

CD4: NỬA SAU THAI KỲ

Tuesday, April 6, 2021 8:01 PM

APP 44
year 20...

Quản lý thai ở ½ sau thai kỳ
Application



Bài ứng dụng

Quản lý thai ở ½ sau thai kỳ

Chương trình của Bộ Y tế: Môn học Sản Phụ khoa: Học phần Sản (thai kỳ trung và ½ sau)
Số giờ học: 6 giờ học lý thuyết và 6 giờ học thực hành

TÌNH HUỐNG 1: BÉ ĐỘT TỬ TRONG TỬ CUNG

Bà L., 28 tuổi, PARA 1000, đến khám thai lần đầu trong thai kỳ này. Ở lần mang thai trước, bà bị đột tử trong tử cung. Định làm là bổ sung khám thai của lần mang thai trước.

Tuổi thai	Cân nặng	Sinh lực thai	Cận lâm sàng khác	Điểm trị
13 tuần	60 kg	CR1: 65 mm HC: 100 mm NT: 1,5 mm	Tổng số các sinh vật: 1 nang, 1 nang chết (đỏ nhạt) Tên nang: 1 nang chết (đỏ nhạt) NIPS (gắn vào): nang có thể rơi vào lịch bị 13, 18, 21 và giai đoạn	
17 tuần	65 kg	RPD: 95 mm AC: 115 mm	Số lượng sinh vật: 1 nang chết (đỏ nhạt) và 1 nang sống (đỏ đậm)	
21 tuần	68 kg	DPD: 92 mm AC: 200 mm FW: 750 g	Số lượng sinh vật: 1 nang chết (đỏ nhạt) và 1 nang sống (đỏ đậm)	VAH1
24 tuần	70 kg	DPD: 85 mm AC: 300 mm FW: 750 g	Velocometry Doppler: CPR ở 50% percentile	VAH2
31 tuần	70 kg	AFI: 22 cm	Khám và không thấy thai cử động. Doppler không nghe được tim thai. Siêu âm ghi nhận thai đã chết trong tử cung. Không gặp biến chứng sản khoa	Chẩn đoán thai là: Bè chết (đỏ nhạt) và 1 nang sống (đỏ đậm). Cần sinh ngay. Cần sinh không phải làm thủ thuật ở nhà, gây sản

Câu hỏi 1:

- Liên quan đến cái chết đột ngột của em bé con bà L. trong lần mang thai trước, giả thuyết nguyên nhân nào là phù hợp nhất? Giải thích.
 - Thiếu máu tán huyết thai
 - Lột nội mạc tử cung
 - Đãi tháo đường thai kỳ
 - Nhau thai bám thấp

Câu hỏi 2:

- Giả định rằng ở lần mang thai này, bà L. đang và sẽ theo dõi thai kỳ ở nơi có nguồn lực đầy đủ. Hôm nay, sau khi khám xong, bà L. được cho siêu âm, với kết quả đơn thai sống, CR1: 52 mm. Người ta đã lên danh sách các tests sẽ được thực hiện từ nay cho đến hết tuần và ngày 1. Hãy chỉ ra các tests nào phải được thực hiện vào ngày hôm nay? Cho các tests, phải thực hiện ngay hôm nay.
 - Tầm soát các bệnh nhiễm trùng
 - Tổng phân tích tế bào máu
 - Siêu âm hình thái TCN 1
 - OGTT: 75/115A/C
 - Double-test

1.

- Thai 32 tuần thường chỉ 1750g -> Ở đây 2500g.
- Ở 34 tuần thì thường là 2kg thôi ở đây lúc bé mất là 2k8 -> thai to
- AFI 22cm có vẻ là đa ối
- Thai phụ tăng 16kg -> nhiều và đột ngột ở thời gian cuối cùng. Thường thai phụ chỉ tăng 12kg cho toàn thai kỳ.
- Tầm soát nhiễm trùng âm tính, thiếu máu âm tính, NIPS thì âm tính với T13,18,21,X kết hợp với siêu âm hình thái học bình thường vào 24 tuần, Velo Dop CPR bình thường -> Loại trừ được A, B, D

Lúc này thai mới 10w -> chưa làm double test được. Double test làm từ 11w -> 13w6d
Tổng phân tích tế bào máu xem coi có thiếu máu thiếu sắt không để còn bổ sung. Lỡ lấy máu rồi thì làm luôn đi.
A. phải tầm soát lại từ đầu
C. siêu âm hình thái TCN1 thì không nhất thiết phải làm hôm nay
D. bà này nguy cơ cao GDM rồi thì làm OGTT liền đi.

