tuổi, chủng tộc, cân nặng, chiều cao, tiền căn sản khoa ... Ở những trung tâm mà việc thực hiện siêu âm Doppler là dễ dàng thì Doppler động mạch tử cung có thể thực hiện cho những thai phụ có yếu tố nguy cơ. Thời điểm thực hiện đề nghị là vào khoảng 17-22 tuần tuổi thai, cùng với siêu âm hình thái. Khi tầm soát bằng Doppler bất thường thì nên khảo sát thêm alpha fetoprotein và free β -hCG ở thời điểm thai dưới 18 tuần, trong khuôn khổ của một triple test. Cũng nên thực hiện lại Doppler động mạch tử cung lúc thai 24-26 tuần. Khi khảo sát lần thứ hai vẫn cho thấy bất thường thì việc quản lý thai kỳ tiếp theo nên được diễn ra ở các trung tâm chăm sóc chuyên biệt.



✓ Thực hiện BPP biến đổi, chỉ dùng AFI. Với BPP nguyên bản có thể là AFI hoặc SDP. Vì sao? Chọn một câu đúng *

1/1

- ☐ Vì BPP biến đổi là test tầm soát, AFI được chọn vì có độ chuyên biệt cao hơn
- ☒ Vì BPP biến đổi là test tầm soát, AFI được chọn vì có độ nhạy cao hơn ✓
- ☐ Vì BPP biến đổi là test chẩn đoán, AFI được chọn vì có độ chuyên biệt cao hơn
- ☐ Vì BPP biến đổi là test chẩn đoán, AFI được chọn vì có độ nhạy cao hơn

Phản hồi

Trắc đồ sinh vật lý biến đổi (modified BPP) chỉ gồm NST và AFI. Không mang cùng ý nghĩa với BPP nguyên bản, BPP biến đổi được xem như hương tiện đầu tiên để tầm soát, đánh giá sức khỏe thai nhi trước sinh. BPP biến đổi gọi là bình thường khi NST bình thường và AFI > 5. BPP biến đổi gọi là bất thường khi NST không bình thường hay AFI < 5. Nếu BPP biến đổi bất thường, thì nên xem xét thực hiện BPP nguyên bản. Do là test tầm soát nên phải lựa chọn test có độ nhạy cao. AFI có độ nhạy cao hơn SDP. Theo một tổng quan Cochrane so sánh giá trị của SDP và AFI, thì việc dùng AFI làm tăng số thai phụ được chẩn đoán là thiếu ối so với sử dụng SDP, qua đó cũng làm tăng số trường hợp cần can thiệp bằng khởi phát chuyển dạ hoặc mổ lấy thai, nhưng không có sự khác biệt về kết cục sản khoa bất lợi (tỷ lệ trẻ sơ sinh bị nhiễm toan, tỉ lệ trẻ cần chăm sóc tại đơn vị chăm sóc sơ sinh tích cực, hít nước ối phân su, điểm số apgar thấp) giữa nhóm được dùng AFI và SDP. Như vậy, AFI có thể giúp báo động sớm hơn các tình trạng thiếu ối, tuy nhiên làm tăng nguy cơ thực hiện can thiệp không cần thiết.



✓ Ở BPP nguyên bản, trắc đồ 8/8 điểm và trắc đồ 8/10 điểm có cùng tiên lượng hay không? Chọn một câu đúng *

1/1

- ☐ Tiên lượng còn lệ thuộc vào non-stress test ở trắc đồ 8/10 điểm
- ☐ Trắc đồ 8/8 điểm có tiên lượng giống như trắc đồ 8/10 điểm
- ☐ Trắc đồ 8/8 điểm có tiên lượng tốt hơn trắc đồ 8/10 điểm
- ☒ Tiên lượng còn lệ thuộc vào lượng ối ở trắc đồ 8/10 điểm



Phản hồi

BPP nguyên bản của Manning (1980) gồm 5 thông số, gồm: cử động hô hấp, cử động toàn thân của thai nhi, trương lực cơ, lượng nước ối. Non-stress Test cũng được thực hiện nếu một thành phần nào đó trên siêu âm cho kết quả bất thường. Những tiếp cận gần đây có xu hướng tách riêng các đặc tính trên siêu âm. Điểm được tính cho từng đặc tính. Mỗi đặc tính siêu âm được cho 0 điểm nếu không hiện diện, 2 điểm nếu có hiện diện. Nếu NST được thực hiện thì NST bình thường được ghi 2 điểm. Tổng điểm là điểm của BPP. BPP có kết quả ≥ 8 điểm (bao gồm 2 điểm cho thể tích nước ối) được xem là bình thường; 6 điểm là nghi ngờ; ≤ 4 điểm là bất thường và có liên quan đến tử suất chu sinh của thai nhi. Như vậy BPP = 8/10 hàm ý đã có bất thường trong các yếu tố siêu âm. Khi đó sự khác biệt về lượng ối là yếu tố có ý nghĩa nhất. Cần phải phân biệt 2 loại BPP 8/10: một có AFI bình thường và một có AFI bất thường.



✓ Tiêu chuẩn bắt buộc (luôn luôn phải có) để xác định chẩn đoán tiền sản giật là tiêu chuẩn nào? Chọn một câu đúng *

1/1

- ☐ Tăng huyết áp và dấu hiệu của tổn thương nội mô đa cơ quan mới xuất hiện
- ☒ Tăng huyết áp xuất hiện sau tuần thứ 20 của thai kỳ ở phụ nữ có huyết áp bình thường trước đó ✓
- ☐ Phải có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn: tăng huyết áp, phù và albumin niệu
- ☐ Hiện diện của đạm niệu trong thai kỳ ở phụ nữ không có đạm niệu trước đó

Phản hồi

Tiêu chuẩn xác lập chẩn đoán tiền sản giật theo ACOG 2013: Tăng huyết áp là tiêu chuẩn luôn phải thỏa (1) Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg qua 2 lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ xuất hiện sau tuần lễ thứ 20 thai kỳ ở phụ nữ có huyết áp bình thường trước đó, hoặc (2) Huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg, tăng huyết áp có thể được xác định trong khoảng thời gian ngắn (vài phút) để thích hợp cho điều trị hạ áp cho bệnh nhân. Tiêu chuẩn thứ nhì là đạm niệu hay triệu chứng tổn thương nội mô



✓ Trong các trường hợp sau, trường hợp nào thỏa tiêu chuẩn của tiền sản giật có dấu hiệu nặng? Chọn một câu đúng *

- ☐ Huyết áp tâm trương ≥ 100 mmHg
- ☐ Thai chậm tăng trưởng trong tử cung
- ☒ Tiểu cầu $< 100.000 / \mu\text{L}$
- ☐ Đạm niệu 24 giờ > 5 gram



