



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Các vấn đề thường gặp trong nửa sau thai kỳ

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

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

1. Độ tin cậy (*accuracy*) của chẩn đoán thiếu ối được căn cứ trên những yếu tố nào? **Chọn một câu đúng**
 - a. Mức độ sai biệt kết quả giữa hai lần khảo sát (*intra-observer*)
 - b. Mức độ sai biệt giữa hai người thực hiện siêu âm (*inter-observer*)
 - c. Mức độ liên quan đến các kết cục sản khoaⁱ
 - d. Mức độ phù hợp với thể tích nước ối thực tế
2. Bạn sẽ làm gì khi có thiếu ối (độ sâu xoang ối lớn nhất đo được dưới 20^{mm}), xuất hiện đơn độc, không kèm chậm tăng trưởng, không kèm dị tật bào thai, mới xảy ra vào tuần lễ cuối cùng của thai kỳ? Biết rằng tuổi thai là hoàn toàn chính xác và trước đó thai kỳ hoàn toàn bình thường. **Chọn một câu đúng**
 - a. Chấm dứt thai kỳ mà không cần thêm một điều kiện ràng buộc nào khácⁱⁱ
 - b. Chấm dứt thai kỳ trong trường hợp kết quả Velocimetry Doppler bất thường
 - c. Chấm dứt thai kỳ trong trường hợp kết quả Modified Biophysical Profile bất thường
 - d. Chấm dứt thai kỳ trong trường hợp kết quả Contraction Stress Test dương tính hay nghi ngờ
3. Cần làm gì để tăng tính tin cậy (*accuracy*) của chẩn đoán thai chậm tăng trưởng? **Chọn một câu đúng**
 - a. Nên căn cứ vào trọng lượng thai ước tính hơn là các thông số sinh trắc đơn lẻ
 - b. Dùng điểm cắt là bách phân vị 3rd thay vì cùng điểm cắt là bách phân vị 10th
 - c. Căn cứ vào cách diễn tiến của biểu đồ tăng trưởng thay vì chỉ dùng điểm cắtⁱⁱⁱ
 - d. Nên thực hiện thường quy velocimetry Doppler kèm theo khảo sát sinh trắc
4. Nếu chậm tăng trưởng xuất hiện sớm vào cuối nửa đầu thai kỳ, khảo sát nào là khảo sát ưu tiên? **Chọn một câu đúng**
 - a. Tăng tần suất thực hiện theo dõi với Electronic Fetal Monitoring
 - b. Siêu âm hình thái học và khảo sát động học dòng chảy Doppler^{iv}
 - c. Xét nghiệm tiền sản không xâm lấn cho lệch bội và đột biến
 - d. Chọc ối để khảo sát karyotype hay nhiễm trùng bào thai (PCR)
5. Khi đã xác định có suy thoái trao đổi tử cung-nhau, khảo sát nào có ý nghĩa tầm soát kết cục xấu? **Chọn một câu đúng**
 - a. Khảo sát thể tích ối^v
 - b. Non-stress test
 - c. Velocimetry Doppler
 - d. Contraction stress test
6. Dược chất nào trong các dược chất sau bị nghi ngờ là có thể gây hại cho trẻ khi dùng kéo dài? **Chọn một câu đúng**
 - a. Heparine phân tử lượng thấp
 - b. Progesterone thiên nhiên
 - c. Aspirine liều thấp
 - d. Salbutamol^{vi}
7. Loại nhiễm trùng âm đạo nào sau đây là đối tượng của tầm soát thường qui (cho mọi thai phụ) và phải tiến hành điều trị ở thời điểm cần thiết nếu kết quả tầm soát dương tính dù không có triệu chứng lâm sàng? **Chọn một câu đúng**
 - a. Bacterial vaginosis
 - b. Streptococcus group B^{vii}
 - c. Candida albicans
 - d. Cả 3 loại nhiễm trùng trên

8. Thuốc giảm co nào gây nhiều ảnh hưởng bất lợi nhất khi được dùng cho mục đích ngăn cản chuyển dạ sanh non ? **Chọn một câu đúng**
- Đối vận với thụ thể oxytocin
 - Ức chế kênh calcium
 - Đồng vận β -adrenergic ^{viii}
 - Magnesium sulfate
9. Theo dõi thai kỳ cho thai phụ có bệnh lý tim mạch, yếu tố nào ảnh hưởng quan trọng đến tiên lượng và quyết định phương thức xử trí? **Chọn một câu đúng**
- Là bệnh lý bẩm sinh hay mắc phải
 - Mức độ của suy giảm thể tích nhất bóp
 - Mức độ của tăng áp lực động mạch phổi
 - Cả 3 yếu tố trên đều có ảnh hưởng ^{ix}
10. Mục tiêu của việc dùng giảm co cho thai phụ có nguy cơ đe dọa trực tiếp của sanh non là gì? **Chọn một câu đúng**
- Kéo dài thai kỳ đến mức lâu nhất có thể được
 - Kéo dài thai kỳ đến khi thai đủ trưởng thành
 - Kéo dài thai kỳ đến khi thai đủ khả năng sống
 - Kéo dài thai kỳ thêm 48 giờ kể từ lúc bắt đầu ^x

