

Giải đáp thắc mắc - thầy Luân

Saturday, April 24, 2021 4:54 PM



Giải đáp thắc mắc - thầy Luân

Thắc mắc

1. Sau khi IVF, hCG báo hiệu được có thai. Tuy nhiên vài tuần sau lại thấy dấu hiệu bất thường: thai tăng trưởng chậm hơn bình thường, yolk-sac giãn rộng, MSD – CL rất nhỏ. Tuy nhiên ta không kết luận vào hôm nay, nhưng phải tâm lý với bệnh nhân rằng những chuyện đó có thể xảy ra. Ta phải nói rằng: hiện tại chị có thai, là điều rất tốt. Tuy nhiên kết quả khám thai làm tôi không an tâm. Tôi thấy rằng túi thai nhỏ hơn rất nhiều so với cái mà ta mong đợi, túi thai không thỏa mãn những tiêu chuẩn để làm tôi an tâm và nói em bé bình thường, tôi e ngại về tiến triển của nó. Vậy nên chúng ta cần chờ đợi để biết được diễn tiến tiếp theo.
 - Ví dụ MSD = 9, CL = 6 → bất thường
 - GS = 15, phôi không có, yolk – sac = 5 → bất thường
 - ➔ Tuy không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán thai nghén thất bại sớm, nhưng ta phải chuẩn bị tâm lý cho BN chuyện này và chuẩn bị cho những chuyện sắp xảy ra
 - Hiện tại, ta thấy rằng CL phát triển không đúng chuẩn. Và chậm tăng trưởng trong TCN I gợi ý một lệch bội, nhưng không được khẳng định. Khi này ta phải thông báo: “Hiện tại thai này phát triển không đúng chuẩn, và chúng ta cần thực hiện những thao tác chuẩn đoán vào những thời điểm cần thiết. Nghĩa là phải làm tất cả mọi thứ để chẩn đoán, vẫn phải làm NT, Double test, NIPS.”
2. Nếu NSI có cơn co Hick, nhưng vẫn có các nhịp tăng, đẹp → vẫn nói là NSI đáp ứng như thường
 - Nếu NST có cơn co Hick, kèm nhịp giảm → không được quyền kết luận NST bệnh lý, không còn là NST nữa
 - Và kết luận NST không đủ điều kiện đánh giá, ta có một băng ghi CTG loại II
3. Với một thai FGR dưới BPV thứ 3, đủ tháng (34w). Câu hỏi cần đặt ra là làm Siêu âm Doppler để làm gì? Và kéo dài thai kỳ lại để làm gì?
 - Vào thời điểm này, thai đã đủ để sống. Việc kéo dài thai trong tử cung ngày nào là nguy hiểm ngày đó.
 - Nếu hiện tại em bé đang khỏe mạnh trên NST, ta cần lên kế hoạch chấm dứt thai kỳ
 - Nếu hiện tại AFI dưới 5, trên CTG có biểu hiện đe dọa → cần chấm dứt ngay tức khắc, không có chỗ cho Doppler. Chỉ dùng Doppler để đánh giá những trường hợp rất nặng, ví dụ FGR có sinh trước ở BPV 3, AFI = 0, CTG nhóm III → cần làm Doppler để **tiên lượng độ nặng** của Acidosis (chứ không phải để lượng giá sức khỏe thai nữa) → ta có cách tư vấn cho người nhà rằng nếu tôi mổ ra, em bé cũng chưa chắc thoát khỏi bại não nếu Doppler mất sóng tâm trương
4. CST không dùng để đánh giá con đường kết thúc thai kỳ theo con đường nào, mà dùng vì giá trị dự báo âm của nó. Ta dùng CST như một thông tin tham khảo khi có NST và m.BPP bất thường
5. Nhau tiền đạo chảy máu → lần chảy máu có đe dọa tính mạng người mẹ hay không? Nếu có thì phải chấm dứt thai kỳ ngay tức khắc để cứu mạng người mẹ.
 - Tuy nhiên đa phần các nhau tiền đạo chảy máu lần đầu tự giới hạn → không dùng cort ngay
 - Bài học Corticoid liệu pháp là chủ yếu từ những trường hợp ối vỡ/thai non tháng. Và ta đang cố gắng để áp dụng những bài học đó qua những bệnh khác như chậm tăng trưởng, nhau tiền đạo, và không biết nó có giống nhau không.
 - Ở những BN vỡ ối → suy giảm áp lực trong buồng ối + nguy cơ nhiễm trùng + giảm khả năng thúc đẩy trưởng thành phổi sau khi vỡ ối → dùng cort có hiệu quả

