



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
Nửa đầu 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

- Ở thời điểm tuổi thai 11-14 tuần, thông số sinh trắc nào biến thiên tuyến tính theo tuổi thai? **Chọn một câu đúng**
 - Đường kính trung bình của túi thai
 - Chiều dài đầu-mông của phôi thai
 - Đường kính lưỡng đỉnh của đầu thai ⁱ
 - Độ sâu lớn nhất của xoang ngoài phôi
- β -hCG huyết thanh = $100^{IU/L}$, siêu âm không thấy túi thai trong tử cung. Bạn nói gì? **Chọn một phát biểu đúng**
 - Hiện tại thai phụ có dấu hiệu sinh hóa của có thai ⁱⁱ
 - Hiện tại thai phụ có thai lâm sàng giai đoạn sớm
 - Hiện tại thai vẫn chưa di chuyển đến buồng tử cung
 - Có khả năng thai đã thoái triển hay ngưng phát triển
- Siêu âm không thấy túi thai trong tử cung, phải nghĩ đến thai ngoài tử cung ở trường hợp nào? **Chọn một câu đúng**
 - Diễn biến của nồng độ β -hCG huyết thanh không tăng được gấp đôi sau một khoảng thời gian là 48 giờ
 - Nồng độ β -hCG huyết thanh đã ở trên một ngưỡng định trước, tùy theo siêu âm đường bụng hay âm đạo ⁱⁱⁱ
 - Nồng độ β -hCG huyết thanh thấp hơn trị số 50th percentile của nồng độ β -hCG huyết thanh theo tuổi thai
 - Không tìm thấy hình ảnh của thai trong tử cung qua nhiều lần khảo sát liên tiếp bằng siêu âm ngã âm đạo
- Các nội dung của chương trình tầm soát lệch bội được áp dụng cho những thai phụ nào? **Chọn một câu đúng**
 - Các thai phụ với thai kỳ có các biểu hiện bất thường trong phát triển bào thai
 - Các thai phụ có nguy cơ lâm sàng cao có lệch bội theo tuổi, tiền sử thai sản
 - Mọi thai phụ, không có bất cứ trường hợp nào được xem là ngoại lệ ^{iv}
 - Mọi thai phụ, ngoại trừ các thai phụ có nguy cơ lâm sàng cao có lệch bội
- Vì sao khi đọc kết quả Triple test, ta lấy ngưỡng cắt 1/250 để quyết định làm test xâm lấn? **Chọn một câu đúng**
 - Giảm bớt tỉ lệ mất thai do thủ thuật
 - Giảm bớt số thủ thuật xâm lấn phải làm ^v
 - Giảm tỉ lệ âm giả (FNR) của triple test
 - Giảm gánh nặng chi phí nuôi cấy tế bào
- Tầm soát lệch bội cho đa thai, test nào có giá trị nhất? **Chọn một câu đúng**
 - Các chỉ báo huyết thanh (sero-markers)
 - Các chỉ báo mềm qua siêu âm (soft-markers)
 - Mảnh vỡ DNA thai trong máu mẹ (cell-free DNA)
 - Khảo sát độ dày khoảng thấu âm sau gáy (Nuchal Translucency) ^{vi}
- 3 tháng đầu thai kỳ, huyết thanh chẩn đoán HBsAg dương tính. Trước tiên bạn sẽ làm gì? **Chọn một câu đúng**
 - Định lượng copies virus
 - Chọc ối khảo sát PCR
 - Test huyết thanh HBeAg ^{vii}
 - Kiểm tra chức năng gan
- 3 tháng đầu, huyết thanh Rubella IgM và IgG cùng cho kết quả âm tính, bạn phản ứng ra sao? **Chọn một câu đúng**
 - Rất lo lắng, vì thế cần thực hiện theo dõi tăng cường ^{viii}
 - Rất lo lắng, nhưng không làm gì khác ngoài theo dõi thường qui
 - Rất an tâm, nhưng cần thực hiện theo dõi tăng cường
 - Rất an tâm, vì thế không làm gì khác ngoài theo dõi thường qui

9. Cytomegalovirus có thể gây nhiễm trùng bào thai rất nặng. **Chọn một nhận định đúng** về tầm soát CMV.
- Nếu CMV IgG(+) trước khi mang thai, thai phụ sẽ không bị nhiễm CMV trong thai kỳ
 - Nếu phát hiện CMV IgM (+), nên kết luận thai phụ đang nhiễm CMV cấp trong thai kỳ
 - Không nên xem việc tầm soát CMV trong thai kỳ như là một tầm soát thường quy^{ix}
 - Chấm dứt thai kỳ ngay nếu khảo sát huyết thanh CMV IgM và IgG cùng có kết quả (+)
10. 3 tháng đầu thai kỳ, phát hiện thai phụ có thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ, bạn sẽ làm gì? **Chọn một câu đúng**
- Định lượng Ferritin^x
 - Điện di hemoglobin
 - Bổ sung sắt và acid Folic
 - Test phân tìm giun móc

REFERENCES

ⁱ MSD biến thiên tăng nhưng không tuyến tính, vì thế chỉ là chỉ báo tạm thời cho định tuổi thai trong tuần đầu tiên sau trễ kinh. Yolk sac không có qui luật biến thiên riêng. CRL có biến thiên tuyến tính kể từ 6 tuần vô kinh cho đến 9 tuần vô kinh, sau đó đo kích thước CRL tăng nhanh và phôi uốn cong nên trở thành không tuyến tính. Sau tuần thứ 11, BPD là thông số duy nhất có biến thiên tăng tuyến tính, hằng định ở mức 3mm mỗi tuần, và giữ ở định mức tăng này cho đến cuối tam cá nguyệt thứ nhì của thai kỳ.