REFERENCES

ⁱ Thiếu ối thường liên quan mạnh đến kết cục xấu của thai kỳ. Nhận diện thiếu ối có vai trò quan trọng trong việc quyết định can thiệp trên thai kỳ. Vì thế, việc định nghĩa thiếu ối có một tầm quan trọng đặc biệt. Có 4 định nghĩa thiếu ối: (1) AFI < 5^{cm}: điểm cắt (cut-off point) của AFI được xác định dựa trên kết cục của thai kỳ. Các thai kỳ có thể tích ối dưới điểm cắt này thường có kết cục xấu, gồm bất thường của băng ghi EFM, ngạt, điểm Apgar thấp, sơ sinh phải nhập sẵn sóc tăng cường nhi, mổ sanh ... So với các phương pháp xác định thiếu ối khác, AFI có độ nhạy (Sensitivity - Se) cao, nhưng dẫn đến việc tăng các can thiệp không cần thiết mà không có sự khác biệt về kết cục khi dùng các phương pháp khác; (2) SDP < 2^{cm}: điểm cắt (cut-off point) của SDP cũng được xác định dựa trên kết cục của thai kỳ. Các thai kỳ có thể tích ối dưới điểm cắt này liên quan đến kết cục xấu. So với AFI, SDP có Se thấp hơn, vì thế hạn chế được các can thiệp không cần thiết mà không làm tăng thêm khả năng xảy ra kết cục xấu; (3) AFI dưới bách phân vị thứ 5 của thể tích nước ối ở cùng tuổi thai: Phương pháp này so sánh thể tích ối của thai nhi với các bách phân vị của thể tích ối của dân số chung. Ngưỡng cắt 3rd hoặc 5th hoặc 10th percentile có thể được chọn để tầm soát hay xác định tình trạng thiếu ối. Tuy nhiên, do ở Việt Nam hiện tại không có cơ sở dữ liệu (database) về thể tích ối của dân số Việt Nam, nên không có được một biểu đồ khả dụng cho thai phụ Việt Nam; (4) Xoang ối 2 đường kính < 15^{cm2}: phương pháp này không thông dụng tại Việt Nam. So với SDP, khảo sát tích số 2 đường kính của xoang ối lớn nhất không cho thấy mối liên quan mật thiết với kết cục của thai kỳ, theo cả 2 chiều hướng tốt và xấu. *Nguồn: bài TBL 4-8: Các vấn đề thường gặp trong nửa sau thai kỳ. Các tình trạng bất thường về thể tích nước ối. Trang 1-2.*

ⁱⁱ Thiếu ối: *Thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung* (Intra Uterine Growth Restriction - IUGR) là nguyên nhân thường thấy nhất của tình trạng đa ối xuất hiện trong tam cá nguyệt thứ ba. Tình trạng thiếu oxygen trường diễn dẫn đến việc tái phân bố tuần hoàn bào thai, gây co mạch ở các cơ quan ngoại vi và giãn mạch não. Cung lượng máu đến thận suy giảm do co mạch dẫn đến giảm cung lượng nước tiểu. Vì thế, đánh giá thể tích ối là bằng chứng gián tiếp của tình trạng thiếu oxygen trường diễn, và là bằng chứng trực tiếp của tái phân bố tuần hoàn do thiếu oxygen trường diễn. Hệ quả của sút giảm lượng ối là tình trạng phát triển bất thường của phổi, hệ cơ xương và tình trạng chèn ép trên lưu thông máu ở cuống rốn. Cùng với Non-stress Test và Velocimetry Doppler, ta có được các thông tin đầy đủ về tình trạng thăng bằng kiểm toan, tình trạng hành não và hình ảnh của tái phân bố tuần hoàn thông qua thay đổi trên phổ dòng chảy của các mạch máu rốn và động mạch não giữa. Trong thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung, nếu đã có thiếu ối nhưng thai còn non tháng, tùy thuộc vào nguyên nhân, tình trạng thai, khả năng chăm sóc và nuôi dưỡng thai non tháng của cơ sở y tế sẽ quyết định phương cách và thời điểm cho sinh. *Thai kỳ kéo dài quá ngày dự sanh*: Bình thường, lượng nước ối giảm dần một cách sinh lý vào gần cuối thai kỳ. Hiện tượng này không có ý nghĩa bệnh lý. Trong đa phần các trường hợp, lượng ối vẫn nhiều hơn 10th percentile của thể tích ối ở cùng tuổi thai. Khi thai kỳ kéo dài vượt quá ngày dự sanh, một số thai kỳ có thể kèm theo suy thoái tuần hoàn nhau thai, và diễn tiến như một thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung như đã trình bày ở trên. Một số khác, tuy chưa xuất hiện tình trạng thiếu oxygen, nhưng việc nước ối giảm dưới ngưỡng cắt sẽ dẫn đến những hệ quả từ việc rối loạn tuần hoàn thông qua mạch máu rốn, từ đó dẫn đến những kết cục xấu của thai kỳ. Vì thế, nếu có tình trạng thiếu ối ở thai đủ tháng hay quá ngày dự sanh, thì nên cân nhắc khả năng chấm dứt thai kỳ, nhằm tránh xảy ra các kết cục xấu. *Nguồn: bài TBL 4-8: Các vấn đề thường gặp trong nửa sau thai kỳ. Thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung. Trang 2-3.*