Phản hồi

Theo ACOG 2013, tiền sản giật gọi là nặng khi có bất cứ một trong các yếu tố sau: (1) Huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg qua 2 lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ khi bệnh nhân đã nghỉ ngơi (trừ trường hợp thuốc hạ áp đã được sử dụng trước đó); (2) Giảm tiểu cầu: tiểu cầu $< 100.000/\mu\text{L}$; (3) Suy giảm chức năng gan: men gan tăng (gấp đôi so với bình thường), đau nhiều ở hạ sườn phải hoặc đau thượng vị không đáp ứng với thuốc và không có nguyên nhân khác; (4) Suy thận tiến triển (creatinin huyết thanh $> 1,1$ mg/dL hoặc gấp đôi nồng độ creatinin huyết thanh bình thường mà không có nguyên nhân do bệnh lý thận khác); (5) Phù phổi; (6) Các triệu chứng của não và thị giác. Như vậy, theo quan điểm mới của ACOG (2013), 2 tiêu chuẩn cũ của chẩn đoán tiền sản giật nặng đã bị loại bỏ: Trước đây, tiêu chuẩn đạm niệu $> 5\text{g} / 24\text{giờ}$ được xem là triệu chứng nặng, do được cho là có liên quan đến kết cục xấu. Do các chứng cứ hiện hành không còn ủng hộ tương quan thuận giữa đạm niệu lượng nhiều và kết cục xấu, nên tiêu chuẩn này đã bị loại bỏ. Cũng trước đây, thai chậm tăng trưởng trong tử cung được xem là triệu chứng nặng, do được cho là phản ánh tình trạng cấp máu của đơn vị nhau thai. Tuy nhiên, phân loại mới đánh giá cần xử lý IUGR theo tình trạng và mức độ của IUGR, nên không còn dùng tiêu chuẩn IUGR để đánh giá độ nặng của tiền sản giật. Khi tiền sản giật có kèm theo IUGR, ta chỉ gọi là tiền sản giật có IUGR, mà không còn gọi là tiền sản giật nặng nữa.



✓ Trong các biện pháp dự phòng tiền sản giật kể sau, biện pháp nào đã xác 1/1 định là có hiệu quả rõ ràng? Chọn một câu đúng *

- ☐ Nên khuyến tăng cường nghỉ ngơi cho các thai phụ thuộc một nhóm nhất định nào đó
- ☐ Nên khuyến hạn chế ăn muối cho các thai phụ thuộc một nhóm nhất định nào đó
- ☐ Bổ sung vitamin C, D, E cho các thai phụ thuộc một nhóm nhất định nào đó
- ☒ Bổ sung calcium cho các thai phụ thuộc một nhóm nhất định nào đó ✓

Phản hồi

WHO khuyến cáo bổ sung calcium nguyên tố 1.5-2 g/ngày để dự phòng tiền sản giật ở vùng có khẩu phần calcium < 600 mg/ngày. Ở vùng có khẩu phần ăn chứa calcium thấp, < 600 mg/ngày, việc bổ sung calcium nguyên tố trong thai kỳ ở mức 1.5-2 g/ngày có thể làm giảm mức độ xuất hiện tiền sản giật trong dân số. Vì thế WHO khuyến cáo nên thực hiện bổ sung calcium để dự phòng tiền sản giật cho tất cả phụ nữ ở các vùng này, đặc biệt trên phụ nữ nguy cơ cao. Trên dân số có khẩu phần ăn chứa calcium đầy đủ, bổ sung calcium không cho thấy có lợi trên dự phòng tiền sản giật. Mức độ khuyến cáo: mạnh. Mức độ chứng cứ: trung bình.



✓ Để dự phòng tiền sản giật, Aspirin được dùng ra sao? Chọn một câu đúng 1/1

*

- ☐ Đối tượng dùng là các thai phụ có tiền căn tiền sản giật khởi phát sớm và sanh non trước 340/7 tuần. Dùng liều cao
- ☐ Đối tượng dùng là các thai phụ có tiền căn tiền sản giật khởi phát sớm và sanh non trước 370/7 tuần. Dùng liều cao
- ☐ Đối tượng dùng là các thai phụ có tiền căn tiền sản giật khởi phát sớm và sanh non trước 370/7 tuần. Dùng liều thấp
- ☒ Đối tượng dùng là các thai phụ có tiền căn tiền sản giật khởi phát sớm và sanh non trước 340/7 tuần. Dùng liều thấp ✓

Phản hồi

Khuyến cáo này của WHO chủ yếu dựa trên tổng quan Cochrane 2007. Tổng quan này tổng hợp 51 nghiên cứu đơn lẻ, khảo sát trên 36,500 phụ nữ, cho thấy aspirin liều 60-80 mg/ngày chỉ làm giảm nhẹ nguy cơ tiền sản giật và các kết cục bất lợi khác của tiền sản giật trên các phụ nữ có nguy cơ cao (19%, RR 0,81*), làm giảm một tỷ lệ nhỏ tần suất và bệnh suất của tiền sản giật và không gây ra tác dụng có hại nào đáng kể, mặc dù tác dụng lâu dài trên thai vẫn chưa được loại trừ. Tiền căn là yếu tố quan trọng để quyết định tiến hành dự phòng với aspirin liều thấp. Các thai phụ với ít nhất một đặc điểm tiền căn sau được xếp vào nhóm có nguy cơ cao tiền sản giật: (1) Có tiền sản giật trong thai kỳ trước đó, nhất là có tiền căn bị tiền sản giật khởi phát sớm và sanh non trước 34 tuần 0/7; (2) Đái tháo đường; (3) Tăng huyết áp mạn; (4) Bệnh lý thận; (5) Bệnh lý tự miễn; (6) Đa thai. Liều aspirin được khuyến cáo là 75 mg/ngày (hay liều lân cận 60-80 mg/ngày). Khi dự phòng được tiến hành cho dân số nguy cơ cao, hiệu quả dự phòng bằng aspirin cho tiền sản giật và biến chứng của nó là rõ rệt. Với các thai phụ này, việc dự phòng tiền sản giật và các biến chứng của nó bằng aspirin liều thấp nên được khởi động từ cuối tam cá nguyệt I hay trước tuần thứ 20 thai kỳ. Trong trường hợp dùng aspirin để dự phòng cho dân số có nguy cơ trung bình, hiệu quả này sẽ kém hơn. Mức độ khuyến cáo: mạnh. Mức độ chứng cứ: trung bình.



✓ Trong cơ chế bệnh sinh của tiền sản giật, hiện tượng nào là hiện tượng xảy ra trước tiên? Chọn một câu đúng *

1/1

- ☐ Giảm xâm nhập của nguyên bào nuôi vào hệ thống động mạch xoắn
- ☐ Nhau sản sinh ra các yếu tố kháng tạo mạch gồm sFlt-1 và sEng
- ☒ Cân bằng đáp ứng miễn dịch tế bào qua các T-helper 1 và T-helper 2
- ☐ Tái cấu trúc không trọn vẹn động mạch xoắn ở màng rụng và cơ tử cung



Phản hồi

Kể từ thời điểm làm tổ, đã xảy ra các đối thoại miễn dịch tế bào giữa phôi và nội mạc tử cung. Bất thường của dung nạp miễn nhiễm thể hiện qua mất cân bằng giữa Th1 và Th2. Từ đó phát khởi hàng loạt các bất thường theo trình tự (1) Giảm xâm nhập của nguyên bào nuôi vào hệ thống động mạch xoắn; (2) Nhau sản sinh ra các yếu tố kháng tạo mạch gồm sFlt-1 và sEng và cuối cùng là (3) Tái cấu trúc không trọn vẹn động mạch xoắn ở màng rụng và cơ tử cung.