E.2021. Application gồm 7 bài giảng. Lớp phải hoàn tất ít nhất 6 ảnh hưởng. Thời gian cho mỗi tình huống 10-15 phút



TÌNH HUỐNG 2: NHẬT KÍ BỮA ĂN

Có H. 34 tuổi, PARA 0050, hiện tại (18/3/2020) được nhận tại cơ sở nuôi dưỡng 27th 2 tuần trước, vào tuần thứ 28th của thời kỳ, cô đã được thực hiện OGTT-75, với kết quả 1-3. Vì thế, cô đã được tư vấn thực hiện MNT để điều trị GDM. Hiện nay (18/3/2020), cô đến khám theo lịch hẹn để chỉnh giá việc thực hiện chế độ ăn kiêng. Dinh dưỡng là một phần của bữa ăn thực hiện trong 2 tuần qua, và kết quả glycemia (mức đường máu) các ngày hôm nay.

Ngày	Thời gian	Món ăn	Đường huyết trước	Đường huyết sau
18/03/2020	07:30	Ngủ dậy		
	08:00	Sữa chua	+	+
	12:30	1 chén cơm trắng + thịt + rau + củ	+	+
	13:30	1 lát dưa hấu	+	+
	19:30	1 chén cơm trắng + thịt + rau + củ	+	+
	Trước khi ngủ	Không	+	+
19/03/2020 (Ngày tiếp theo)				
19/03/2020	07:30	Trứng luộc	+	+
	08:00	Sữa chua	+	+
	12:30	1 chén cơm trắng + thịt + rau + củ	+	+
	13:30	1 lát dưa hấu	+	+
	19:30	1 chén cơm trắng + thịt + rau + củ	+	+
	Trước khi ngủ	Không	+	+
20/03/2020 (Ngày tiếp theo)				
20/03/2020	07:30	1 ổ bánh mì		
	08:00	1 chén sữa chua	+	+
	12:30	1 chén cơm trắng + thịt + rau + củ	+	+
	13:30	1 lát dưa hấu	+	+
	19:30	1 chén cơm trắng + thịt + rau + củ	+	+
	Trước khi ngủ	Không	+	+
21/03/2020 (Ngày tiếp theo)	07:30	1 lát dưa hấu	+	+
	08:00	1 chén sữa chua	+	+
	12:30	1 chén cơm trắng + thịt + rau + củ	+	+
	13:30	1 lát dưa hấu	+	+
	19:30	1 chén cơm trắng + thịt + rau + củ	+	+
	Trước khi ngủ	Không	+	+
22/03/2020 (Ngày tiếp theo)	07:30	Nhau ăn bữa glycemia (OGTT-75)		
	07:45	Thực phẩm ăn	12.0 mmol/L	
	08:00	1 lát dưa hấu		
	08:15			12.0 mmol/L

Câu hỏi 1:

- Hãy đánh giá kết quả thực hiện MNT của cô H.? Là giải
 - Đã đạt được tất cả các mục tiêu mong đợi
 - Không tốt, đã đạt được mục tiêu glycemia
 - Không đạt được các mục tiêu mong đợi

Câu hỏi 2:

- Nhận định về thực hiện MNT (chỉ xét về carbohydrate, kết luận nào là phù hợp? Chọn một hay nhiều nhận định
 - Đã làm tốt yêu cầu về carbohydrate của MNT
 - Có lỗi khi chọn loại carbohydrate (theo GI)
 - Có lỗi về phân bổ carbohydrate trong ngày
 - Có lỗi về thời gian bữa ăn trong ngày
 - Có lỗi về tổng lượng carbohydrate nhập

- FGS = 3.2 -> hạ đường huyết rồi. Quá thấp nên mục tiêu đường huyết đói không đạt. Mục tiêu glycemia: 95, 140, 120.

Không đạt mục tiêu glycemia. Không theo dõi đường huyết thường xuyên ở nhà

Hỏi: Vậy có mức nào ở ngưỡng dưới không, theo dõi đường huyết toàn là ngưỡng trên?

