

Ths Bs Nguyễn Thị Kiều Trinh

Hội nghị thành công với số đại biểu tham dự 700 người.

Mời bạn báo cáo hội trường, bao gồm nhiều vấn đề thời sự, quan trọng của ngành được trình bày bởi các chuyên gia đầu ngành và thảo luận sôi nổi tại hội nghị.



Với bài báo cáo "Nguy cơ trên mạch máu của viên thuốc ngừa thai kết hợp", Gs Lee Philip Shulman, Hoa Kỳ đã nhấn mạnh: Hàng năm có khoảng 536.000 phụ nữ tử vong trên thế giới liên quan đến thai kỳ, 63.000 phụ nữ tử vong do phá thai không an toàn, 5,3 triệu phụ nữ bị tổn thương thể chất vĩnh viễn do phá thai không an toàn, nếu ngừa thai được cung cấp cho 137 triệu phụ nữ, tử vong giảm sẽ giảm 25- 30%. Thuốc viên ngừa thai thể chất được sử dụng rộng rãi ở Bắc Mỹ, châu Âu và được sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới. Hiệu quả 99,7% trên lý thuyết khi sử dụng đúng và trên thực tế là 92%, thuốc ít tác dụng phụ và an toàn, hiếm có các biến chứng nghiêm trọng như thuyên tắc tĩnh mạch sâu (DVT), thuyên tắc phổi (PE), thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (VTE). Cần phải xem xét các yếu tố nguy cơ trước khi kê toa cho phụ nữ sử dụng thuốc ngừa thai như tiền sử VTE, hút thuốc, béo phì, bệnh lý di truyền mắc phải, béo phì... Không thể bàn luận về nguy cơ trên mạch máu của viên thuốc ngừa thai kết hợp mà không đề cập đến nguy cơ trên mạch máu liên quan đến thai kỳ có hay không ngoài ý muốn.

Với “Phát hiện sớm bệnh lý tăng đông và huyết khối ở phụ nữ”, TS Huỳnh Nghĩa, Bộ môn Huyết học- ĐHYD TPHCM cho thấy huyết khối ở tĩnh mạch ở phụ nữ có thể gặp ở tuổi sinh đẻ cho đến mãn kinh, thường gặp trong thai kỳ, sau đẻ ngưng thuốc ngừa thai và cao tuổi. Tỷ lệ suất tăng cao theo tuổi 1,2% (65- 69 tuổi), 2,9% (85- 89 tuổi). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: sưng nóng đỏ đau, hội chứng suy tĩnh mạch mạn tính, loét hoại tử; toàn thân có thể có các dấu hiệu của thuyên tắc phổi hoặc tăng áp phổi mạn tính. Dấu hiệu của lâm sàng giúp phát hiện sớm: D-Dimer 500mg/l có giá trị chẩn đoán với độ nhạy 80% HKTM sâu, 95% thuyên tắc phổi, nếu D-Dimer tăng gấp 5 lần giá 2 lần chẩn đoán rất có giá trị để chẩn đoán và quyết định dùng thuốc chống đông. Siêu âm Doppler TM có độ nhạy 95%, đặc hiệu 98% với các dấu hiệu: TM không xẹp khi đè, thấy trực tiếp huyết khối, TM giãn, dòng chảy không tự nhiên, không tăng dòng chảy khi đè đo xa... ở phụ nữ sinh đẻ, bệnh lý tăng đông thường đi kèm với suy thai, tỉ lệ sảy thai, hội chứng tăng trưởng trong tử cung, nhau bong non, thai chết lưu...

Với “Mô hình chăm sóc trước sinh: Đeo vòng c hình tháp”, Tác giả Hà Thị Nguyên- BV Từ Dũ đã trình bày: Trước đây, mô hình chăm sóc trước sinh tập trung chủ yếu vào 3 tháng cuối, hiện nay nhiều xét nghiệm sàng lọc được áp dụng từ quý I nhằm nhận diện các thai kỳ có nguy cơ cao, để theo dõi và hoạch định chi phí cho mẹ và trẻ. Sàng lọc quý I với Double test (PAPP- A và BHCG) phổi hợp với độ mờ da gáy trên siêu âm là tiêu chuẩn vàng để phát hiện từ 10 đến 15% NST >90%. Sàng lọc và đề phòng chuyển dạ sinh non bằng cách siêu âm đo chiều dài CTC 22 tuần. Ở nhóm sản phụ có tỉ lệ căn sinh non, đề phòng Progesterone giảm sinh non 25%, khâu CTC nếu < 25mm giảm sinh non 25%. