



Quản lí các vấn đề thường gặp ở nửa sau thai kì

Take home messages

Các rối loạn tăng đường huyết thai kì

GDM và DIP



1. Thai kì được xem như một tác nhân gây đái tháo đường
2. Mọi thai phụ đều có thể mắc đái tháo đường thai kì (GDM)
3. Tầm soát GDM phải được thực hiện đại trà cho mọi thai phụ (universal), ngoại trừ những thai phụ đã biết và đang điều trị đái tháo đường
4. Mục đích của tầm soát là cải thiện kết cục của thai kì ở mẹ và con khi có kết quả tầm soát dương tính
5. FIGO khuyến cáo thực hiện chiến lược tầm soát “universal” dựa trên đánh giá nguy cơ qua bệnh sử và OGTT-75
6. Can thiệp bằng tiết chế nội khoa (MNT) là đầu tay khi có OGTT-75 [+]
7. Mục tiêu của can thiệp MNT là hạn chế các biến động glycemia
8. Nội dung của can thiệp nhằm vào tổng lượng carb, phân bố carb, loại carb
9. Hiệu quả của MNT được đánh giá qua việc đạt mục tiêu glycemia, cũng như các thông số lâm sàng, sinh trắc thai
10. Insulin hay các tác nhân tăng nhạy insulin được chỉ định khi thất bại MNT
11. Khuyến cáo chấm dứt thai kì đúng thời điểm nhằm hạn chế kết cục xấu

Sanh non và dự phòng sanh non

Các thuốc giảm co và corticoid liệu pháp



1. Sanh non và hệ quả của non tháng là gánh nặng cho mọi nền y tế
2. Cải thiện tỉ lệ sống còn không đồng nghĩa với điều trị thành công
3. Bệnh suất và tử suất cao ở sơ sinh non tháng liên quan đến suy hô hấp, bại não và nhiễm trùng
4. Corticosteroid liệu pháp cho phép cải thiện tần suất RDS và bệnh lí não
5. Corticosteroid là con dao 2 lưỡi, là “1 độc chất sở hữu một vài lợi ích”
6. Các can thiệp trong sanh non gồm corticosteroid liệu pháp và giảm co
7. Mục tiêu của các can thiệp trong sanh non là trì hoãn cuộc sanh cho đến khi corticosteroid liệu pháp phát huy hiệu quả
8. Quyết định can thiệp trên sanh non là bài toán cân nhắc lợi ích-nguy cơ, và tương quan chỉ ủng hộ điều trị trong trường hợp nguy cơ sanh non là cận kề, và xảy ra ở tuổi thai dưới 34 tuần lễ tròn vô kinh
9. Chiều dài kênh tử cung, fFN và PAMG-1 quan trọng cho việc ra quyết định
10. Dự phòng sanh non là khả thi, bằng cách dùng progesterone, pessary hay cerclage, và phải được cá thể hoá

Các rối loạn tăng huyết áp trong thai kì

Tiền sản giật, sản giật và hội chứng HELLP



1. Rối loạn tăng huyết áp trong thai kì ảnh hưởng xấu đến kết cục sản khoa
2. Có thể xuất hiện ở mọi thai phụ, có hay không có tăng huyết áp trước đó
3. Bệnh sinh của tiền sản giật bắt đầu bằng xâm nhập bất toàn của nguyên bào nuôi vào mạch máu, và kết thúc bằng tổn thương tế bào nội mô
4. Dấu hiệu nhận diện của tiền sản giật là tăng huyết áp xuất hiện sau tuần lễ thứ 20th của thai kì và có biểu hiện của tổn thương tế bào nội mô, trong đó tổn thương vi cầu thận là dấu hiệu nhận diện phổ biến
5. Tiền sản giật có thể diễn tiến nặng, với tổn thương nội mô đa cơ quan
6. Hội chứng HELLP là tình trạng rất nặng, với tổn thương đa cơ quan
7. Can thiệp duy nhất đánh vào bệnh sinh là chấm dứt thai kì. Bài toán cân nhắc giữa nguy hiểm tiềm ẩn của việc kéo dài thai kì so với nguy cơ hiển nhiên do non tháng (iatrogenic) luôn là thách thức lớn
8. Mọi can thiệp khác đều chỉ để điều trị triệu chứng: thuốc chống THA nhằm hạn chế biến chứng của THA, $MgSO_4$ là để ngăn co giật
9. Aspirin cho dân số nguy cơ là biện pháp dự phòng đã được chứng minh

Các rối loạn tăng trưởng bào thai

FGR, SGA và LGA



1. Mọi kiểu rối loạn tăng trưởng bào thai cùng được định nghĩa “một cách thống kê”, dùng các percentile, với khiếm khuyết nhất định của kiểu định nghĩa này
2. Các phương pháp tiếp cận được đề nghị nhằm vào việc cố gắng để nhận diện các thai nhi cần được quan tâm với những mức độ khác nhau, và áp dụng các chiến lược tiếp cận hợp lý với những quan sát được tìm thấy
3. FGR có khởi phát sớm liên quan đến nhiễm trùng bào thai, hay lệch bội, bất thường lá nuôi có kết cục xấu, nhưng không liên quan đến non tháng
4. FGR có khởi phát muộn liên quan đến suy thoái chức năng của lá nhau, diễn biến theo thời gian, dẫn đến bài toán cân nhắc giữa lợi ích của việc kéo dài đời sống trong tử cung tránh non tháng với nguy cơ của thiếu O_2 trường diễn do suy thoái bánh nhau
5. SGA là tình trạng sinh lý, nhưng khó để có thể phân định chính xác FGR và SGA. **Chức năng lá nuôi được bảo tồn là minh chứng tốt nhất cho SGA**
6. LGA phần lớn liên quan đến GDM, với kết cục thai sản xấu. Trong trường hợp này, dấu chỉ nhận diện không phải là ở LGA mà là ở GDM

Good bye!



- Phản hồi của Sinh viên là sự sống còn của Bộ môn
- Bộ môn luôn sẵn sàng để nhận feed-backs từ phía Sinh viên
- Xin các bạn phản hồi về ngày học hôm nay về địa chỉ *e-mail* :
aunhutluan@ump.edu.vn