✓ Thai phụ đã được chẩn đoán là tiền sản giật có dấu hiệu nặng. Điều trị nào là triệt để? Chọn một câu đúng *

1/1

- ☐ Aspirin chống kết tập tiểu cầu
- ☐ Magnesium sulfate
- ☒ Chấm dứt thai kỳ
- ☐ Thuốc chống tăng huyết áp



Phản hồi

Tiền sản giật là một bệnh lý có nguồn gốc từ nhau thai. Sự hiện diện của bánh nhau với hoạt năng của nó là khởi nguồn của các thay đổi sinh bệnh học của tiền sản giật. Sản là biện pháp duy nhất giải quyết triệt để tình trạng tiền sản giật và sản giật. Tuy nhiên, chỉ định chấm dứt thai kỳ để điều trị tiền sản giật phải đối mặt với tình trạng con: non tháng và IUGR là hai vấn đề phải giải quyết. Mục tiêu của bất cứ kế hoạch điều trị nào là cân bằng dự hậu của mẹ và con để giảm thiểu đến mức thấp nhất có thể được kết cục xấu của mẹ và con, và đạt được hiệu quả cao nhất trong can thiệp điều trị. Một cách tổng quát, do đây là bệnh lý mà tính mạng người mẹ bị đe dọa, nên luôn có sự ưu tiên cho tính mạng người mẹ, sau đó là khả năng thích ứng của thai trong môi trường ngoài tử cung. Đôi khi, đối với thai, cuộc sống mới ngoài tử cung có thể sẽ tốt hơn. Trong trường hợp này can thiệp sẽ nặng về phía chấm dứt thai kỳ, do đem lại lợi ích cho cả mẹ và con.



✓ Mục tiêu quan trọng nhất phải đạt được của điều trị chống tăng huyết áp 1/1 trong tiền sản giật là gì? Chọn một câu đúng *

- ☒ Duy trì sự ổn định của huyết áp
- ☐ Đưa huyết áp về trị số bình thường
- ☐ Tránh để bị hạ huyết áp quá mức
- ☐ Đưa huyết áp về trị số mong muốn



Phản hồi

Mục tiêu phải đạt được của điều trị bằng thuốc chống tăng huyết áp là giữ cho huyết áp tâm trương ổn định ở 90-100 mgHg, và huyết áp tâm thu ổn định ở mức 140-150 mgHg. Mục tiêu điều trị có 2 thành phần: (1) trị số huyết áp mục tiêu phải đạt và (2) sự ổn định của huyết áp trong suốt quá trình điều trị. Mục tiêu của điều trị thuốc chống tăng huyết áp không phải là một trị số bình thường. Cần thận trọng khi đưa về huyết áp bình thường vì việc này sẽ dẫn đến giảm tưới máu tử cung nhau. Thành phần thứ nhì của mục tiêu điều trị thuốc chống tăng huyết áp là đảm bảo sự ổn định của huyết áp. Sau khi đưa huyết áp về trị số mục tiêu, thường thì việc này là không mấy khó khăn, thì mục tiêu khó khăn nhất phải đạt là đảm bảo duy trì được một điều trị nền nhằm ngăn cản mọi sự biến động quá mức của huyết áp.



✓ Trong tiền sản giật không có dấu hiệu nặng, phải chấm dứt thai kỳ ở tuổi 1/1 thai nào? Chọn một câu đúng *

- ☐ Vừa tròn 40 tuần
- ☒ Vừa tròn 37 tuần
- ☐ Chờ chuyển dạ tự nhiên
- ☐ Chờ Bishop thuận lợi



Phản hồi

Sanh là biện pháp duy nhất giải quyết triệt để tình trạng tiền sản giật có biểu hiện nặng và sản giật. Tuy nhiên, chỉ định chấm dứt thai kỳ để điều trị tiền sản giật phải đối mặt với tình trạng con. Ở tiền sản giật không có dấu hiệu nặng, luôn có nguy cơ biến chuyển thành bệnh lý có dấu hiệu nặng, trong khi đó. Việc kéo dài thai kỳ không mang lại thêm lợi ích gì cho con: phổi và các cơ quan đã trưởng thành. Kéo dài thai kỳ vừa nguy hiểm cho mẹ, con phải đứng trước nguy cơ IUGR và các biến chứng khác.



✓ Tăng huyết áp mạn không có dấu hiệu tăng nặng trong thai kỳ, phải chấm dứt thai kỳ ở thời điểm nào? Chọn một câu đúng *

- ☒ Không có chỉ định chấm dứt thai kỳ khi chỉ có tăng huyết áp mạn đơn thuần ✓
- ☐ Cần chấm dứt thai kỳ càng sớm càng tốt, để tránh xảy ra các diễn biến xấu
- ☐ Cố gắng kéo dài thai kỳ đến khi thai đủ trưởng thành, tức khoảng 37 tuần vô kinh
- ☐ Cố gắng kéo dài thai kỳ đến khi thai có khả năng sống, và đủ liều corticosteroid

Phản hồi

Tăng huyết áp mạn tính được hiểu là tăng huyết áp tồn tại từ trước khi có thai. Tăng huyết áp mạn có thể tăng nặng thêm trong thai kỳ hay chuyển thành tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mạn. Trong trường hợp này, tiên lượng sẽ rất nặng. Ngược lại, tăng huyết áp mạn có thể không thay đổi, hay tăng lên không kèm biến chứng tổn thương cơ quan, được gọi là tăng huyết áp mạn đơn thuần trong thai kỳ. Trong trường hợp này, khống chế huyết áp bằng các thuốc chống tăng huyết áp mà bệnh nhân hiện vẫn đang dùng là đủ. Do thai kỳ không làm tăng nặng tình trạng huyết áp nên việc chấm dứt thai kỳ cũng không làm cải thiện tình trạng tăng huyết áp mạn tính. Do thai kỳ không gây ra tổn thương đa cơ quan, nên cũng không có chỉ định chấm dứt thai kỳ. Huyết áp.



✗ Hội chứng HELLP, chưa có DIC, thai < 34 tuần, cần đạt được mục tiêu gì trước khi chấm dứt thai kỳ? Chọn một câu đúng *

0/1

- ☐ Chấm dứt thai kỳ ngay lập tức, vô điều kiện
- ☒ Ổn định tương đối tình trạng nội khoa ✗
- ☐ Ổn định tương đối tình trạng tăng huyết áp
- ☐ Chờ đợi đủ liều corticosteroid liệu pháp

Câu trả lời đúng

- ☒ Chờ đợi đủ liều corticosteroid liệu pháp

Phản hồi

Chấm dứt thai kỳ trong khuôn khổ một điều trị được cá thể hóa là một bộ phận của xử lý hội chứng HELLP. Đây là hội chứng nặng. Một cách tổng quát, chấm dứt thai kỳ ngay là một bộ phận của xử trí hội chứng HELLP. Các thành phần khác của điều trị hội chứng HELLP gồm ổn định tim mạch, điều chỉnh rối loạn đông máu. Cần chú ý là do tình trạng rất nặng của mẹ, và tình trạng của thai rất thay đổi nên xử trí bệnh nhân với hội chứng HELLP nên được cá thể hóa cho từng trường hợp. Ổn định bệnh nhân trước khi ra quyết định chấm dứt thai kỳ gồm: (1) Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, lượng nước tiểu. Theo dõi dấu ngộ độc $MgSO_4$ nếu đang dùng $MgSO_4$; (2) Theo dõi sát tim thai với monitoring thường xuyên; (3) Chuẩn bị 2 đơn vị máu đông nhóm, chuẩn bị sẵn tiểu cầu. Chỉ định truyền tiểu cầu trước và sau sanh khi tiểu cầu < 50.000 / μL ; (4) Đối với bệnh nhân mổ lấy thai, nên truyền tiểu cầu khi tiểu cầu < 50.000 / μL trước khi mổ. Mọi bệnh nhân có tiểu cầu thấp phải được điều chỉnh trước phẫu thuật bằng cách truyền 6-10 đơn vị tiểu cầu; (6) Theo dõi sát lượng dịch xuất nhập. Cần hạn chế nước nhập < 100 mL/giờ để tránh phù phổi. Trong trường hợp có nghi ngờ phù phổi cấp, cần tiêm tĩnh mạch chậm 40 mg Furosemide (Lasix®) và chụp X-quang ngực, ECG mẹ.

