



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài *Nửa đầu thai kỳ*

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

- Test thai nhanh bằng nước tiểu (+), siêu âm không thấy hình ảnh thai trong tử cung. **Dữ kiện nào có giá trị nhất?**
 - Tìm hiểu thông tin chi tiết về ngày kinh cuối và đặc điểm chu kỳ
 - Khám lâm sàng tìm các dấu hiệu của xuất huyết tử cung bất thường
 - Thực hiện ngay định lượng nồng độ của β -hCG trong huyết thanhⁱ
 - Nếu không có cấp cứu, chờ thêm vài ngày nữa để thực hiện lại siêu âm
- Khi nào phải thực hiện định lượng nồng độ β -hCG huyết thanh nhiều lần liên tiếp? **Chọn một câu đúng**
 - Luôn luôn định lượng nồng độ β -hCG huyết thanh nhiều lần liên tiếp, vì sẽ tốt hơn chỉ định lượng một lần
 - Khi nghi ngờ có bất thường về tính sinh tồn thai: thai ngưng phát triển trong tử cung, trứng không phôi...
 - Khi nghi ngờ có sai lầm trong định tuổi thai: tuổi thai trên lâm sàng và trên siêu âm có chênh lệch...
 - Khi kết quả định lượng nồng độ β -hCG huyết thanh lần đầu không phù hợp với nồng độ được kỳ vọngⁱⁱ
- 3 tháng đầu thai kỳ. Bạn làm gì nếu tuổi thai theo lâm sàng và theo siêu âm có khác biệt? **Chọn một câu đúng**
 - Dùng song song cả hai cách tính tuổi thai, với ghi chú là theo lâm sàng hay theo siêu âm
 - Luôn căn cứ vào ngày kinh cuối để định tuổi thai. Sinh trắc thai chỉ có ý nghĩa tham khảo
 - Luôn căn cứ vào sinh trắc thai để định tuổi thai. Ngày kinh cuối chỉ có ý nghĩa tham khảo
 - Tùy mức độ chênh lệch là nhiều hay ít để quyết định có cần hiệu chỉnh tuổi thai hay khôngⁱⁱⁱ
- Nếu chỉ được phép chọn **1** trong các chỉ số sau để xác định tuổi thai, bạn sẽ chọn chỉ số nào? **Chọn một chỉ số đúng**
 - Tùy theo tuổi thai ở thời điểm thực hiện khảo sát^{iv}
 - Đường kính trung bình của túi thai (MSD)
 - Chiều dài đầu mông phôi (CRL)
 - Đường kính lưỡng đỉnh (BPD) hay chu vi đầu (HC)
- Dấu hiệu nào có giá trị cao nhất để dự báo thai nghén có khả năng sẽ bị thất bại sớm? **Chọn một câu đúng**
 - Nồng độ β -hCG huyết thanh không tăng gấp đôi so với 2 ngày trước đó
 - Trên siêu âm thấy tốc độ tăng trưởng của CRL chậm hơn 7^{mm} trong một tuần
 - Trên siêu âm thấy yolk-sac giãn rộng có hay không kèm hiệu số MSD-CRL < 5^{mm} v
 - Trên siêu âm quan sát thấy có hình ảnh xuất huyết dưới màng nuôi diện hẹp
- Phải chỉ định thực hiện test huyết thanh tầm soát lệch bội cho những thai phụ nào? **Chọn một câu đúng**
 - Chỉ khi nào thai kỳ có các biểu hiện bất thường trong phát triển bào thai
 - Chỉ thực hiện cho những thai phụ với nguy cơ lâm sàng cao có lệch bội
 - Mọi thai phụ, không có bất cứ trường hợp nào được xem là ngoại lệ
 - Mọi thai phụ, ngoại trừ các thai phụ có nguy cơ lâm sàng cao có lệch bội^{vi}
- Ngày nay, giá trị thật của test tiền sản không xâm lấn NIPT phải được hiểu như thế nào? **Chọn một luận điểm đúng**
 - Là một test chẩn đoán, được dùng để thay vào vị trí của test xâm lấn chẩn đoán lệch bội
 - Là một test sàng lọc, được tiến hành đồng thời với test huyết thanh tầm soát lệch bội
 - Là một test sàng lọc, được dùng để thay vào vị trí của test huyết thanh tầm soát lệch bội
 - Là một test sàng lọc, được dùng để hạn chế việc thực hiện test xâm lấn chẩn đoán lệch bội^{vii}
- Vào đầu 3 tháng giữa, người ta thực hiện siêu âm soft-markers với mục đích gì? **Chọn một câu đúng**
 - Để hiệu chỉnh nguy cơ nền tảng
 - Để hiệu chỉnh nguy cơ huyết thanh^{viii}
 - Để thu thập thêm thông tin độc lập
 - Để thu thập thêm thông tin bổ sung