ⁱⁱⁱ Chẩn đoán IUGR là một chẩn đoán dựa vào thống kê. Do số liệu về sinh trắc học của bào thai trong dân số chung không theo phân phối chuẩn, vì thế khảo sát tình trạng tăng trưởng bào thai phải được thực hiện bằng một biểu đồ, trong đó thể hiện trung vị (median) của sinh trắc, và các khoảng một hay hai độ lệch chuẩn (standard deviation). (xem bài Biểu đồ tăng trưởng của thai nhi trong tử cung). Như vậy, điều kiện thiết yếu để đảm bảo tính tin cậy của việc xác định một thai nhỏ là: (1) Phải biết rõ các thông tin về tuổi thai. Các thông tin này thường được cung cấp bởi đặc điểm lâm sàng, các số liệu sinh trắc thu thập được trong tam cá nguyệt thứ nhất. (2) Phải có một biểu đồ tăng trưởng từ một dân số phù hợp, nghĩa là thai phụ phải thuộc về nhóm dân số đã được khảo sát để xây dựng nên biểu đồ. Việc thiết lập chẩn đoán sẽ khó khăn khi có ít nhất một trong hai điều kiện tiên quyết trên không được thỏa. Thiếu thông tin tin cậy về tuổi thai sẽ dẫn đến tính không tin cậy của chẩn đoán IUGR. Trong trường hợp này, khai thác cẩn thận toàn bộ thông tin về lâm sàng-sinh trắc và diễn biến của số liệu sinh trắc (lặp lại nhiều lần) có thể cung cấp các ý niệm về tăng trưởng bào thai. Trong mọi trường hợp, việc đổi chiều dạng của đường biểu diễn sinh trắc của thai nhi với các đường chuẩn của biểu đồ sẽ giúp thiết lập chẩn đoán. Khi thực hiện các khảo sát sinh trắc lặp lại, cần chú ý đến (1) sai số do phép đo và (2) tăng trưởng của bào thai. Ngoại trừ SGA, các nguyên nhân khác dẫn đến một kích thước bào thai nhỏ, kết cục thai kỳ thường xấu. Tùy theo nguyên nhân, tức IUGR sớm hay muộn, mà việc thăm dò tình trạng thai sẽ khác nhau. Thông số sinh trắc chạm điểm cắt 10th percentile có ý nghĩa thiết lập chẩn đoán IUGR. Thông số sinh trắc chạm điểm cắt 3rd percentile liên quan mạnh đến các kết cục xấu. *Nguồn: bài TBL 4-8: Các vấn đề thường gặp trong nửa sau thai kỳ. Thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung. Trang 2-3.*

^{iv} Vì thế, (1) các thăm dò cần phải được tiến hành từ ngay thời điểm mà các thông số sinh trắc chạm điểm cắt 10th percentile, và (2) phải có thái độ tích cực nhưng thận trọng khi các thông số này đã chạm đến điểm cắt 3rd percentile. Khảo sát lệch bội hay bất thường di truyền (NIPT, karyotype, đột biến...) là cần thiết cho các IUGR rất sớm. Đối với các trường hợp này, velocimetry khảo sát động học của các dòng chảy có giá trị rất cao trong dự báo và quyết định can thiệp. *Nguồn: bài TBL 4-8: Các vấn đề thường gặp trong nửa sau thai kỳ. Thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung. Trang 2-3.*