Do thai đã gần đạt mức trưởng thành, và corticosteroids liệu pháp có hiệu quả rất cao ở tuổi thai này, nên việc kéo dài thêm 48 giờ chờ corticosteroids có hiệu lực là cần thiết. 2 điều kiện tiên quyết để thực hiện corticosteroids liệu pháp là (1) tình trạng mẹ phải đảm bảo cho việc kéo dài thai kỳ thêm 48 giờ mà không ảnh hưởng xấu đến mẹ, và (2) tình trạng tuần hoàn tử cung-nhau và dự trữ kiềm của con phải đảm bảo chịu đựng cuộc sống trong tử cung thêm 48 giờ. Nếu 2 điều kiện này cùng thỏa, thì có chỉ định kéo dài thai kỳ ngắn hạn, thực hiện corticosteroids liệu pháp và chấm dứt thai kỳ khi liệu pháp có hiệu lực.



✓ Xử trí vô niệu ở tiền sản giật có dấu hiệu nặng, cần rất thận trọng khi thực hiện động thái điều trị nào? Chọn một câu đúng *

- ☐ Lợi tiểu bắt buộc với lợi tiểu quai (furosemide)
- ☐ Thẩm phân hay các biện pháp điều trị tương đương
- ☐ Thuốc chống tăng huyết áp có tác dụng nhanh
- ☒ Truyền với tốc độ nhanh các dịch truyền tinh thể



Phản hồi

Suy thận cấp là biến chứng thường gặp và là một trong những nguyên nhân gây tử vong mẹ và thai nhi của tiền sản giật. Co thắt mạch máu ở thận, với cơ chế như đã trình bày, có thể gây tổn thương vi cầu thận. Tổn thương vi cầu thể hiện bằng protein niệu. Tiền sản giật rất nặng còn có thể gây co thắt mạnh mạch máu thận, dẫn đến hoại tử ống thận cấp, với biến chứng vô niệu. Vì thế, tổn thương cầu thận và ống thận của tiền sản giật có thể gây tử vong cho thai phụ. Các tổn thương cầu thận và ống thận còn có thể dẫn đến suy thận mãn sau này. Tổn thương thận dẫn đến những thay đổi sinh hóa ở thai phụ bị tiền sản giật. Ở thai phụ bị tiền sản giật có biểu hiện nặng, tăng tính thấm vi cầu thể hiện qua protein niệu, trong khi đó, hoại tử ống thận được thể hiện bằng biến động tăng cao trong máu của urê, creatinin và acid uric. Tình trạng vô niệu là hệ quả của hoại tử ống thận cấp, phải được xử lý bằng truyền dịch, lợi tiểu bắt buộc. Tuy nhiên, tiền sản giật với huyết áp rất cao có thể dẫn đến tăng tải thất trái, với hệ quả là suy chức năng thất trái với ứ trệ tiểu tuần hoàn. Tuần hoàn phổi ứ trệ sẽ sẵn sàng cho tình trạng thoát dịch vào phế nang một khi có quá tải tuần hoàn, hệ quả của điều trị gây quá tải dịch truyền. Phù phổi cấp có thể phát khởi tự nhiên hay sau một thao tác điều trị gây quá tải tuần hoàn. Một vấn đề khác có thể phát khởi phù phổi cấp là các tổn thương của viêm phổi hít sau sản giật (viêm phổi hít hay hội chứng Meldenson).



✗ Khi đang thực hiện điều trị tiền sản giật có dấu hiệu nặng bằng $MgSO_4$, cần lưu ý tuân thủ điều gì? Chọn một câu đúng *

- ☐ Thường xuyên định lượng nồng độ Mg^{++} huyết thanh
- ☒ Hạn chế dùng chống tăng huyết áp nhóm ức chế kênh Ca^{++} ✗
- ☐ Thường xuyên theo dõi cung lượng bài xuất nước tiểu
- ☐ Thường xuyên theo dõi các biến động trên điện tâm đồ

Câu trả lời đúng

- ☒ Thường xuyên theo dõi cung lượng bài xuất nước tiểu

Phản hồi

Khi nồng độ $MgSO_4$ vượt ngưỡng, sẽ có ngộ độc $MgSO_4$. Các dấu hiệu của ngộ độc $MgSO_4$ xuất hiện tuần tự theo nồng độ tăng dần của $MgSO_4$. Như vậy, để đạt được hiệu quả điều trị, nồng độ Mg^{++} phải ở trong khoảng 4-7 mEq/L. Vì $MgSO_4$ chỉ bài tiết qua thận nên phải duy trì lượng nước tiểu thải ra > 25 mL/giờ hoặc 100 ml trong 4 giờ để tránh tích tụ thuốc. Ở những thai phụ bị tiền sản giật nặng mà nước tiểu dưới 30 ml mỗi giờ thì cần ngưng dùng khi cung lượng nước tiểu ở dưới ngưỡng này. Khi nồng độ Mg^{++} bắt đầu vượt ngưỡng điều trị, dấu hiệu mất phản xạ gân xương bánh chè sẽ là dấu hiệu sớm nhất. Vì thế, cần theo dõi phản xạ gân xương bánh chè như một chỉ báo là nồng độ Mg^{++} đã vượt ngưỡng điều trị và cần phải ngưng ngay việc dùng thêm $MgSO_4$. Sau phản xạ bánh chè là hô hấp. Khi có giảm tần số hô hấp 12 lần / phút phải xem là có ngộ độc $MgSO_4$. Luôn phải chuẩn bị chất giải độc $MgSO_4$ là calcium gluconate. Khi có ngộ độc $MgSO_4$, calcium gluconate được dùng với liều 10mL calcium gluconate 10% tiêm mạch trong thời gian không dưới 10 phút và đặt nội khí quản nếu bệnh nhân ngưng thở.



✓ Trong các yếu tố sau, yếu tố nào là yếu tố thuận lợi của vàng da ở sơ sinh? Chọn một câu đúng *

1/1

- ☐ Sơ sinh không được cho phơi nắng sáng đầy đủ
- ☐ Sơ sinh có cân nặng lúc sinh ≥ 4000 gram
- ☒ Sơ sinh được nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ
- ☐ Sơ sinh được nuôi hoàn toàn bằng sữa công thức



Phản hồi

Arias first described breast milk jaundice (BMJ) in 1963. Breast milk jaundice is a type of neonatal jaundice associated with breastfeeding. It is characterized by indirect hyperbilirubinemia in a breastfed newborn that develops after the first 4-7 days of life, persists longer than physiologic jaundice, and has no other identifiable cause. It should be differentiated from breastfeeding jaundice, which manifests in the first 3 days of life and is caused by insufficient production or intake of breast milk.