Rep: Đừng để nó hạ đường huyết + đừng chênh lệch quá so với đường huyết sau ăn 1h, 2h là được. Hiện tại chưa có quy định ngưỡng dưới.

- B. chọn phở bánh xèo, socola (toàn món GI cao)
C. phân bổ carbohydrate thì thường sẽ trưa cao nhất, thấp hơn về sáng. Đây ăn ghê quá.
D. Thời gian các bữa ăn không đều, bữa cuối cùng của ngày hôm trước cách quá xa bữa sáng hôm sau -> bất thường đường huyết đói.
E. Tổng lượng nhập nhiều quá, ăn ít lại.



TÌNH HUỐNG 3: CONISATION

Bà N., 38 tuổi, PARA 1101, đang mang thai 12 tuần. Mang thai lần đầu năm 26 tuổi, lần đẻ bà đã sinh một bé 3.7 kg lúc 38 tuần, bé khỏe mạnh. Năm 33 tuổi, bà được chẩn đoán có một bệnh lý ở cổ tử cung, dẫn đến việc phải thực hiện phẫu thuật lấy bỏ phần lớn kênh cổ tử cung. Bà có thai lại năm 26 tuổi, nhưng đã sinh non lúc 26 tuần. Lần đó, bà tiết rày, bị vỡ ối, chỉ có cổ tử cung một ít, rồi sinh ra thành một bé 2000 gram, mất sự sinh với giờ.

Câu hỏi 1:

- Giá chuyển nguyên nhân nào là phù hợp cho từ giai bệnh cảnh của lần sinh non trước ở bà N.? Li giải
☒ a. Chưa có chỉ định
☐ b. Độ dày tử cung
☐ c. Sinh non tự phát.

Câu hỏi 2:

- Trong thai kỳ này, giải pháp dự phòng sinh non nào là thích hợp nhất? Li giải
☐ a. Chưa có chỉ định
☐ b. Progesterone
☐ c. Vòng nang
☒ d. Khẩu vòng

TÌNH HUỐNG 4: OXYTOCIN RECEPTOR ANTAGONIST

Bà A. 28 tuổi, thai 33^{w6d} tuần (chính xác), nhập viện đêm qua vì có cơn co tử cung đau. Thai kỳ bình thường. Khi nhập viện, tử cung có 2 cơn co mạnh mỗi 10 phút, CL 15 mm, dạng "Y". PAMG-1 (+). Không yếu tố gợi ý nguyên nhân.

Câu hỏi 1:

- Ở thời điểm nhập viện đêm qua, khi đã có xét qua PAMG-1, và siêu âm CL, có cần phải thực hiện thêm fetal Fibronectin (fFN) trước khi ra quyết định điều trị không? Li giải
☒ a. Không cần thực hiện thêm fFN
☐ b. Nên thực hiện thêm fFN

Câu hỏi 2:

- Ngay sau nhập viện, bà đã được tiêm betamethasone, đồng thời với truyền tĩnh mạch oxytocin receptor antagonist. Sáng nay (12 giờ sau liều đầu betamethasone và bắt đầu giảm co), bà A. đã hoàn tất liều đầu oxytocin receptor antagonist. Trên EFM vẫn còn 1-2 cơn co tử cung mỗi 20 phút, cường độ 20-40 mmHg. Siêu âm: kích thước thai bình thường, đầu khớp cổ tử cung 20 mm, dạng "1". Lúc này, cần lựa gì cho bà A.? Li giải
☒ a. Tiếp tục duy trì truyền oxytocin receptor antagonist, cho đến khi đủ 48 giờ
☐ b. Ngưng oxytocin receptor antagonist, chuyển sang nitroglycerin, đến đủ 48 giờ
☐ c. Ngưng oxytocin receptor antagonist, chuyển sang progesterone để dự phòng

Câu hỏi 3:

- Trong 26 giờ sắp đến, bạn sẽ theo dõi tình trạng của bà A. bằng phương tiện nào? Li giải
☐ a. Theo dõi các EFM cách nhau 3-12 giờ, hay đường xuyên hơn nếu cần
☒ b. Theo dõi siêu âm đánh giá kênh tử cung qua đường âm đạo mỗi 24 giờ
☐ c. Khám âm đạo đánh giá các thay đổi của sản một số tử cung mỗi 24 giờ
☐ d. Liệu lại khảo sát tiết chỉ báo sinh non (fFN/PAMG-1) mỗi 24 giờ