9. Khi thực hiện tầm soát nhiễm Rubella cho thai phụ, cần lưu ý điều gì? **Chọn một hành động đúng**
- Thực hiện tầm soát thường quy trong thai kỳ cho mọi thai phụ, không có bất cứ trường hợp ngoại lệ nào ^{ix}
 - Thực hiện tầm soát thường quy trong thai kỳ cho mọi thai phụ, ngoại trừ người đã chủng ngừa trước đó
 - Thực hiện tầm soát thường quy trong thai kỳ cho mọi thai phụ, ngoại trừ người có IgG [+] đã biết từ trước
 - Thực hiện tầm soát thường quy trong thai kỳ cho mọi thai phụ, ngoại trừ người đã từng mắc Rubella trước đó
10. Khi phát hiện thai phụ có huyết thanh HBsAg [+] nhưng HBeAg [-], bạn sẽ làm gì? **Chọn một câu đúng**
- Trong thai kỳ, định kỳ thực hiện theo dõi huyết thanh chẩn đoán HBsAg và HBeAg
 - Trong thai kỳ, chỉ cần định kỳ thực hiện theo dõi huyết thanh chẩn đoán HBeAg
 - Giữa thai kỳ, cần đánh giá chức năng gan và định lượng HBV DNA, dù HBeAg [-] ^x
 - Trong thai kỳ, không cần khảo sát thêm huyết thanh HBV do kết quả này là đủ để an tâm
11. Trong 3 tháng đầu, khi phát hiện ra đa thai, nội dung nào là quan trọng nhất phải thực hiện? **Chọn một câu đúng**
- Xác định đúng dạng đa thai ^{xi}
 - Xác định đúng số lượng thai
 - Xác định bất thường các thai
 - Tiến hành sớm dự phòng sanh non
12. 3 tháng đầu, thai phụ có thiếu máu nhược sắc, hồng cầu nhỏ, ferritin bình thường, bạn làm gì? **Chọn một câu đúng**
- Test phân tìm giun móc
 - Bổ sung sắt, acid folic
 - Bổ sung sắt, vitamin B₁₂
 - Điện di Hb cả 2 vợ chồng ^{xii}

REFERENCES

ⁱ Việc tìm thấy β -hCG trong huyết tương hay trong nước tiểu một người phụ nữ trong độ tuổi sinh sản thường là dấu hiệu sinh hóa của thai kỳ. Cần đối chiếu hình ảnh quan sát được qua siêu âm với nồng độ β -hCG. Thông thường, khi nồng độ β -hCG huyết thanh đạt mức 1500 mIU/ml có thể thấy được hình ảnh túi thai trong buồng tử cung qua siêu âm đầu dò âm đạo. Nếu không thấy được hình ảnh túi thai khi nồng độ β -hCG đã ở trên điểm cắt này cần nghĩ đến thai ngoài tử cung, thai ngưng tiến triển hoặc đã sảy hay giai đoạn sớm của một trường hợp đa thai. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-2: Nửa đầu thai kỳ. Động học hCG. Trang 2*

ⁱⁱ β -hCG trong huyết tương phản ánh hoạt động của nguyên bào nuôi, nhưng không phản ánh tình trạng của phôi thai. Vì thế, cần thực hiện một loạt định lượng β -hCG trong trường hợp mà nồng độ hCG lần đầu không phù hợp với kỳ vọng. Thai ngưng tiến triển, trứng trống là bất thường của phôi, định lượng hCG không mang lại bất cứ thông tin hữu ích nào cho chẩn đoán. Nồng độ hCG liên quan rất kém với tuổi thai, do biến thiên phi tuyến tính với khoảng phương sai rất lớn. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-2: Nửa đầu thai kỳ. Động học hCG. Trang 2*