ⁱⁱ Thông thường, khi nồng độ β -hCG đạt mức 1500 mIU/ml có thể thấy được hình ảnh túi thai trong buồng tử cung qua siêu âm đầu dò âm đạo. Nếu không thấy được hình ảnh túi thai ở điểm cắt này cần nghĩ đến thai ngoài tử cung, thai ngưng tiến triển hoặc đã sảy hay giai đoạn sớm của một trường hợp đa thai. Khi β -hCG trên 4000 mIU/ml trên siêu âm có thể thấy được hình ảnh phôi thai với hoạt động tim phôi. Khi β -hCG đạt mức 5000-6000 mIU/ml có thể thấy hình ảnh túi thai qua siêu âm đầu dò bụng. Nồng độ hCG huyết tương cao bất thường có thể liên quan đến bệnh lý nguyên bào nuôi, tình trạng đa thai hay tán huyết ở thai. Ngược lại, nồng độ hCG huyết tương thấp hoặc gia tăng không phù hợp với dự đoán (gấp đôi sau 2-3 ngày) gợi ý một thai kỳ thất bại sớm (kể cả thai ngoài tử cung).

Nồng độ β -hCG đạt mức 100 mIU/ml là rất thấp so với ngưỡng có thể nhìn thấy hình ảnh của túi thai qua siêu âm, vì thế không thể có kết luận nào khác ngoài kết luận thai phụ có dấu hiệu sinh hóa của có thai, còn các vấn đề khác thì không thể kết luận được (TBL 4-2: *Nửa đầu thai kỳ. Bài 422 Động học hCG, trang 2*).

ⁱⁱⁱ Thông thường, khi nồng độ β -hCG đạt mức 1500 mIU/ml có thể thấy được hình ảnh túi thai trong buồng tử cung qua siêu âm đầu dò âm đạo. Nếu không thấy được hình ảnh túi thai ở điểm cắt này cần nghĩ đến thai ngoài tử cung, thai ngưng tiến triển hoặc đã sảy hay giai đoạn sớm của một trường hợp đa thai. Khi β -hCG trên 4000 mIU/ml trên siêu âm có thể thấy được hình ảnh phôi thai với hoạt động tim phôi. Khi β -hCG đạt mức 5000-6000 mIU/ml có thể thấy hình ảnh túi thai qua siêu âm đầu dò bụng (TBL 4-2: *Nửa đầu thai kỳ. Bài 422 Động học hCG, trang 2*).

^{iv} Siêu âm tầm soát lệch bội được thực hiện cho tất cả thai phụ với mục đích phân lập và phát hiện các thai phụ mang thai có nguy cơ đặc biệt với bất thường nhiễm sắc thể hoặc không có nguy cơ với các bất thường này. Siêu âm sàng lọc, do vậy, được thực hiện một cách hệ thống trong cộng đồng và là một phương tiện đầu tiên để quyết định các thực hành lâm sàng tiếp theo. Cần phân biệt với siêu âm chẩn đoán lệch bội được thực hiện (1) sau một xét nghiệm huyết thanh học có kết quả bất thường, (2) phát hiện hay nghi ngờ có bất thường thai nhi sau siêu âm sàng lọc, (3) để theo dõi một bệnh lý xuất hiện đồng thời, (4) hoặc trong những điều kiện khó khăn không thể thực hiện được siêu âm tầm soát (TBL 4-2: *Nửa đầu thai kỳ. Bài 423 Công cụ tầm soát lệch bội, trang 1*).