Breast milk jaundice is a common cause of indirect hyperbilirubinemia. The etiology of breast milk jaundice is not clearly understood, but the following factors have been suggested to play a role:

An unusual metabolite of progesterone (pregnane-3-alpha 20 beta-diol), a substance in the breast milk that inhibits uridine diphosphoglucuronic acid (UDPGA) glucuronyl transferase
Increased concentrations of nonesterified free fatty acids that inhibit hepatic glucuronyl transferase
Increased enterohepatic circulation of bilirubin due to (1) increased content of beta glucuronidase activity in breast milk and, therefore, the intestines of the breastfed neonate and (2) delayed establishment of enteric flora in breastfed infants

Defects in uridine diphosphate-glucuronyl transferase (UGT1A1) activity in infants who are homozygous or heterozygous for variants of the Gilbert syndrome promoter and coding region polymorphism.

Reduced hepatic uptake of unconjugated bilirubin due to a mutation in the solute carrier organic anion transporter protein SLC01B1.

Inflammatory cytokines in human milk, especially interleukin (IL)-1 beta and IL-6, are increased in individuals with breast milk jaundice and are known to be cholestatic and reduce the uptake, metabolism, and excretion of bilirubin.

High epidermal growth factor (EGF) levels in breast milk may be responsible for jaundice in these neonates. EGF is responsible for growth, proliferation, and maturation of the GI tract in newborns and is vital for its adaptation after birth. Higher EGF serum and breast milk levels were noted in patients with breast milk jaundice. The reduced GI motility and increased bilirubin absorption and uptake are thought to be the mechanisms.

Serum alpha feto-protein levels were found to be higher in infants with breast milk jaundice. The exact significance of this finding is unknown.

Breast milk is an important source of bacteria in establishing infantile gut flora. A recent study demonstrated that Bifidobacterium species in breast milk may protect against breast milk jaundice. The exact significance of this finding is unknown.

In infants with breast milk jaundice, interruption of breastfeeding for 24-48 hours and feeding with breast milk substitutes often helps to reduce the bilirubin level. Evidence suggests that the simple expedient of supplementing feeds of breast milk with 5 mL of a breast milk substitute reduces the level and duration of jaundice in breast milk-fed infants. Because this latter intervention causes less interference with the establishment of the breastfeeding dyad, the author prefers to use this approach rather than complete interruption of breast feeding in most cases.





- ✓ Trẻ đang bú mẹ hoàn toàn, bị vàng da vì một lý do bất kỳ cần phải quang liệu pháp, cần lưu ý gì? Chọn một câu đúng *
- ☐ Vẫn tiếp tục cho trẻ bú mẹ, vì bú mẹ không làm giảm hiệu quả của quang liệu pháp
 - ☐ Buộc phải tạm ngưng bú mẹ, để đảm bảo quang liệu pháp đạt hiệu quả mong muốn
 - ☐ Buộc phải tiếp tục cho trẻ bú mẹ hoàn toàn, vì bú mẹ làm tăng hiệu quả của quang liệu pháp
 - ☒ Có thể xem xét tạm ngưng bú mẹ, vì việc này có thể làm tăng hiệu quả của quang liệu pháp ✓

Phản hồi

Phototherapy is the primary treatment in neonates with unconjugated hyperbilirubinemia. This therapeutic principle was discovered rather serendipitously in England in the 1950s and is now arguably the most widespread therapy of any kind (excluding prophylactic treatments) used in newborns.

Phototherapy is effective because 3 reactions can occur when bilirubin is exposed to light, as follows: Initially, photooxidation was believed to be responsible for the beneficial effect of phototherapy. However, although bilirubin is bleached through the action of light, the process is slow and is now believed to contribute only minimally to the therapeutic effect of phototherapy.

Configurational isomerization is a very rapid process that changes some of the predominant 4Z,15Z bilirubin isomers to water-soluble isomers in which one or both of the intramolecular bonds are opened (E,Z; Z,E; or E,E). In human infants, the 4Z,15E isomer predominates, and, at equilibrium conditions, the isomer constitutes about 20-25% of circulating bilirubin after a few hours of phototherapy. This proportion is not significantly influenced by the intensity of light. Data have shown that formation of photoisomers is significant after as little as 15 minutes of phototherapy. Recent studies suggest that the initial rate of isomerization is inversely related to the hemoglobin level (Mreihil K et al, unpublished data).

Structural isomerization consists of intramolecular cyclization, resulting in the formation of lumirubin. This process is enhanced by increasing the intensity of light. During phototherapy, lumirubin may constitute 2- 6% of the total serum bilirubin concentration. The photoisomers of bilirubin are excreted in bile and, to some extent, in urine. The half-life of lumirubin in serum is much shorter than that in E isomers, and lumirubin is the primary pigment found in bile during phototherapy.

Bear in mind when initiating phototherapy that lowering of the total serum bilirubin concentration may be only part of the therapeutic benefit. Because photoisomers, by virtue of their water-soluble nature, should not be able to cross the blood-brain barrier, phototherapy may reduce the risk of bilirubin-induced neurotoxicity as soon as the lights are turned on. At any given total serum bilirubin concentration, the presence of 20-25% of photoisomers means that only 75-80% of the total bilirubin may be present in a form that can enter the brain. Please note that although theoretically coherent, no experimental data support this speculation.

The efficiency of phototherapy depends on the amount of bilirubin that is irradiated. Irradiating a large skin surface area is more efficient than irradiating a small area, and the efficiency of phototherapy increases with serum bilirubin concentration.



✓ Trong những ngày đầu, nhóm trẻ sơ sinh nào buộc phải được bổ sung sữa 1/1 công thức thêm vào sữa mẹ? Chọn một câu đúng *

- ☐ Nhóm các trẻ có trọng lượng khi sinh khoảng 2000-2500 gram
- ☐ Nhóm các trẻ đang bị vàng da do nguyên nhân bú sữa mẹ
- ☐ Nhóm các trẻ có tuổi thai khi sinh khoảng từ 34 đến 36 tuần
- ☒ Nhóm các trẻ sinh ra từ mẹ có tiểu đường trong thai kỳ



Phản hồi

It is significant to note that the longer the duration of breastfeeding, the greater the reduction in the incidence of type 2 diabetes. The study was from two large cohorts of women. The authors suggest that lactation may reduce risk of type 2 diabetes in young and middle-aged women by improving glucose homeostasis. Pregnancy has become a more common event in women with well-controlled diabetes, and fertility rates compare with those of women without diabetes. Much has been said about labor and delivery in mothers with diabetes and almost nothing about lactation in these mothers.

Mothers with diabetes should be offered the same opportunity to breastfeed that is offered to all patients, unless the disease is so incapacitating that any metabolic stress is contraindicated. When the progress of the infant of a mother with diabetes is uneventful and the infant can be treated normally, no contraindication exists to breastfeeding. The timely onset of stage II lactogenesis is important for the ultimate success of breastfeeding. Gestational diabetes and/or obesity were reported to be associated with delayed lactogenesis. Therefore, early breastfeeding support is essential for mothers with diabetes. Lactation may be more difficult in mothers with diabetes, perhaps as a result of cesarean delivery or the need to keep an infant in a special care unit for the first few days of life.

Congenital malformations in infants of mothers with diabetes are more common (two to six times the normal rate), occurring in 8% to 10% of births of mothers with insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM). They cover all organ systems. Congenital cardiac disease continues to be most common. At birth, the major problems are macrosomia, complicating delivery, hypoglycemia, respiratory distress syndrome, hypocalcemia, and hypomagnesemia, polycythemia, and hyperbilirubinemia. Thus close monitoring is mandatory while providing as "normal" an experience as possible.