ⁱⁱⁱ Siêu âm tam cá nguyệt I là phương pháp tốt nhất để định tuổi thai với độ chính xác cao hơn ngày đầu chu kỳ kinh cuối kể cả khi thai phụ nhớ chính xác kỳ kinh cuối. Tuy nhiên, nếu chỉ dựa vào siêu âm đơn thuần có thể sai lệch trong những trường hợp thai quá to hay quá nhỏ, từ đó có thể che lấp một số trường hợp bất thường tuần hoàn nhau thai. Phương pháp được dùng ở một số trung tâm sản khoa trên thế giới là phối hợp kỳ kinh cuối và siêu âm tam cá nguyệt I, trong đó siêu âm được dùng để xác định lại độ tin cậy của kỳ kinh cuối. Nếu sai lệch quá nhiều thì cần hiệu chỉnh lại tuổi thai theo siêu âm. Cụ thể là cần hiệu chỉnh nếu thai dưới 9 tuần tuổi mà sai lệch trên 5 ngày, hoặc khi thai từ 9 tuần tuổi đến 13 tuần 6 ngày mà sai lệch trên 7 ngày. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-2: Nửa đầu thai kỳ. Định tuổi thai. Trang 2*

^{iv} Có thể dùng siêu âm để định tuổi thai vì kích thước của phôi và thai phát triển tương ứng với tuổi thai. Tuy nhiên, sự khác biệt về sinh trắc của phôi ở tam cá nguyệt I ít hơn của thai ở cuối tam cá nguyệt II và III nên siêu âm trong tam cá nguyệt I (đến 13 tuần 6 ngày) là phương pháp chính xác nhất để định tuổi thai. Người ta có thể dùng đường kính trung bình của túi thai (mean gestational sac diameter MSD), chiều dài đầu mông (crown-rump length CRL) hoặc các chỉ số sinh trắc khác của thai như đường kính lưỡng đỉnh (biparietal diameter BPD), chu vi đầu (head circumference HC) để định tuổi thai. Đường kính trung bình của túi thai (MSD): khi thai 3-5 tuần tuổi, trên siêu âm có thể thấy được hình ảnh của một túi thai tròn đều, có hình ảnh vòng đôi, sẽ phát triển thành xoang ối sau này. Túi thai sớm nhất có thể thấy được qua siêu âm ngã âm đạo khi có kích thước 2-3mm tương ứng với tuổi thai 32-33 ngày, MSD tăng trung bình 1mm mỗi ngày. Đây là yếu tố phổ biến, tiêu chuẩn giúp định tuổi thai sớm nhất qua siêu âm. Tuổi thai (ngày) có thể tính được bằng cách lấy MSD cộng 30. Tuy nhiên, độ chính xác của MSD sẽ giảm khi MSD lớn hơn 14mm hoặc khi xuất hiện phôi. Khi đã có phôi, không nên dùng MSD để tính tuổi thai nữa vì tuổi thai tính bằng MSD có nhiều sai số hơn so với CRL. Yolk sac: có thể thấy sớm nhất lúc thai 5 tuần hoặc trễ lúc thai 6 tuần. Yolk sac đạt kích thước lớn nhất vào khoảng 6mm lúc thai 10 tuần, sau đó nó sẽ di chuyển ra ngoài vi của xoang ối. Tuy nhiên, người ta không dùng yolk sac để xác định tuổi thai. Chiều dài đầu mông (CRL): là chỉ số giúp định tuổi thai chính xác nhất với sai số $\pm 3-8$ ngày. CRL đo được tốt nhất khi ≥ 10 mm, nên nếu có nhiều kết quả siêu âm ở tam cá nguyệt I thì nên dùng kết quả siêu âm sớm nhất với CRL ≥ 10 mm để tính tuổi thai. Tuổi thai tính bằng tuần có thể tính được bằng cách lấy CRL cộng 6,5 hoặc bằng cách lấy CRL cộng 42 chia 7. Khi CRL > 84 mm thì độ chính xác của nó trong việc định tuổi thai giảm đi nên lúc đó cần sử dụng các chỉ số sinh trắc khác. Đường kính lưỡng đỉnh (BPD) và chu vi đầu (HC): ở thời điểm 11-13 tuần 6 ngày, sử dụng CRL và BPD có độ chính xác tương đương nhau trong việc định tuổi thai tuy nhiên khi CRL > 84 mm thì nên dùng BPD hoặc HC. HC có độ chính xác cao hơn BPD một chút. Tại thời điểm 11 tuần, trị số BPD trung bình là 17mm và sẽ tăng 3mm mỗi tuần. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-2: Nửa đầu thai kỳ. Định tuổi thai. Trang 1-2*