- Tuy nhiên khi ứng dụng Cort cho những BN có nhiều bệnh nền, có FGR, có tái phân bố tuần hoàn não → không biết dùng cort có hiệu quả hay không, nhưng có thể có hại.
- Nhắc lại, chỉ dùng Cort khi nguy cơ sanh là cận kề trong 7 ngày tiếp theo
 - Khi dùng Cort cho nhau tiền đạo, ta có chắc sau 7 ngày nó sẽ không?
 - Không → Cort là vô nghĩa.
 - Nếu không cho Cort, lỡ nó đẻ thì sao? Không biết được nhau tiền đạo sẽ chảy máu lúc nào.
 - Như vậy, khi gặp nhau tiền đạo đã được chảy máu 1 lần + thai còn con, ta cần đưa lên bàn cân tất cả mọi thứ:
 - Tuổi thai hiện tại
 - Khả năng nuôi sống của ta là tới mức nào
 - Vị trí là nhau tiền đạo hoàn toàn hay bám mép
 - BN đã chảy máu bao nhiêu lần rồi
→ Từ đó cho ta một cái nhìn tổng thể, và quyết định có dùng Cort hay không
 - Chốt lại:
 - Nếu chảy máu ảnh hưởng sinh hiệu mẹ → chấm dứt thai kỳ ngay
 - Chảy máu lần đầu → không dùng cort do tự ổn định
 - Chảy máu lần sau → cân nhắc mọi yếu tố mới dùng Cort
6. Khi nhau tiền đạo chảy máu, kèm theo triệu chứng dọa sanh non
- Phải xử trí phần nhau của cả 2 vấn đề → xử trí của cả 2
 - Chảy máu ở đây là
 - Do nhau tách khỏi đoạn dưới khi thành lập đoạn dưới
 - Xảy ra cơ cơ
 - Khi này ta vẫn phải dùng giảm co để tránh chảy máu do nhau tiền đạo nếu thai dưới 34w
 - Khi thai trên 34w, không giảm co nữa, vì mình không dùng cort nữa
 - Tuy nhiên nếu chảy máu ảnh hưởng đến sinh hiệu mẹ → không dùng giảm co mà chấm dứt thai kỳ luôn
7. Ối vỡ non dưới 34w + không nhiễm trùng → vẫn dùng giảm co để đợi tác dụng của Corticoid
8. TSG dấu hiệu nặng → từ 34w0/7d thì đã chấm dứt thai kỳ ngay, chứ không chấp nhận rủi ro
- Nếu tuổi thai dưới 34w → Nếu có sFlt1/PLGF → dựa vào cut-off
 - Nếu chỉ có HA cao đơn thuần, nhưng sFlt1/PLGF ở dưới cut off → không có gì phải lo
 - Nếu sFlt1/PLGF rất cao → BN có thể trở nặng bất cứ lúc nào → chuẩn bị cho cuộc sanh có thể xảy ra bất cứ lúc nào → dùng Corticoid ngay
 - Tuy nhiên nếu sau khi dùng Cort. mà tình trạng của mẹ ổn định trở lại, không trở nặng. thì ta chấp nhận việc ta dùng Cort vừa rồi là oan, và theo dõi đến khi 34w rồi chấm dứt
9. Dự phòng sanh non
- Thai phụ đến với ta ở trước 20 tuần và được xác định có loạn khuẩn âm đạo (bacterial vaginosis)
→ Việc điều trị được chứng minh là có lợi, nhưng với điều trị phải dùng một kháng sinh khác, đó là Clindamycin, vì metronidazole hầu như là không có tác dụng
 - Do nguyên nhân gây bất thường khuẩn hệ âm đạo mà dẫn đến sanh non thì bất thường chủ yếu đến từ đoàn hệ của Lactobacilli iners. Sở dĩ những nghiên cứu không đạt được ý nghĩa thống kê trong giảm tỉ lệ sinh non do chọn sai kháng sinh

