

CĐ2: Nửa đầu thai kỳ

Wednesday, March 17, 2021 11:55 AM



APP 42
year 20...

Quản lý thai ở ½ đầu thai kỳ
Application



Bài ứng dụng

Quản lý thai ở ½ đầu thai kỳ

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa, Môn học Sản Phụ khoa, Học phần Sản khoa lý thuyết (1/10/49)
12 Nguyễn sử minh trí tại thuốc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TÌNH HUỐNG 1: TENOFIVIR

Có 3 thai phụ cũng có kết quả HBsAg (-) là bà V., bà X., và bà Y. Các đặc điểm chi tiết của họ về nuôi thai, tiền sử con trước và tình trạng hiện tại được mô tả trong bảng sau:

	Bà V., 30 tuổi, 0000	Bà X., 30 tuổi, 1001	Bà Y., 33 tuổi, 1001
Tuổi thai hiện tại	32 tuần	28 tuần	26 tuần
HBV-DNA (đơn vị)	10 ⁶ copies/mL	HBV (-)	10 ⁶ copies/mL
HBsAg (đơn vị)	Dương tính	Dương tính	Dương tính
HBeAg (đơn vị)	Âm tính	Âm tính	Dương tính
AST và ALT	Bình thường	Bình thường	Bình thường
HBV-DNA (đơn vị)	10 ⁶ copies/mL	10 ⁶ copies/mL	10 ⁶ copies/mL
Điều trị đã qua	Chưa từng điều trị	Chưa từng điều trị	Chưa từng điều trị
Điều trị tương lai dự kiến	Chưa khởi động	Chưa khởi động	Chưa khởi động

Câu hỏi 1:

1. Trường hợp nào không có chỉ định dùng Tenofovir dự phòng lây truyền mẹ-con trong thai kỳ, nhưng có thể sẽ cân nhắc việc dùng Tenofovir điều trị sau sinh? Chọn **một hay nhiều** lựa chọn
- ☒ Bà V.
☐ Bà X.
☐ Bà Y.

Câu hỏi 2:

2. Trường hợp nào có chỉ định dùng Tenofovir dự phòng lây truyền mẹ-con? Chọn **một hay nhiều** lựa chọn, sau đó cho biết cụ thể thời điểm bắt đầu Tenofovir dự phòng
- a. ☐ Bà V.
☒ Bà X.
☒ Bà Y.

TÌNH HUỐNG 2: ĐIỂN GIẢI KẾT QUẢ TEST HUYẾT THANH RUBELLA

Bà C., 31 tuổi, hiện mang thai 10 tuần. Bà không biết tình trạng miễn dịch Rubella trước khi mang thai. Trong thai kỳ này, bà đã được cho thực hiện huyết thanh Rubella trong bối cảnh tầm soát. Và do kết quả không bình thường, nên bà đã cho thực hiện lại huyết thanh Rubella lần thứ nhì. Các kết quả trình bày trong bảng sau:

Tuổi thai ở thời điểm thực hiện test	Rubella Ig M	Rubella Ig G
8 tuần	2.15 (dương tính yếu)	34.6 (dương tính)
10 tuần	1.97 (dương tính yếu)	33.3 (dương tính)

©2021. Application gồm 7 tình huống. Lớp phải hoàn tất ít nhất 5 tình huống. Thời gian cho mỗi tình huống 15-20 phút

Quyết định điều trị dựa vào 2 thứ. Thứ nhất là HBV của bé trước có dương tính hay không và dựa vào cut-off của HBV-DNA. Tuy nhiên, ở nơi cơ sở nguồn lực thấp, không có thể xét nghiệm được HBV-DNA thì có thể quyết định điều trị khi HBeAg dương tính. Xem lưu đồ trong sách

Vậy HBeAg + mà HBV-DNA dưới ngưỡng thì có điều trị ko? Việc điều trị là cần nhắc có lợi và bất lợi -> Lúc này là đi xét nghiệm men gan, theo dõi, thảo luận và cân nhắc. Các cutoff 10⁴ hay 10⁵ là người ta thấy đó là cần điều trị hay điều trị là không cần thiết. Ý thầy nói là phải thảo luận cân nhắc lợi ích nguy cơ vì tenofovir cũng có hại.