^v Dọa sảy thai lưu là một hiện tượng thường gặp trong thai kỳ, xảy ra với tần suất 20-25% số thai kỳ. Triệu chứng cơ năng khá nghèo nàn. Ra máu và trầy bụng là các triệu chứng không phải lúc nào cũng hiện diện. Định lượng β -hCG không có giá trị cao trong dự báo, do chỉ phản ánh hoạt động của nguyên bào nuôi, và không phản ánh thực sự tình trạng thai. Các dấu hiệu trên siêu âm là có giá trị nhất. Trong đó, yolk-sac giãn rộng và hiệu số MSD-CRL < 5 mm là các triệu chứng có giá trị. Tăng trưởng CRL chậm có giá trị dự báo lệch bội hơn là thai ngưng tiến triển, ngoại trừ khi tốc độ này là rất chậm. Tự dịch dưới màng nuôi chỉ có giá trị nếu nó xuất hiện trên diện rất rộng, $> 50\%$ mà thôi. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-2: Nửa đầu thai kỳ. Thai nghén thất bại sớm. Trang 1*

^{vi} Test huyết thanh cũng là một test tầm soát, tự thân nó có độ nhạy và độ đặc hiệu không cao. Mọi thai phụ có nguy cơ thấp phải là đối tượng của test tầm soát bằng huyết thanh. Đối tượng có nguy cơ cao được xác định bằng lâm sàng, bằng siêu âm sàng lọc, bằng tiền sử ... không được xem là đối tượng của test huyết thanh. Khi đó một khảo sát có giá trị cao hơn sẽ được đề nghị như NIPT hay test xâm lấn. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-2: Nửa đầu thai kỳ. Các test tầm soát lệch bội. Trang 1-2*

vii Free cell fetal DNA là các mảnh vụn DNA của thai nhi lưu hành tự do trong máu mẹ. Kỳ thực, đây là các mảnh DNA có nguồn gốc lá nuôi. Về bản chất, free cell DNA thể hiện cấu trúc di truyền của lá nuôi. Việc sử dụng các mảnh vụn DNA thai nhi ngoài tế bào lưu hành trong máu mẹ để tái dựng khái niệm về bộ nhiễm sắc thể của thai nhi dựa trên nguyên lý là khi thai nhi có lệch bội thì tần suất xuất hiện của DNA tương ứng với nhiễm sắc thể đó sẽ khác với tần suất được kỳ vọng ở một thai đẳng bội. Sự hiện diện các mảnh vụn của DNA từ một nhiễm sắc thể nào đó với nồng độ thấp hơn nồng độ kỳ vọng (expected) gợi ý một tình trạng đơn bội của nhiễm sắc thể đó. Tương tự, Sự hiện diện các mảnh vụn của DNA từ một gene nào đó với nồng độ thấp hơn nồng độ kỳ vọng (expected) gợi ý một tình trạng đột biến kiểu vi mất đoạn của gene đó. Sự hiện diện các mảnh vụn của DNA từ một nhiễm sắc thể nào đó với nồng độ cao hơn nồng độ kỳ vọng (expected) gợi ý một tình trạng đa bội của nhiễm sắc thể đó. NIPT được thực hiện sớm nhất từ tuần thứ 10 thai kỳ, sau khi tham vấn xét nghiệm di truyền học. Việc thực hiện quá sớm có thể làm tăng khả năng âm sai và dương sai của test, do khối lượng chất liệu di truyền thai hiện diện trong máu mẹ không đủ vượt khỏi ngưỡng phân định (Z-score). Dù free cell DNA đạt đến một khả năng tầm soát là trên 99%, với dương tính giả dưới 1% cho T21, nhưng do NIPT không xác định cấu trúc nhiễm sắc thể, nên NIPT không được xem là test chẩn đoán lệch bội. Nó chỉ dùng để hạn chế chỉ định test xâm lấn, để hạn chế mất thai do các can thiệp xâm lấn gây ra. Theo xu hướng hiện nay, NIPT được đề nghị thực hiện ở những thai phụ có nguy cơ cao với trisomy 13, 18, 21 như tuổi thai phụ ≥ 35 , hình ảnh siêu âm gợi ý nhiều bất thường lệch bội, tiền căn sanh con bị lệch bội, test sàng lọc 3 tháng đầu hoặc 3 tháng giữa nguy cơ cao, và ba mẹ biết rõ có đột biến chuyển đoạn nhiễm sắc thể kết hợp với trisomy 13, 18, 21. Các tiền bộ mới nhất gần đây cho phép dùng NIPT để khảo sát một số vi mất đoạn phổ biến như hội chứng Di George, hoặc các bệnh lý đột biến gene đã biết rõ địa chỉ như thalassemia, với điều kiện là các vi mất đoạn hay đột biến này phải có kích thước > 7 Megabases (MB).
Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-2: Nửa đầu thai kỳ. Các test tầm soát lệch bội. Trang 2

