

HIV, Giang mai, HBV

THU: green



HBe Ag (+) \Rightarrow Hst \Rightarrow đt_{ti}
HBe Ag (-) \Rightarrow HBV DNA $\geq 10^7$
 \Rightarrow đt_{ti}

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 (110149).

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TÌNH HUỐNG 1: TENOFOVIR

Nếu HBe Ag (+), 9 lần HBV DNA $\leq 10^5$ \Rightarrow đt_{ti}

Có 3 thai phụ cùng có kết quả HBsAg (+) là bà V., bà X., và bà Y. Các đặc điểm chi tiết của họ về tuổi 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 của bé trước		HBV (-)	HBV (+)
HBsAg (hiện tại)	Dương tính	Dương tính	Dương tính
HBeAg (hiện tại)	Âm tính	Âm tính	Dương tính
AST và ALT	Bình thường	Bình thường	Bình thường
HBV DNA (copies/mL)	10^2 copies/mL	10^7 copies/mL	10^6 copies/mL
Điều trị đã qua	Chưa từng điều trị	Chưa từng điều trị	Chưa từng điều trị
Điều trị trong thai kỳ này	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
- ☒ a. Bà V.
☐ b. Bà X.
☐ c. 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.
☒ b. Bà X.
☐ c. Bà Y.

TÌNH HUỐNG 2: DIỄN 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	2.13 (dương tính yếu)	34.6 (dương tính)
10 tuần	1.97 (dương tính yếu)	33.3 (dương tính)

Nguồn lực cao: lý tưởng

↳ Đáp: HBeAg (+), Men gan cao \Rightarrow đtúi, hôn

HBeAg (+); HBV DNA $< 10^7 \Rightarrow$ theo dõi

HBV: lấy tỉ đo, mẹ con ở ch' dạ và sau sinh

- Quý I: 0 đtúi HBV

Câu hỏi 1:

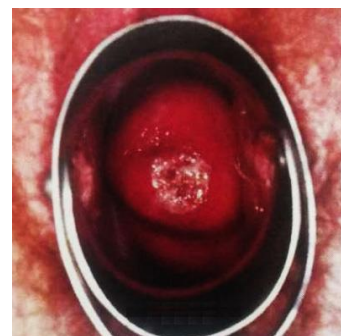
- Liên quan đến tình trạng nhiễm Rubella của bà C. trong thai kì này, kết luận nào là phù hợp?
 - Xác định nhiễm Rubella cấp
 - Nghi ngờ nhiễm Rubella cấp
 - ☒ Xác định không nhiễm Rubella
 - Nghi ngờ không nhiễm Rubella

Câu hỏi 2:

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

TÌNH HUỐNG 3: VẾT LOÉT MANG ĐẶC ĐIỂM ĐIỂN HÌNH CỦA CHANCRE 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 săng giang mai nguyên phát: phẳng, đáy sạch, kèm theo hạch bẹn. Kết quả test non-treponemal lẫn test treponemal hôm nay cùng âm tính. Soi tươi trên kính hiển vi trường tối không thấy xoắn khuẩn di động.

**Câu hỏi 1:**

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

Câu hỏi 2:

- Chỉ với các dữ kiện đã có, thái độ nào là thích hợp?
 - Cố chứng minh ngay bà N. có nhiễm giang mai bằng NAAT
 - ☒ Xác định bằng lâm sàng bà N. có nhiễm giang mai, để điều trị
 - Bác bỏ khả năng bà N. bị nhiễm giang mai, tìm chẩn đoán khác
 - Hẹn thực hiện test huyết thanh kiểm tra để kết luận và quyết định

Câu hỏi 3:

- Người ta đã cho bà N. bôi pommade Acyclovir, sau đó tổn thương lành. Một tháng sau bà đến khám lại. Cần làm gì?
 - Thực hiện RPR / VDRL
 - ☒ Thực hiện TPHA / TPPA
 - Thực hiện RPR và TPHA
 - 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 (+). Khai thác tiền sử, 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:

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

Câu hỏi 2:

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

NPT: chỉ học bởi

Sàng lọc để thể hiện (theo quy luật Mendel)



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 (...¹⁵UGG-GCA-AGG-UGA^{stop}) dị hợp tử. Chồng bà có phenotype Thalassemia β^0 với genotype mang đột biến vô nghĩa ở codon 39 (...³⁹UAG^{stop}) dị hợp tử.