Câu hỏi 1:

1. Liên quan đến tình trạng nhiễm Rubella của bà C, trong thai kỳ này, kết luận nào là phù hợp?
 - a. Xác định nhiễm Rubella cấp
 - b. Nghi ngờ nhiễm Rubella cấp
 - ☒ c. Xác định không nhiễm Rubella
 - d. Nghi ngờ không nhiễm Rubella

Câu hỏi 2:

2. Trong thời gian sắp đến, thai kỳ của bà C, cần được quản lý như thế nào?
 - a. Tư vấn về khả năng phải chấm dứt thai kỳ
 - b. Sẽ phải lặp lại tests huyết thanh Rubella
 - c. Sẽ thực đi làm PCR Rubella lúc 20 tuần
 - ☒ d. Quản lý thai như 1 thai kỳ bình thường

TÌNH HUỐNG 3: VẾT LOÉT MANG ĐẶC ĐIỂM ĐIỂN HÌNH CỦA CHANCERE GIANG MAI

Bà N., có thai 8 tuần, khám phát hiện thấy có một tổn thương loét đơn độc ở cổ tử cung. Tổn thương này có đủ các đặc tính của một sáng giang mai nguyên phát: phẳng, đáy sạch, kèm theo hạch bẹn. Kết quả test non-treponemal lần test treponemal hôm nay cũng âm tính. Sỏi tươi trên kính hiển vi trường tối không thấy xoắn khuẩn di động.



Câu hỏi 1:

1. Vì sao các kết quả huyết thanh lại âm tính trong khi tổn thương loét là điển hình?
 - a. Do các test huyết thanh giang mai nói chung có Se và Sp thấp
 - b. Do tổn thương gây bởi nhiễm *T. parva* hay *T. corynebacterium*
 - ☒ c. Do đặc điểm động học của các test huyết thanh giang mai
 - d. Do tổn thương gây bởi nhiễm HSV hay *H. ducreyi*

Câu hỏi 2:

2. Chỉ với các dữ liệu đã có, thái độ nào là thích hợp?
 - a. Có chứng minh ngay bà N. có nhiễm giang mai bằng NAAT
 - ☒ b. Xác định bằng lâm sàng bà N. có nhiễm giang mai, để điều trị
 - c. Đặc bổ máu nước bà N. bị nhiễm giang mai, tìm chẩn đoán khác
 - d. Hạn thực hiện test huyết thanh kiểm tra để kết luận và quyết định

Câu hỏi 3:

3. Người ta đã cho bà N. bởi penicillin Acyclovir, sau đó tổn thương lành. Một tháng sau bà đến khám lại. Cần làm gì?
 - a. Thực hiện RPR / VDRL
 - b. Thực hiện TP-PA / TPPA
 - ☒ c. Thực hiện RPR và TP-PA
 - d. Không test giang mai nữa

TÌNH HUỐNG 4: CHIẾN LƯỢC TẦM SOÁT GIANG MAI “FLIPPED” DÙNG TREPONEMAL TEST

Bà T., 33 tuổi, mang thai 12 tuần, là nông dân rất nghèo ở một xã nghèo vùng sâu, khó tiếp cận chăm sóc Y tế tuyến trên. Bà được mời đến khám với đoàn khám từ thiện, và được làm Rapid Syphilis Test, kết quả (+). Khỏi thắc mắc từ trước, bệnh sử không thấy có bất cứ triệu chứng hay yếu tố nào liên quan đến nhiễm giang mai trước đó hay trong thai kỳ này.