^v Với các IUGR được xác nhận do tình trạng thiếu oxygen trường diễn, các test lượng giá sức khỏe thai trên cơ sở EFM như non-stress test, contraction stress test hay trên siêu âm như trắc đồ sinh vật lý biến đổi (MBPP) (xem bài Các phương pháp lượng giá sức khỏe thai) có vai trò quan trọng, do các biến đổi trên động học các dòng chảy xuất hiện khá muộn, khi tình trạng thai nhi đã rất nặng, với tổn thương thần kinh không hồi phục. Thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung (Intra Uterine Growth Restriction - IUGR) là nguyên nhân thường thấy nhất của tình trạng đa ối xuất hiện trong tam cá nguyệt thứ ba. Tình trạng thiếu oxygen trường

diễn dẫn đến việc tái phân bố tuần hoàn bào thai, gây co mạch ở các cơ quan ngoại vi và giãn mạch não. Cung lượng máu đến thận suy giảm do co mạch dẫn đến giảm cung lượng nước tiểu. Vì thế, đánh giá thể tích ối là bằng chứng gián tiếp của tình trạng thiếu oxygen trường diễn, và là bằng chứng trực tiếp của tái phân bố tuần hoàn do thiếu oxygen trường diễn. Hệ quả của sút giảm lượng ối là tình trạng phát triển bất thường của phổi, hệ cơ xương và tình trạng chèn ép trên lưu thông máu ở cuống rốn. Cùng với Non-stress Test và Velocimetry Doppler, ta có được các thông tin đầy đủ về tình trạng thăng bằng kiểm toan, tình trạng hành não và hình ảnh của tái phân bố tuần hoàn thông qua thay đổi trên phổ dòng chảy của các mạch máu rốn và động mạch não giữa. Trong thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung, nếu đã có thiếu ối nhưng thai còn non tháng, tùy thuộc vào nguyên nhân, tình trạng thai, khả năng chăm sóc và nuôi dưỡng thai non tháng của cơ sở y tế sẽ quyết định phương cách và thời điểm cho sinh. *Nguồn: bài TBL 4-8: Các vấn đề thường gặp trong nửa sau thai kỳ. Thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung. Trang 2-3.*

vi Có nhiều bằng chứng, tuy chưa đủ mạnh, Salbutamol dùng kéo dài trên 48 giờ bị nghi ngờ là thủ phạm làm tăng xuất hiện tự kỷ ở trẻ. Việc dùng salbutamol kéo dài là không được khuyến cáo. *Nguồn: bài TBL 4-8: Các vấn đề thường gặp trong nửa sau thai kỳ. Quản lý chuyển dạ sanh non. Trang 3.*

vii Một chương trình tầm soát và can thiệp có hiệu quả, có thể làm giảm xuất độ nhiễm GBS sơ sinh chỉ còn khoảng 2-3 trường hợp cho 10,000 trường hợp trẻ sinh sống. Tại Mỹ, Hiệp hội các nhà Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG) và Trung tâm Kiểm soát và Dự phòng Bệnh tật (Centers for Disease Control and prevention - CDC) khuyến cáo việc tầm soát GBS thường qui cho mọi thai phụ giữa tuần 35 và 37 của thai kỳ. Dùng kháng sinh (thường dùng penicillin hoặc ampicillin) lúc sinh là cách tốt nhất để ngăn ngừa sự khởi phát GBS ở trẻ sơ sinh. Mặc dù cách tiếp cận như thế này có nhiều tổn kém và gia tăng nguy cơ tạo ra vi khuẩn kháng thuốc, nhưng nếu để khi đã có tình trạng nhiễm khuẩn huyết rồi thì điều trị kém đáp ứng hơn. Các khuyến cáo đề nghị dùng kháng sinh dự phòng cho mọi thai phụ có kết quả dương tính với nuôi cấy GBS từ vùng âm đạo trực tràng, khi họ vào chuyển dạ hay khi có ối vỡ non. *Nguồn: bài TBL 4-8: Các vấn đề thường gặp trong nửa sau thai kỳ. Các loại viêm âm đạo có thể ảnh hưởng đến kết cục của thai kỳ: GBS và Bacterial vaginosis. Trang 1-2.*