10. FGR được chẩn đoán dựa vào 2 tứ phân vị, bất kể tuổi thai
11. SGA thì biểu đồ tăng trưởng phải đi song song với các đường BPV
12. Phân biệt:
 - (1) Pha hoạt động GĐI: từ lúc CTC mở 4cm. Kéo dài tối đa 12h
 - (2) Thời điểm xác định GĐ II chuyển dạ bắt đầu: coi trên sản đồ, là thời điểm kể từ khi tử cung mở trọn, xóa mở hoàn toàn. Từ lúc giữa GĐII chuyển dạ đến lúc rặn sanh có thể kéo dài đến tối đa 3h, nếu có thực hiện gây tê ngoài màng cứng (2h nếu không gây tê)
 - (3) Thời khắc để mà sanh: ngôi thai đã xuống tới +3 hoặc hơn nữa, đầu đã về chẩm vệ, mỗi cơn co tăng sinh môn căng ra, tử cung nở hoa, âm hộ nhìn về nóc nhà, 2 môi bé tách nhau 4cm → rặn sanh
- Trong thời gian 3h từ GĐII chuyển dạ đến lúc rặn sanh, ta cần quan tâm:
 - Cơn co đủ chưa
 - Ngôi thai có chông xương biến dạng không
 - Em bé có bị đe dọa không
- Nếu em bé ngưng xoay, ta phải xem nguyên nhân:
 - Ngưng xoay thực thể từ khung chậu
 - Ngưng xoay cơ năng do tầng sinh môn giãn ra → ta có thể thực hiện cho xoay bằng tay, có thể không dùng dụng cụ cũng được
13. Chỉ định giúp sanh
 - Khi có chỉ định mới được giúp sanh, và giúp sanh không phải vô hại
 - Phải thỏa những yếu tố tiền quyết trước khi thực hiện giúp sanh, bao gồm
 - Ngôi chỏm
 - Thai lọt +3
 - Không có bất xứng đầu chậu
 - CTC mở trọn, bàng quang, trực tràng phải trống
 - Ổi phải vỡ hoàn toàn
 - Nếu thai ở giữa +2 và +3, dùng mix forcep, tùy thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm của người làm → thường trưởng tua mới được làm
 - Nếu thai +2, kèm suy thai → trưởng tua sẽ quyết định mổ lấy thai hay giúp sanh sẽ có lợi và an toàn hơn
14. Nếu thai về +3, nhưng chưa về kiểu thể chằm vệ → không rặn
15. Sử dụng Cort để dự phòng sinh non trong GDM
 - Nếu BN không kiểm soát đường tốt → dùng Cort sẽ đẩy BN vào nguy hiểm do tăng đường huyết → không dùng Cort
 - Nếu đường huyết BN được kiểm soát tốt bằng Insulin hoặc MNT → những biến động do Cort không gây rắc rối
16. Giang mai
 - Không tách riêng nguồn lực và lưu hành
 - Các bước:
 - Ta phải xem trong tay ta có những công cụ nào (nguồn lực)
 - Xem mục tiêu của Test là gì?
 - Trong điều kiện nào thì công cụ phát huy hiệu quả cao nhất
 - Nếu trong tay ta có đủ tất cả (RST-test nhanh Treponemal, Non-treponemal-GM đang hoạt động, Treponemal-làm không nhanh)

- Nếu đi từ thiện → chỉ đem theo RST
 - Nếu ở BV tuyến tính, chỉ có trong tay Non-treponemal → vẫn phải làm test non-treponemal bất chấp dân số như thế nào. Sau đó nếu (+) → làm treponemal sau
 - Nếu nguồn lực đầy đủ, tỉ lệ bệnh lưu hành không cao, ví dụ BV ĐHYD, không chọn Treponemal là ưu tiên mà chọn Non-treponemal → có thể xác định được có hay không có ngay từ đầu, và câu hỏi của chúng ta là có điều trị hay không thôi
 - Luôn phải đưa vào bối cảnh nguồn lực + lưu hành
 - Lưu hành thấp + nguồn lực kém → RST
 - Lưu hành không cao + nguồn lực không đủ nhưng không quá thiếu thốn → non-treponemal
 - Lưu thành thấp + nguồn lực đầy đủ → treponemal
 - Lưu hành cao + nguồn lực thấp → RST
 - Lưu hành cao + nguồn lực đầy đủ → cả 2 test
 - Tầm soát giang mai: thường quy vào TCN I, lặp lại vào TCN III
 - Tuy nhiên, việc sử dụng test nào thì phải tùy thuộc vào bối cảnh của nguồn lực
 - Nếu nguồn lực đầy đủ, nên hành động một cách hàn lâm, nghĩa là làm đủ cả 2 test để chẩn đoán cho bằng được GM, tuy tốn thêm một ít tiền và thời giờ, nhưng đem lại một kết quả chắc chắn, để không ảnh hưởng đến việc điều trị và chẩn đoán của da liễu khi tiếp cận BN sau này
 - Nếu nguồn lực không đầy đủ, nhưng ta vẫn điều trị, nhưng dựa trên cơ sở của triệu chứng tổn thương trên lâm sàng, còn RPR không dùng để phát hiện giang mai vì không đặc hiệu
17. Sau 35 tuần, thì không dùng giảm co nữa mà cho ra luôn nếu BN có dọa sanh non
18. Khi tầm soát OGTT (-) → sinh trắc dần hướng đến thai to
- Khi này không có cut off cho đường huyết đói và đường huyết sau ăn. Điều quan trọng lúc này là:
 - Thay đổi cân nặng như thế nào?
 - Nhật ký ăn uống?
 - Sinh trắc thai
 - Đa ối
 - Nếu đường huyết đói và đường huyết sau ăn đạt mục tiêu, nhưng những yếu tố trên không đạt được thì vẫn dẫn đến kết cục xấu của thai kỳ → vẫn đưa vào quản lý theo MNT
19. FISH chỉ tìm được đột biến gen nếu ta biết rõ vị trí. Thường FISH chỉ đánh dấu được tâm động của NST.
- Robertson thì 3 tâm động chui chung đầu với nhau → FISH không phát hiện được Robertson
20. Không được dùng Metformin trong GDM do hội nội tiết không đồng ý
21. Kinh chót tin cậy là từ 28-30d