Câu hỏi 1:

1. 13 giải nào là hợp lý cho kết quả Rapid Syphilis Test dương tính?
 - a. Nhiễm giang mai giai đoạn tiềm ẩn
 - ☒ b. Cần thêm RPR/VDRL để kết luận
 - c. Kết quả RST dương tính giả

Câu hỏi 2:

2. Hành động nào là phù hợp cho hoàn cảnh của bà T.?
 - a. Chuyển lên tuyến trên để xác định chẩn đoán bằng RPR/VDRL
 - b. Chấm dứt thai kỳ vì nguy cơ cao thai mắc giang mai bẩm sinh
 - ☒ c. Thực hiện ngay điều trị với Penicillin mà không cần thêm test

Ở đây xét nghiệm sau 2 tuần nồng độ ổn định nên mình nghĩ nhiều đó là do chính ngựa. Nếu nhiễm cấp thì phải có chuyển đổi huyết thanh IgM sau 2 tuần tăng gấp 4 lần. Ở một số người IgM không biến mất sau 6 tuần. Và nó sẽ cứ dương tính yếu mãi như vậy. Mình đang bắt ở thời điểm nó đang ở mức ổn định.



TÌNH HUỐNG 5: PHENOTYPE CỦA TÔI LÀ β^0 THALASSEMIA

Bà L. có thai 8 tuần. Bà có phenotype Thalassemia β^0 với genotype mang đột biến dịch khung ở codon 16 (...¹UGG-GCC²A-ACG-G³GA⁴...) dị hợp tử. Chồng bà có phenotype Thalassemia β^0 với genotype mang đột biến vô nghĩa ở codon 39 (...³⁰UAG³¹...) dị hợp tử.

Câu hỏi 1:

- Khả năng thai nhi mắc Thalassemia thể nặng là thấp hay cao? Lí giải vì sao?
 - 0%
 - 25%
 - 50%
 - 75%
 - 100%

Câu hỏi 2:

- Liên quan đến quản lý thai cho bà L., hành động nào là thiết thực nhất trên lâm sàng?
 - Test tiền sản không xâm lấn
 - Chọc ối khảo sát đột biến gene
 - Theo dõi dấu hiệu thai bị thiếu máu
 - Theo dõi như một thai kì bình thường

TÌNH HUỐNG 6: COMBINED TEST

Bà Q., 37 tuổi, PARA 0000, nôi thai hiện tại là 13^{wk} mẫn. Combined-test thực hiện ở 12^{wk} mẫn cho kết quả độ dày khoang thấu âm sau gáy (NT) là 1.5 mm, nguy cơ tính toán của T₂₁ là 1:12, của T₁₃ là 1:10000 và của T₁₈ là 1:434.

Câu hỏi 1:

- Giải thích như thế nào về sự mâu thuẫn giữa kết quả NT và kết quả nguy cơ tính toán?
 - Kết quả NT là đáng tin cậy, kết quả nguy cơ tính toán là không đáng tin cậy
 - Kết quả NT là không đáng tin cậy, kết quả nguy cơ tính toán là đáng tin cậy
 - Cả 2 kết quả cũng đáng tin cậy, thể hiện 2 mặt khác nhau của một thực thể
 - Trong hai kết quả phải có một bị sai, nhưng không xác định test nào bị sai

Câu hỏi 2:

- Hành động tiếp theo nào là thích hợp nhất?
 - Thực hiện ngay test tiền sản không xâm lấn
 - Hẹn thực hiện Triple-test khi thai 16 tuần
 - Hẹn thực hiện siêu âm hình thái học sớm
 - Hẹn ngay thực hiện test tiền sản xâm lấn

Câu hỏi 3:

- Trong khi tư vấn, bà Q. tỏ ra không an tâm với quyết định của bạn ở câu trên. Phương án thay thế nào là thích hợp?
 - Thực hiện ngay test tiền sản không xâm lấn
 - Hẹn thực hiện Triple-test khi thai 16 tuần
 - Hẹn thực hiện siêu âm hình thái học sớm
 - Hẹn ngay thực hiện test tiền sản xâm lấn