Câu hỏi 1:

1. Khả năng thai nhi mắc Thalassemia thể nặng là thấp hay cao? Lí giải vì sao?

- a. 0%
- ☒ b. 25%
- c. 50%
- d. 75%
- e. 100%

Câu hỏi 2: Tình huống này c/d, e cần sàng lọc: NIPT là sàng lọc

2. Liên quan đến quản lý thai cho bà L., hành động nào là thiết thực nhất trên lâm sàng?

- a. Test tiền sản không xâm lấn
- ☒ b. Chọc ối khảo sát đột biến gene → để an tâm, chết 0,1-0,2%
- c. Theo dõi dấu hiệu thai bị thiếu máu
- d. Theo dõi như một thai kì bình thường

TÌNH HUỐNG 6: COMBINED TEST

Bà Q., 37 tuổi, PARA 0000, tuổi thai hiện tại là 13^{0/7} tuần. Combined-test thực hiện ở 12^{0/7} tuần cho kết quả độ dày khoảng 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:

1. Giải thích như thế nào về sự mâu thuẫn giữa kết quả NT và kết quả nguy cơ tính toán?

- a. Kết quả NT là đáng tin cậy, kết quả nguy cơ tính toán là không đáng tin cậy
- b. Kết quả NT là không đáng tin cậy, kết quả nguy cơ tính toán là đáng tin cậy
- ☒ c. Cả 2 kết quả cùng đáng tin cậy, thể hiện 2 mặt khác nhau của một thực thể
- d. Trong hai kết quả phải có một bị sai, nhưng không xác định test nào bị sai

Câu hỏi 2:

2. Hành động tiếp theo nào là thích hợp nhất?

- a. Thực hiện ngay test tiền sản không xâm lấn
- b. Hẹn thực hiện Triple-test khi thai 16 tuần
- c. Hẹn thực hiện siêu âm hình thái học sớm
- ☒ d. Hẹn ngày thực hiện test tiền sản xâm lấn

Câu hỏi 3:

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?

- ☒ a. Thực hiện ngay test tiền sản không xâm lấn
- b. Hẹn thực hiện Triple-test khi thai 16 tuần
- c. Hẹn thực hiện siêu âm hình thái học sớm
- d. Hẹn ngày thực hiện test tiền sản xâm lấn

TÌNH HUỐNG 7: NON-INVASIVE PRENATAL TESTING

Bà C. 36 tuổi, mang thai lần đầu. Do lớn tuổi, 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 T₁₃, T₁₈, T₂₁ (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 trắc bình thường và cũng không phát hiện thêm bất thường hình thái nào khác.

Câu hỏi 1:

1. Kế hoạch quản lý nào tiếp theo là thích hợp nhất?

- a. Thực hiện lại siêu âm hình thái học cuối TCN I
- b. Thực hiện thêm double-test, ngay ngày hôm nay
- c. Hẹn thực hiện triple-test, siêu âm soft-markers
- ☒ d. Hẹn thực hiện test xâm lấn làm karyotype
- e. Thực hiện lại NIPS, ngay ngày hôm nay

NT < 2,5
Cao NT < 3
NT > 3,5 ⇒ chọc ối

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

Soft marker: mờ hạt, chỉ báo sớm
(đốm sẫm tím, mất đốt giữa ngón út)

NT major: lớn \Rightarrow bất thường cấu trúc



là sẽ còn nhiều db \neq sau đó

\Rightarrow làm C/đoán xâm lấn

MIPS: là sàng lọc cấp cao, tích cực: 18, 21, 13, giới tính
11 \Rightarrow mất ít

Khi MIPS âm tính \Rightarrow
đột biến 3 db

Nhưng NT: 318 \Rightarrow nguy cơ bất thường di truyền rất cao
 \Rightarrow phải đi tìm tổng quan toàn bộ di truyền

keep Down: ở phải lúc nào cũng bị tìm \Rightarrow NT ở đây
nếu có bệnh tìm \Rightarrow NT đây
 \rightarrow hình thái lá non bất thường \Rightarrow chỉ báo
bất thường

- NT bình thường
- Nhưng HTLae bất thường chứng tỏ có bất thường ở 1 chỗ \neq

* Sàng lọc nửa đầu thai kỳ: Phải đi ra để các db rất cao để đưa ra q/d lớn

Down: tỷ lệ bất thường: 1:6000

$$P = R_{\text{tức test}} \times L_{\text{HR}} \times L_{\text{Serum}}$$

$$T_{21}: 1:600 \times \dots = 1/12$$

$$\text{nhưng } T_{12}: \underbrace{1:10000 \times \dots}_{\text{cũng là cao}} = 1/400$$