Cordero et al.⁵⁴ reported 530 infants born to 332 women with diabetes and 177 women with IDDM; 36% were large for gestational age, 76 (14%) were born at less than 34 weeks' gestation, 115 (22%) were born at 34 to 37 weeks' gestation, and 339 (64%) were born at term. Almost half (47%) were admitted to the NICU due to respiratory distress syndrome, prematurity, hypoglycemia, or congenital malformation. Hypoglycemia occurred in 137 (27%) and more commonly among mothers with severe types of diabetes; 182 (34%) had respiratory distress syndrome. Although 244 infants were admitted to normal newborn care, 43 had to be transferred for hypoglycemia. Routine care failures were less frequent among breastfed infants. The authors recognize the improvements in care of the mother; however, they caution about hypoglycemia and respiratory distress syndrome in infants who are overstressed. They recommend observation of the infant in a special care nursery, especially when the mother's disease is advanced.



They further say breastfeeding should be encouraged in these mothers. Rates of breastfeeding in women with diabetes are lower than in non-diabetics, despite the greater advantages to both mother and infant.

In a retrospective study of 25 mothers who were insulin dependent before pregnancy, breastfeeding was both successful (13) and unsuccessful (12). The successful ones were slightly older and better educated and had diabetes longer (13.7 years vs. 8.2 years). The infants were half a week more mature and spent less time in the intensive care nursery (1.8 days vs. 7.2 days). Delay to first breastfeeding and introduction of a bottle in the intensive care nursery were no different, and both groups of mothers experienced an adjustment period. Observations about diet, insulin, and control of diabetes were similar in the two groups and paralleled the observations made in the study by Ferris et al.

During the last stages of pregnancy in normal women, a more or less constant excretion of lactose occurs in the urine, with the peak reached on the day of delivery. After delivery the lactose excretion immediately drops to a low level, where it remains for 2 to 5 days, followed by a sudden large excretion of lactose. Lactosuria in a mother with diabetes may lead to diagnostic confusion. It normally occurs late in pregnancy and in the postpartum period before the infant takes much milk, if the mother does not nurse, or if the supply of milk exceeds the infant's requirement. Lactose reabsorbed from the breasts is excreted in the urine. Urine sugar tests are not reliable during lactation.

The sparing effect of lactation on the insulin requirement has been observed by many, beginning with Joselin et al. The depression of the level of the blood sugar in normal nursing women with diabetes may lead to hypoglycemic symptoms. The simultaneous lactosuria may be misdiagnosed as glucosuria and excessive insulin taken. The improved tolerance has been explained by the transference of sugar from the blood to the breast for conversion to galactose and lactose.

Joselin et al. reported that the majority of patients at the Joselin Clinic, as well as those at Johns Hopkins Hospital, breastfed in whole or in part. They recommended the increased administration of the B vitamins for the mother with diabetes during lactation. In this small sample size, no significant difference was seen in the values for total nitrogen, lactose, fat, and calories, given the normally wide variations found among control subjects as well. Mineral content was not different except for sodium, which averaged 140 mg/g compared with reference milk's 100 mg/g. The glucose concentrations were significantly higher in the milk of women with diabetes, and this varied greatly without any pattern throughout the 24-hour collections, although lactose fluctuated little. The mean glucose value was 0.70 ± 0.11 mg/g in women with diabetes and 0.32 ± 0.08 mg/g in the reference women. During the collections the women with diabetes were noted to have periods of hyperglycemia. Total milk volumes were not measured in the study by Butte et al., but the infants were noted to gain weight appropriately. Measurements of glycosylated hemoglobin within a month of the milk collections were noted to be $8.1 \pm 0.6\%$, which is above the normal range of 4.0% to 7.6%. It is appropriate for clinicians to be aware of the slightly elevated sodium levels, especially if mastitis develops. The glucose elevations probably have little clinical significance to the infants because glucose makes up only about 0.4% of the total energy content of the milk.



✗ Mục đích của việc đảm bảo rằng trẻ ngậm bắt vú đúng là gì? Chọn một câu đúng * 0/1

☒ Hỗ trợ tốt phản xạ oxytocin và prolactin

✗

☐ Hạn chế nứt nẻ, loét núm vú

☐ Giúp trẻ nút vú hiệu quả hơn

☐ Giúp trẻ nuốt sữa dễ dàng hơn

Câu trả lời đúng

☒ Giúp trẻ nút vú hiệu quả hơn

Phản hồi

The nipple is sucked to the back of the baby's mouth, and a teat is formed from the nipple and the adjacent areola and underlying tissues.

When the jaw is raised, this teat is compressed between the upper gum and the tip of the tongue resting on the lower gum. The tongue is applied to the lower surface of the teat from the front backward, pressing it against the hard palate; the teat is reduced to approximately half its former width. As the tongue moves toward the posterior edge of the hard palate, the teat shortens and becomes thicker.

When the jaw is lowered, the teat is again sucked to the back of the mouth and restored to its previous size. Each cycle of jaw and tongue movement takes place in approximately 1.5 seconds. The pharyngeal cavity becomes airless and the larynx closes every time the upward movement of the tongue against the teat and hard palate is completed.

The lateral margins of the tongue cup around the nipple, creating a central trough.

The suck is initiated by the tip of the tongue against the nipple followed by pressure from the lower gum. There is peristaltic action of the tongue toward the back of the mouth. The tongue elevation continues to move the bolus of milk into the pharynx.



✗ Vì sao cần đảm bảo rằng bầu vú phải hoàn toàn trống sau kết thúc mỗi cữ bú? Chọn một giải thích đúng * 0/1

- ☐ Vì trong sữa tồn đọng có yếu tố thúc đẩy phân hủy prolactin
- ☐ Vì trong sữa tồn đọng có yếu tố ức chế đáp ứng với prolactin
- ☐ Vì trong sữa tồn đọng có yếu tố ức chế cung phản xạ prolactin
- ☒ Vì trong sữa tồn đọng có yếu tố ức chế sản xuất prolactin ✗

Câu trả lời đúng

- ☒ Vì trong sữa tồn đọng có yếu tố ức chế đáp ứng với prolactin

Phản hồi

The mammary gland is unique because, as an exocrine gland, it stores its secretion extracellularly. Storage within the gland's lumen suggests a local level of control on the rate of secretion.

As stated earlier, milk is produced as long as it is removed from the mammary gland. Further, prolactin and oxytocin are responsible for the production and release of milk, allowing the infant to extract milk by suckling. The rate of milk secretion may differ between breasts if one breast is suckled more frequently or for a longer time. When lactating goats have an extra daily milking, the secretory rate is increased even if the milk is immediately replaced with an inert solution to maintain the gland's distention. The dilution of stored milk in the gland with an inert isotonic solution results in increased milk secretion, suggesting the dilution of a chemical inhibitor.

Identification of a factor that is produced and functions at the mammary level, FIL, has evolved from multiple studies. Wilde et al.¹⁰³ described autocrine regulation of milk secretion by a previously unknown protein in the milk. When this active whey protein, a FIL, was isolated and injected into the mammary gland of lactating goats, milk secretion was decreased temporarily. Similar work by Prentice et al. confirmed the presence of FIL in humans. FIL is able to exert reversible concentration-dependent autocrine inhibition on milk secretion in the lactating gland. It controls secretion of all milk constituents simultaneously; that is, it affects secretion, not composition.