TÌNH HUỐNG 7: NON-INVASIVE PRENATAL TESTING

Bà C., 36 tuổi, mang thai lần đầu. Đơn lớn mẫn, nên bà đã chọn tầm soát lệch bội bằng test tiền sản không xâm lấn. Kết quả trả về cho thấy nguy cơ thấp với lệch bội T₂₁, T₁₈, T₁₃ (với FF 10%). Tuy nhiên, siêu âm hình thái học cuối tam cá nguyệt I lại cho thấy NT = 3.8 mm (dày hơn 99th percentile). Siêu âm cũng cho thấy thai có sinh trục bình thường và cũng không phát hiện thêm bất thường hình thái nào khác.

Câu hỏi 1:

- Kế hoạch quản lý nào tiếp theo là thích hợp nhất?
 - Thực hiện lại siêu âm hình thái học cuối TCN I
 - Thực hiện thêm double-test, ngay ngày hôm nay
 - Hẹn thực hiện triple-test, siêu âm soft-markers
 - Hẹn thực hiện test xâm lấn làm karyotype
 - Thực hiện lại NIPS, ngay ngày hôm nay

Nên nhớ rằng đột biến của alpha và beta khác nhau. Di truyền tự nó cũng khác nhau. Beta có 2 cái. Alpha tới 4 cái. Vì có nguy cơ có thể nặng -> Chọc ối.

Alpha: đột biến đoạn Beta: đột biến điểm

Thể nhẹ: aa/a- hoặc aa/-- thì không làm gì cả
Thể nặng a-/-- hoặc --/-- thì chọc ối

Còn beta: thể nhẹ -> không chọc ối
Thể trung gian -> nên chọc ối
Thể nặng -> đi chọc ối.

- NT dày -> dẫn lưu bạch huyết không tốt -> tim có vấn đề -> Không phải đưa Down nào cũng có NT dày -> Đưa nào bất thường tim mới có NT dày.
- Nguyên lí: Càng phát hiện ra càng sớm càng tốt. Càng trả lời nhanh cho thai phụ càng tốt.
R = pretest x LR (NT) x LR (serum)
Với cả mình không dùng NIPT là 1 test tầm soát để trả lời cho một case nguy cơ cao vậy nữa. Rất vô lí!!
Nguy cơ nền của T21 là 1/600. Nguy cơ nền của T18 có thể là 1/10000. -> Vậy điều gì làm cho T18 trở thành 1/434 -> Cần phải lưu ý ngoài T21 thì có khả năng có T18 nữa. -> Đi làm test xâm lấn luôn
- Nếu không an tâm thì thực hiện NIPT. Vì sao không làm câu C? Vì siêu âm đó không là một chẩn đoán của lệch bội và mình cũng không đảm bảo các dấu hiệu của lệch bội sẽ xuất hiện trên siêu âm.

- NIPS -> sàng lọc cho T21, T18, T13 và có thể có giới tính nữa. Chỉ vậy thôi.
Còn NT dày -> nó trở thành major marker -> Tức nghĩa là NT dày như vậy chứng tỏ có bất thường cấu trúc nên mình phải đi tìm một cái gì đó bất thường đằng sau.



Câu hỏi 2:

2. Người ta đã thực hiện kế hoạch của bạn, và không ghi nhận bất thường. Bước quản lý tiếp theo nào là thích hợp?

- ☒ a. Hẹn thực hiện siêu âm hình thái học ở tam cá nguyệt II và III
- b. Hẹn thực hiện siêu âm hình thái học ở thời điểm 22-24 tuần
- c. Hẹn thực hiện siêu âm tim thai ở thời điểm 22-24 tuần
- d. Hẹn thực hiện siêu âm tim thai ở thời điểm 16-18 tuần