viii

| Các thuốc dùng trong chuyển dạ sanh non | | | |
|---|---|---|--|
| Nhóm thuốc | Tác động | Tác dụng phụ | Lưu ý |
| Đối vận với thụ thể oxytocin | Đối vận với thụ thể của oxytocin trên cơ tử cung, ngăn cản tác dụng co cơ tử cung của oxytocin nội sinh | Hiện không tác dụng phụ quan trọng được ghi nhận | Là thuốc duy nhất được dán nhãn (labelled) cho điều trị sanh non |
| Ức chế kênh calcium | Ngăn chặn Ca^{++} đi vào tế bào | Hạ huyết áp và nhức đầu; có thể làm giảm lưu lượng máu nhau-tử cung, giảm oxygen và tăng CO_2 ở thai nhi | Có thể làm nặng thêm các tác dụng phụ của magnesium sulfate Không được dán nhãn cho điều trị sanh non |
| Đồng vận β -adrenergic | Tăng nồng độ cAMP (cyclic Adenosine MonoPhosphate) trong tế bào, làm giảm nồng độ calcium | Hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, nặng ngực hoặc đau ngực, thay đổi trên ECG Có thể gây phù phổi, đặc biệt khi có quá tải tuần hoàn Chống chỉ định tương đối ở bệnh nhân có bệnh mạch vành và suy thận | Thường ít dùng do các tác dụng phụ của thuốc Salbutamol không được dán nhãn cho điều trị sanh non Việc dùng kéo dài Salbutamol không được xem là an toàn cho thai nhi |
| Magnesium sulfate | Cạnh tranh với calcium để vào tế bào | Có thể gây nhức đầu hoặc mờ mắt, nồng độ cao có thể gây ức chế hô hấp hoặc tim mạch | Có độ an toàn cao Có tác dụng bảo vệ thần kinh cho thai nhi nếu tuổi thai dưới 28 tuần Không dùng $MgSO_4$ kéo dài trên 48 giờ Chống chỉ định khi bệnh nhân có hạ calcium máu hoặc có bệnh nhược cơ |

Nguồn: bài TBL 4-8: Các vấn đề thường gặp trong nửa sau thai kỳ. Quản lý chuyển dạ sanh non. Trang 3.

ix Hiệp hội tim mạch Mỹ đã phân loại bệnh tim để đánh giá nguy cơ trong thai kỳ ở những thai phụ có bệnh tim mắc phải và để quyết định hướng xử trí tối ưu cho sản phụ trong thai kỳ, lúc chuyển dạ và lúc sanh. Nhìn chung, nguy cơ cho mẹ và thai thấp đối với những bệnh nhân nhóm 1 và 2, trong khi đó nguy cơ tăng rõ rệt cho nhóm 3 và 4 hoặc ở những bệnh nhân có tím. Loại tổn thương cũng đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng. Hẹp van hai lá và hẹp van động mạch chủ dễ có nguy cơ suy tim mất bù hơn. Những bệnh nhân nguy cơ cao khác bao gồm tăng áp phổi nặng, phân suất tổng máu thất trái < 40%, hội chứng Marfan, thai phụ mang van cơ học, thai phụ có tiền căn rối loạn nhịp tim. *Nguồn: bài TBL 4-8: Các vấn đề thường gặp trong nửa sau thai kỳ. Bệnh lý tim mạch trong thai kỳ. Trang 2.*

x Mục đích của điều trị là nhằm trì hoãn cuộc chuyển dạ sanh non, ngăn cản cuộc sanh cho khi corticosteroids đạt được hiệu quả. Mục đích của điều trị là nhằm trì hoãn cuộc chuyển dạ sanh non, ngăn cản cuộc sanh cho khi corticosteroids đạt được hiệu quả. Thời gian này là 48 giờ. Các loại thuốc giảm gò thường giúp kéo dài thai kỳ thêm khoảng vài ngày. Betamethason và Dexamethason là những corticosteroid được nghiên cứu rộng rãi nhất và chúng được lựa chọn cho thúc đẩy trưởng thành cơ quan thai nhi. Cả 2 đều qua nhau thai với dạng hoạt động sinh học gần như giống hệt nhau. Cả 2 đều không đủ tính minercorticoid và có tính ức chế miễn dịch tương đối ngắn với thời hạn sử dụng ngắn. Mục đích của corticosteroid liệu pháp là làm tần suất xảy ra hội chứng suy hô hấp cấp ở sơ sinh sau sanh, là nguyên nhân hàng đầu của tử vong sơ sinh ở trẻ non tháng. Khi được thực hiện ở chuyển dạ sanh non thai dưới 34 tuần, NNT của điều trị này là 8. Khi được thực hiện sau 34 tuần, NNT của điều trị khoảng gần 100. Do đó, corticoid liệu pháp là không cần thiết sau 34 tuần vô kinh. *Nguồn: bài TBL 4-8: Các vấn đề thường gặp trong nửa sau thai kỳ. Quản lý chuyển dạ sanh non. Trang 2.*