The search for the mechanism that explains regulation of milk supply continues. When goats were studied, it was noted that when milk accumulated in the mammary gland, production decreased. When the milk was removed and replaced with isotonic sucrose solution to volume, the rate of milk produced increased. This finding supports the concept that it is a compound in the milk and not distention of the mammary gland that regulates synthesis. This factor, FIL, is an autocrine mechanism.

FIL cannot be the sole control of milk synthesis, or removal of milk would not stimulate milk production. Cregan and Hartmann speculate that the mechanism of local control of milk synthesis is related to the filling/emptying cycle of the alveoli.¹⁴ Milk accumulation changes the morphology of the lactocytes lining the alveoli. When the luminal volume of mammospheres increased, according to St. Reuli and Edwards, it altered the interaction of the lactocytes with the basement membrane inhibiting prolactin receptors and further milk synthesis.



✓ Cho trẻ ăn bằng cốc và thìa trước khi cho trẻ bú mẹ có thể có nhược điểm gì? Chọn một câu đúng *

1/1

- ☐ Mất phản xạ bú vú
- ☒ Mất rất nhiều thời gian
- ☐ Mất phản xạ tìm vú
- ☐ Có thể gây từ chối vú mẹ



Phản hồi

Why cup feeding is safer than bottle feeding?

Cups are easy to clean with soap and water, if boiling is not possible.

Cups are less likely than bottles to be carried around for a long time, giving bacteria time to breed.

A cup cannot be left beside a baby, for the baby to feed himself.

The person who feeds a baby by cup has to hold the baby and look at him and give him some of the contact that he needs. A cup does not interfere with suckling at the breast.

How to feed a baby by cup?

Hold the baby sitting upright or semi-upright on your lap.

Hold the small cup of milk to the baby's lips.

Tip the cup so that the milk just reaches the baby's lips.

The cup rests lightly on the baby's lower lip, and the edges of the cup touch the outer part of the baby's upper lip.

The baby becomes alert, and opens his mouth and eyes.

A LBW baby starts to take the milk into his mouth with his tongue.

A full term or older baby sucks the milk, spilling some of it.

Do not pour the milk into the baby's mouth. Just hold the cup to his lips and let him take it himself.

When the baby has had enough, he closes his mouth and will not take any more. If he has not taken the calculated amount, he may take more next time, or you may need to feed him more often.

Measure his intake over 24 hours - not just at each feed.



✓ Sự khác biệt giữa cương tức vú và vú đầy sữa thể hiện ở điểm nào? Chọn 1/1 một câu đúng *

- ☐ Vú đầy sữa vẫn mềm, vú cương tức thì cứng
- ☐ Mẹ không sốt khi vú đầy sữa, mẹ sốt sớm và cao khi vú cương tức
- ☒ Vú đầy sữa thì nóng, vú cương tức thì đau ✓
- ☐ Vú đầy sữa chứa sữa thường trực, vú cương tức thường chỉ chứa sữa non

Phản hồi

Summary of differences between full and engorged breasts.

Full breasts: hot, heavy, hard, shiny, may look red, milk flowing, no fever. Engorged breasts: painful, oedematous, tight especially nipple, milk not flowing, may be fever for 24 hours

✓ Khi điều trị viêm vú nhiễm trùng, cần lưu ý đến vấn đề nào? Chọn một 1/1 câu đúng *

- ☐ Thời gian dùng kháng sinh ngắn nhất có thể. Ngưng khi hết triệu chứng
- ☐ Việc chọn kháng sinh nên dựa vào kết quả phân lập vi sinh của sữa
- ☒ Vẫn tiếp tục cho trẻ bú mẹ. Tăng tần suất cho bú mẹ sẽ cải thiện viêm vú ✓
- ☐ Hạn chế dùng giảm đau, kể cả paracetamol, do làm giảm sản xuất sữa

Phản hồi

Mastitis may produce overwhelming acute symptoms that prompt women to consider cessation of breastfeeding. Effective milk removal, however, is the most important part of treatment.³² Acute cessation of breastfeeding may actually exacerbate the mastitis and increase the risk of abscess formation; therefore, effective treatment and support from health care providers and family are important at this time. Mothers may need reassurance that the antibiotics they are taking are safe to use during breastfeeding



✓ Khi nào kết luận sự hiện diện của vi khuẩn trong sữa mẹ là bệnh lý? Chọn 1/1 một câu đúng *

- ☐ Khi hiện diện của vi khuẩn có kèm theo sốt và đau tức của tuyến vú
- ☐ Khi các khuẩn này không phải là khuẩn thường trú ở da mẹ
- ☐ Sự hiện diện của vi khuẩn đủ để kết luận tình trạng bệnh lý
- ☒ Khi sự hiện diện của chúng kèm theo bạch cầu đa nhân thoái hóa



Phản hồi

Using leukocyte counts and microbiologic counts, Thomsen et al.²⁶¹ have separated breast inflammations into three clinical states: milk stasis (counts less than 106 leukocytes and less than 103 bacteria per milliliter of milk), noninfectious inflammation (counts greater than 106 leukocytes and less than 103 bacteria), and infectious mastitis (counts greater than 106 leukocytes and greater than 103 bacteria). The authors concluded that no treatment was needed in stasis, but lack of treatment led to recurrence and lactation failure in noninfectious inflammation and abscess in mastitis. Emptying the breast (frequent feedings and pumping or hand-expressing three times per day after a feed) was sufficient in noninfectious inflammation and ameliorated the course in most cases of mastitis. However, recurrence was inappropriately high. Mastitis requires antibiotics in addition to emptying the breast.



✗ Một bà mẹ nhiễm HBV muốn thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, điều kiện nào là bắt buộc? Chọn một câu đúng * 0/1

- ☐ Có thể cho bé bú ngay sau sinh với điều kiện bé phải được tiêm cả immunoglobulin và vaccin sớm sau đó
- ☐ Chỉ được cho bé bú sau khi bé đã được tiêm immunoglobulin và vaccin
- ☒ Chỉ được cho bé bú sau khi bé đã được tiêm immunoglobulin, nhưng bé phải được tiêm vaccin sớm sau đó ✗
- ☐ Có thể cho bé bú ngay sau sinh với điều kiện bé phải được tiêm immunoglobulin sớm sau đó, vaccin có thể tiêm muộn

Câu trả lời đúng

- ☒ Có thể cho bé bú ngay sau sinh với điều kiện bé phải được tiêm immunoglobulin sớm sau đó, vaccin có thể tiêm muộn

Phản hồi

HBsAg is found in breast milk, but transmission by this route is not well documented. Beasley and Beasley et al. demonstrated that, although breast milk transmission is possible, seroconversion rates were no different between breastfed and nonbreastfed infants in a long-term follow-up study of 147 HBsAg-positive mothers. Hill et al. followed 101 breastfed infants and 268 formula-fed infants born to women who were chronically HBsAg positive. All infants received HBIG at birth and a full series of hepatitis B vaccine. None of the breastfed infants and nine of the formula-fed infants were positive for HBsAg after completion of the HBV vaccine series. Breastfeeding had occurred for a mean of 4.9 months (range: 2 weeks to 1 year). Transmission, when it does happen, probably occurs during labor and delivery. Another report from China followed 230 infants born to HBsAg-positive women. The infants received the appropriate dosing and timing of HBIG and HBV vaccine. At 1 year of age, anti-HBs antibodies were present in 90.9% of the breastfed infants and 90.3% of the bottle-fed infants. Risk factors associated with immunoprophylaxis failure against vertical transmission of HBV include HBeAg-seropositive mothers and elevated HBV DNA "viral loads" in the mothers. Zhang et al. also demonstrated in over 67,000 pregnant women and 1150 HBsAg-positive mothers that breastfeeding did not increase the risk of HBV mother-to-child transmission, as compared to formula-fed infants. A systematic review and meta-analysis by Shi et al. including 10 controlled clinical trials reported an odds ratio for the development of hepatitis B surface antibodies in breastfeeding infants, compared with non-breastfeeding infants, of 0.98 (CI 0.69 to 1.40). In 2009, the AAP Committee on Infectious Diseases stated "that breastfeeding of the infant by a HBsAg-positive mother poses no additional risk for acquisition of HBV infection by the infant with appropriate administration of hepatitis B vaccine and HBIG."