TÌNH HUỐNG 5: ALPHAMETHYLDOPA

Bà O. 45 tuổi, PARA 0000. Khám thai định kỳ 12 tuần, chính xác. Tăng huyết áp đã biết từ 2 năm nay, được kiểm soát ổn quanh mức 130/85 mmHg, bằng alpramethyldopa đơn thuần liều thấp. Suốt 1/2 đầu thai kỳ, huyết áp ổn định quanh 135/85 mmHg. Ở lưu khám cuối, sách nay 7 tuần, ghi nhận huyết áp 140/90 mmHg. Trong tuần, bà vẫn được duy trì liều alpramethyldopa cũ, huyết áp dao động từ 140/90 đến 155/95 mmHg.

Câu hỏi 1:

- Hôm nay: huyết áp 145/100 mmHg, mạch 88 lần/phút. Bà cao tử cung 22 cm. Vấn đề hiện tại của bà O. là gì?
☐ a. Tăng huyết áp mạn
☐ b. Tăng huyết áp thai kỳ
☒ c. Tăng huyết áp nặng lâu do thai
☐ d. Tiền sản giật không chủ hiện nặng

Cuộc sanh hờ eo là cuộc sanh không có chuyển dạ, rất nhanh

Trước đó bà đã sanh một bé bình thường 3kg3 đủ tháng rồi nên tử cung phải có cấu trúc bình thường rồi.

Muốn đặt được vòng nâng thì CTC phải đủ dài, còn đây bị khoét rồi.

Khẩu vòng CTC càng sớm càng dễ, càng sớm thì càng có CTC để mà khâu. Thường người ta làm vào tuần thứ 16.

Nguyên nhân thực thể thì phải giải quyết triệt để. Không có nữa với bằng progesterone

Ở đây bà này có cơn co, CL ngắn + tử cung dạng Y + PAMG-1 (+) nên đề đoạ sinh non rồi. Đi xử trí luôn đi, không cần đợi fFN nữa.

PPV: Liều 7 ngày tiếp theo, có đề không?

NPV: Liều 7 ngày tiếp theo, có không đề không?

Hai câu trả lời không triệt tiêu nhau, mà bổ sung cho nhau.

Nhớ rằng điều trị giảm co mục đích là kéo dài 48h cho corticoids hiệu quả.

Giảm co thì người ta vẫn ưu tiên dùng oxytocin antagonists vì nó chế ra để làm như vậy. Còn chen calci người ta sợ tác dụng phụ như hạ áp, giảm tưới máu bánh nhau -> Nhưng mà rẻ, VN mình xài, đối vận oxytocin thì mắc quá, mấy chục triệu một liều lận.

Beta-minetics thì không còn dùng nữa vì người ta đã quá hoảng sợ khi trải qua 80s khi tăng tỉ lệ trẻ bị tự kỉ lên cao.

- Đang dùng đối vận ngon lành thì không còn lí do gì để đổi thuốc mà mình còn không chắc về tác dụng của nó.

- Theo dõi thì siêu âm đánh giá kênh tử cung (sách trắng 295)

|

MgSO4 chưa dùng vì chưa có phải là TSG có dấu hiệu nặng.

Mục tiêu rút huyết áp về mức chưa tăng, đừng để nó tăng thêm nữa.



Câu hỏi 2:

2. Hôn này bà O. cần được tiếp tục điều trị ra sao?
- Không có bất cứ can thiệp gì thêm
 - Thay alpha-methylglutamate thuốc chống tăng huyết áp khác
 - ☒ Vẫn tiếp tục dùng alpha-methylglutamate, nhưng với liều cao hơn
 - MgSO₄ và đôi thuốc tăng tiểu thào chống tăng huyết áp

TÌNH HUỐNG 6: TỤ TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN

Ở một trung tâm y tế huyện Bà B., 35 tuổi, PARA 1991, đến khám vì đau bụng sườn phải, nôn, đau trung thất # 35 tuần, theo siêu âm chỉ nhú lên 12 tuần. Không lâm sàng. Không có đột biến về thai kỳ. Khai tiền sử, nước tiểu màu đỏ nâu từ đờm qua. Đau hạ sườn phải và nôn từ sáng nay. Khó thở ngực 92 lần/phút, huyết áp: 140/90 mmHg, pH mũi và chỉ T 37°C, nhịp tim 16 lần/phút, phản xạ gân xương (+/-). Đau miệng, bề cao từ cung 26 cm, tử cung không có cơn co, ngôi đầu cao, đầu thai 140 lần/phút. Khám âm đạo cổ tử cung đóng, ối chưa vỡ. Dị-sắc có protein niệu (3+).