^v Nguy cơ tính toán được từ các thông số huyết thanh của các chỉ báo được gọi là nguy cơ huyết thanh. Nguy cơ nền tảng phối hợp với nguy cơ huyết thanh tạo thành nguy cơ tính toán (calculated risk). Tùy theo nguy cơ tính toán ta phân định một kết quả test tầm soát là nguy cơ cao hay nguy cơ thấp. Giữa nguy cơ cao và nguy cơ thấp là một vùng không phân định, gọi là vùng xám (grey zone). Ngưỡng cắt (cut-off point) xác định nguy cơ cao, nguy cơ thấp với lệch bội tùy thuộc điều kiện thực hành của quốc gia hay tổ chức. Điểm cắt này được quyết định dựa trên cân nhắc các nguy cơ và lợi ích thu được từ việc hạn chế chỉ định thực hiện các test chẩn đoán, thường mang tính xâm lấn. Tại Việt Nam, cut-off 1/250 được lựa chọn để đánh giá phân loại nguy cơ với lệch bội. Ngoài ra, các trị số của test huyết thanh học có thể gợi ý tiên đoán về kết cục của thai kỳ (pregnancy outcomes). Khi test tầm soát lệch bội cho kết quả nguy cơ cao, cần nghĩ đến hoặc (1) việc thực hiện một khảo sát có thể cung cấp nhiều thông tin hơn như test tiền sản không xâm lấn (Non Invasive Prenatal Test - NIPT) hoặc (2) thực hiện trực tiếp một test chẩn đoán mang tính xâm lấn như sinh thiết gai nhau hoặc chọc ối. Khi đó, phải cân nhắc kỹ lợi ích của thực hiện test chẩn đoán so với nguy cơ mất thai. Double test được thực hiện ở thời điểm từ tuần 11⁺⁰ đến 13⁺⁶. Double test khảo sát 2 chỉ báo là PAPP-A và free β -hCG (TBL 4-2: *Nửa đầu thai kỳ. Bài 423 Công cụ tầm soát lệch bội, trang 1*).

^{vi} Song thai gây nhiều khó khăn cho tầm soát lệch bội. Các chỉ báo bị ảnh hưởng bởi sự hiện diện đồng thời của 2 thai và gây khó khăn cho tính toán. Ngoại trừ hình ảnh siêu âm là không bị ảnh hưởng bởi sự hiện diện đồng thời của 2 thai. Vì thế, hình ảnh học, đặc biệt là NT được xem như công cụ tốt nhất cho tầm soát lệch bội ở song thai (TBL 4-2: *Nửa đầu thai kỳ. Bài 423 Công cụ tầm soát lệch bội, tổng hợp*).

^{vii} HBV thuộc nhóm RNA virus. Chẩn đoán nhiễm HBV trong thai kỳ chủ yếu dựa vào xét nghiệm huyết thanh học ở giai đoạn trước sanh (3 tháng đầu và 3 tháng giữa), cần định lượng kháng nguyên bề mặt (HBsAg), kháng nguyên e (HBeAg), chức năng gan và định lượng DNA HBV. Nếu thai phụ nhiễm HBV với biểu hiện HBsAg (+), cần thực hiện thêm một số xét nghiệm để đánh giá mức độ ảnh hưởng của nhiễm virus lên thai kỳ (TBL 4-2: *Nửa đầu thai kỳ. Bài 4210 Nhiễm viêm gan B trong thai kỳ, trang 2*).

^{viii} Rubella thuộc nhóm RNA virus. Khi bị nhiễm hoặc được chủng ngừa (vaccine MMR) sẽ có miễn dịch suốt đời. Biểu hiện lâm sàng ở thai phụ thường nghèo nàn, ở thai nhi thường xuất hiện muộn và rất trầm trọng, nên trong thai kỳ được khuyến cáo tầm soát thường quy. Thai phụ cần được tầm soát huyết thanh Rubella trong thai kỳ để có quản lý thích hợp (TBL 4-2: *Nửa đầu thai kỳ. Bài 4211 Nhiễm Rubella và CMV trong thai kỳ, trang 3*).

^{ix} CMV thuộc nhóm DNA herpesvirus. Hiện tại chưa có thuốc điều trị và dự phòng. Nhiễm CMV nguyên phát (primary infection) khi nhiễm CMV lần đầu tiên ở thai phụ trước đó có xét nghiệm huyết thanh âm tính. Nhiễm CMV thứ phát (secondary infection hay recurrent infection) khi CMV đã nhiễm nguyên phát, nằm tồn tại ở thể ngủ (dormant) trong cơ thể thai phụ, sau đó hoạt hóa trở lại và gây bệnh. Phân biệt 2 thể này dựa vào IgG avidity (>60%: secondary infection và <30%: primary infection dưới 3 tháng) (Hình 3). Biểu hiện lâm sàng ở thai phụ rất nghèo nàn, ở thai nhi xuất hiện muộn khi đã có ảnh hưởng rõ rệt với hình ảnh bất thường hệ thần kinh (não úng thủy, tật đầu nhỏ, vôi hóa nội sọ), hệ tiêu hóa (gan lách to, tăng phản âm sáng ở ruột) và giới hạn tăng trưởng trong tử cung (Intra Uterine Growth Restriction - IUGR). Chẩn đoán nhiễm CMV trong thai kỳ khó khăn vì IgM tăng cao kéo dài (TBL 4-2: *Nửa đầu thai kỳ. Bài 4211 Nhiễm Rubella và CMV trong thai kỳ, trang 2-3*).

^x Thiếu máu thiếu sắt và Thalassemia cùng là thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ. Khác biệt chủ yếu là ở Ferritin huyết thanh. Nếu Ferritin thấp có thể kết luận tình trạng thiếu sắt. Nếu Ferritin bình thường hay cao thì phải thực hiện điện di Hb để phân biệt (TBL 4-2: *Nửa đầu thai kỳ. Bài 429 Tầm soát thiếu máu trong thai kỳ, trang 3*).