✓ Mẹ nhiễm HBV, nhưng muốn thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ. Yếu tố nào 1/1 giúp quyết định? Chọn một câu đúng *

- ☐ Phải đủ điều kiện tiêm vaccin
- ☐ Mẹ đã được điều trị kháng virus
- ☐ Kết quả HBeAg phải âm tính
- ☒ Phải có sẵn immunoglobulin



Phản hồi

Screening of all pregnant women for HBV infection is an essential first step to preventing vertical transmission. Universal HBV vaccination at birth and during infancy, with the administration of HBIG immediately after birth to infants of HBsAg-positive mothers, prevents HBV transmission in more than 95% of cases. Breastfeeding by HBsAg-positive women is not contraindicated, but the immediate administration of HBIG and HBV vaccine should occur. Two subsequent doses of vaccine should be given at appropriate intervals and dosages for the specific HBV vaccine product. This decreases the small theoretic risk for HBV transmission from breastfeeding to almost zero.



✓ Khi nào một bà mẹ nhiễm HIV nên thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ?

1/1

Chọn một câu đúng *

- ☒ Chỉ trong trường hợp bất khả kháng, khi bà ta hoàn toàn không thể thực hiện nuôi thay thế toàn phần thỏa AFASS ✓
- ☐ Chỉ trong trường hợp bất khả kháng, khi bà ta hoàn toàn không thể thực hiện nuôi thay thế một phần thỏa AFASS
- ☐ Có thể lựa chọn giữa 2 cách bình đẳng, không có ưu tiên, là bú mẹ hoàn toàn hay nuôi thay thế hoàn toàn thỏa AFASS
- ☐ Chỉ trong trường hợp bất khả kháng, khi bà ta hoàn toàn không thể thực hiện nuôi thay thế một phần hay toàn phần

Phản hồi

A number of potential interventions to prevent breastfeeding transmission of HIV-1 can be utilized depending on the specific situation for the mother and infant. The simplest and most effective is the complete avoidance of human milk. This is a practical solution in places such as the United States where replacement feeding and other strictly medical interventions are feasible and reasonable, and the risk of not providing breast milk to the infant is minimal. In resource-poor situations, where the risk for other infections and malnutrition is high without the benefits of breast milk, exclusive breastfeeding is appropriate, with any other reasonable and culturally acceptable interventions to decrease HIV transmission via breast milk.

Potentially effective interventions include exclusive breastfeeding; avoidance of mixed feeding; utilization of replacement feeding when it is acceptable, feasible, affordable, sustainable, and safe (AFASS) within the woman's community; and education and support to decrease the likelihood of mastitis or nipple lesions. Other possible interventions include treating a mother with antiretroviral therapy for her own health or prophylactically to decrease the human milk viral load, treating an infant prophylactically for a prolonged period of time to protect against transmission via breastfeeding, treating the milk itself to decrease the viral load (by pasteurization or other methods), treating acute conditions in mothers and infants (e.g., mastitis, breast lesions, infant candidiasis), and enhancing an infant's own defenses via vitamins and immunizations. Use of antiretroviral medications in the mother or the infant to specifically prevent transmission of HIV to the infant via breast milk and breastfeeding should continue through at least 1 week after stopping breastfeeding or stopping the use of mother's milk for that infant. Some of these may not be feasible in certain settings such as home pasteurization or maternal antiretroviral therapy. Others may not be culturally acceptable, such as treating expressed breast milk before giving it to an infant or even exclusive breastfeeding.



✓ Mẹ nhiễm HIV, nhưng bị buộc phải thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ.
Trường hợp nào có thể có MTCT? Chọn một câu đúng *

1/1

- ☐ Mẹ đã được điều trị ARVs trong thai kỳ
- ☐ Con đã được dự phòng bằng ARV sau sanh
- ☐ Cho trẻ bú hỗn hợp sữa mẹ và sữa công thức
- ☒ Nguy cơ MTCT luôn hiện diện khi nuôi con bằng sữa mẹ



Phản hồi

The evidence of HIV transmission via breastfeeding is irrefutable. Multiple publications summarize the current evidence for HIV transmission via breastfeeding in the literature. Since 1985, case reports have documented HIV transmission via breast milk to children around the world. Primary HIV infection in breastfeeding mothers, with the concomitant high viral load, is associated with a particularly high rate of HIV transmission via breast milk. Palasanthiran et al. estimated that risk at 27%. Large observational studies have demonstrated higher rates of HIV transmission in breastfed infants of mothers with chronic HIV infection compared with formula-fed infants. A systematic analysis of published reports estimated the additional risk for perinatal HIV transmission due to breastfeeding to be 14% (95% confidence interval: 7% to 22%). More recently published cohort studies similarly attributed additional risk for HIV transmission due to breastfeeding at 4% to 22% over and above the risk from prenatal and intrapartum transmission. Laboratory reports demonstrate the presence of cell-free virus and cell-associated virus in breast milk, as well as various immunologic factors that could block or limit infection. A dose-response relationship has been observed, correlating the HIV viral load in human milk, as well as a mother's plasma viral load, with an increased transmission risk for the breastfed infant. Many of the potential risk factors associated with human milk transmission of HIV have been described. The cumulative risk for HIV transmission is higher the longer the duration of breastfeeding. Maternal characteristics related to the transmission of HIV via human milk include younger maternal age, higher parity, lower CD4 + counts, higher plasma viral loads, and breast abnormalities (mastitis, abscess, or nipple lesions). Characteristics of human milk that relate to a higher risk for transmission include higher viral load in the milk, lower concentrations of antiviral substances (lactoferrin, lysozyme), and lower concentrations of virus-specific cytotoxic T-lymphocytes, levels of various interleukins (IL-7, IL-15), secretory IgA, and IgM. Mixed breastfeeding is also associated with a higher risk for HIV transmission compared with exclusive breastfeeding. The issue becomes how to balance the measurable benefits of breast milk (nutrition and protection against other causes of morbidity and mortality in infancy) against the relative risk for HIV transmission to the infant due to breastfeeding (with optimization of other factors to decrease HIV transmission) and how to provide optimal care for each mother-infant dyad within the context of local maternal and child health services. The actual measurable benefits of receiving breast milk versus the relative increased risk for HIV transmission will need to be determined in a prospective fashion in different nations and locales



Google Biểu mẫu