Câu hỏi 1:

1. Dành hướng chẩn đoán nào là phù hợp nhất với hiện cảnh của bà B.?
- Tiền sản giật nhẹ tiến tới tăng huyết áp nặng
 - Tiền sản giật chưa có dấu hiệu nặng
 - ☒ Tiền sản giật có dấu hiệu nặng
 - Tăng huyết áp thai kỳ
 - Hội chứng HELLP

Câu hỏi 2:

2. Bà B. cần được chăm sóc ở tuyến nào? Vì sao? Nếu bao giờ (nếu giữ lại) hay khi nào chuyển (nếu chuyển tuyến)?
- Theo dõi ngoại trú
 - Tuyến huyện
 - ☒ Tuyến tỉnh

Câu hỏi 3:

3. Tại tuyến huyện, ngay tại thời điểm nhận bệnh, hành động nào là cần thiết nhất, phải thực hiện ngay?
- Chưa có chỉ định dùng thuốc
 - Thuốc chống tăng huyết áp
 - Corticosteroid liên pháp
 - ☒ Magnesium sulfate

TÌNH HUỐNG 7: CƠ GIẬT

Ở khoa Cấp cứu của bệnh viện Sản-Nhĩ tỉnh X, Bà Y., 30 tuổi, PARA 0000, được người đi đường đưa đến trong tình trạng lơ mơ sau cơn giật. Do bà là vận chuyển hàng hóa nên không thể chụp được các thông tin cần thiết. Chỉ biết rằng bà là dân mạng thái khoảng 7 tháng. Người đi đường kể rằng bà ta dùng di huyệt thì ngủ xuống, sau một giấc ngủ, rồi tỉnh lại sau đó. Khi lại tỉnh dậy, mất 100 lần/phút, huyết áp 150/100 mmHg. Hồng huyết m 100 ml, nước tiểu màu sẫm. Phù chân, tay và mặt. Bề cao từ cung 26 cm, tim thai 80-100 lần/phút (Doppler), tử cung không có cơn co, cổ tử cung đóng.

Câu hỏi 1:

1. Ngay sau khi được đưa về cơ sở như trên, thì hành động nào là bất hợp và có ưu tiên cao nhất?
- Tìm nguyên nhân, xử trí hôn mê
 - Thuốc chống tăng huyết áp
 - Corticosteroid liên pháp
 - ☒ Magnesium sulfate
 - Mổ sinh cấp cứu

Câu hỏi 2:

2. Ngay sau khi được thực hiện hành động ở câu 1, thì hành động nào là bất hợp và có ưu tiên cao nhất?
- Tìm nguyên nhân của cơn giật
 - Thuốc chống tăng huyết áp
 - Corticosteroid liên pháp
 - Magnesium sulfate
 - ☒ Xem xét mổ sinh

Tình huống 6 thầy không sửa. Nhưng có lên hỏi thầy thì thầy nói TSG dấu hiệu nặng là tập mẹ của Hội chứng HELLP. Ở câu này chọn TSG có dấu hiệu nặng, nhưng trên lâm sàng mình phải nghĩ đến hội chứng HELLP vì mình sợ.

Phải dự phòng co giật cho người ta trước rồi mới xử trí tiếp, chứ đang xử trí mà co giật tiếp thì bỏ tay, co giật nhiều quá -> thai thiếu oxy suy thai rồi chết đó.

Thai nhịp chậm -> toan hoá máu ở thai.

Sản phụ có co giật thì coi là sản giật đến khi có bằng chứng ngược lại.

Tình trạng thai đã xấu lắm rồi, mình phải mổ sanh cấp cứu lấy em bé ra thôi. Cũng là điều trị dứt điểm nguyên nhân luôn.

Không chọn hạ áp vì nếu dùng thì cũng chẳng biết mục tiêu là bao nhiêu.