viii Siêu âm 3 tháng giữa được thực hiện sớm vào tuần 15 đến 18⁺⁶ khảo sát các chỉ báo mềm (soft-markers), nhằm mục đích hiệu chỉnh nguy cơ tính toán từ triple test. Mỗi chỉ báo mềm có một khả dĩ dương (Likelihood Ratio) thể hiện rằng khả năng có lệch bội đã bị tăng hơn bao nhiêu lần so với thai nhi không có dấu chỉ này. Kết quả cuối cùng của việc tích hợp được gọi là nguy cơ hiệu chỉnh (adjusted risk). Nguy cơ hiệu chỉnh là tích số của nguy cơ huyết thanh và khả dĩ dương có lệch bội của dấu chỉ. Nguy cơ hiệu chỉnh là cơ sở để đưa ra các quyết định thực hiện test sau tầm soát sơ cấp, gồm NIPT hoặc chọc ối. Nếu không có bất cứ một chỉ báo mềm nào hiện diện, thì nguy cơ bị lệch bội sẽ giảm đi một nửa, tức $LR = 0.5$. Ngày nay, với nguy cơ hiệu chỉnh bất thường, người ta có thể thực hiện NIPT. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-2: Nửa đầu thai kỳ. Các test tầm soát lệch bội. Trang 2*

ix Nhiễm Rubella có nguy cơ gây dị tật bào thai cao, đặc biệt là nhiễm mới. Mọi thai phụ đều được tầm soát huyết thanh Rubella trong thai kỳ. Test huyết thanh được lặp lại sau đó. Diễn biến kết quả huyết thanh cho phép xác lập chẩn đoán và định kế hoạch theo dõi trong thai kỳ. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-2: Nửa đầu thai kỳ. Nhiễm Rubella, CMV và Giang mai trong thai kỳ: Thiếu máu thiếu sắt và Thalassemia. Trang 2, 3. Hình 2.*

x Nhiễm HBV có thể lây truyền dọc từ mẹ sang con trong trường hợp có viêm gan thể hoạt động. HBeAg [+] là chỉ định của điều trị trong thai kỳ. HBeAg [-] có nguy cơ lây truyền dọc thấp, nhưng không phải bằng 0. Khi HBsAg [+] và HBeAg [-], cần xác minh lại tình trạng hoạt động của HBV vào nửa sau thai kỳ, thông qua chức năng gan và định lượng HBV DNA. Lượng copies HBV sẽ giúp có một quyết định phù hợp trong chăm sóc hậu sản cho mẹ và cho con. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-2: Nửa đầu thai kỳ. Nhiễm HBV, HIV và Bacterial vaginosis trong thai kỳ. Trang 2, 3. Hình 1.*

xi Dạng đa thai là một nội dung chẩn đoán quan trọng nhất, buộc phải thực hiện trong chẩn đoán đa thai, do kết cục sản khoa rất khác nhau. Đa thai khác trứng có nguy cơ thấp nhất, kể đến là D-D twins, rồi đến M-D twins do các vấn đề thông nối mạch máu. Kết cục xấu nhất thuộc về song thai M-M, do có thêm vấn đề song thai dính. Việc dự phòng sanh non không phải là nội dung của can thiệp trong 3 tháng đầu. Số lượng các thai cũng có ảnh hưởng đến tiên lượng, như ảnh hưởng này chủ yếu liên quan đến sanh non và tăng trưởng bào thai. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-2: Đa thai và các vấn đề có liên quan. Trang 1, 3*

xii Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ với ferritin thấp gợi ý thiếu máu thiếu sắt. Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ với ferritin bình thường hay cao gợi ý Thalassemia. Thiếu máu do giun móc là một thiếu máu thiếu sắt. Thiếu máu do Thalassemia được tầm soát bằng huyết đồ. Nếu huyết đồ cho thấy thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc thì cần phải thực hiện Ferritin. Nồng độ ferritin bình thường hay cao là chỉ định thực hiện điện di Hb ở cả 2 vợ chồng nhằm định bệnh thể loại của Thalassemia và đánh giá nguy cơ cho thai. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-2: Nửa đầu thai kỳ. Thiếu máu trong thai kỳ: Thiếu máu thiếu sắt và Thalassemia. Trang 2, 4*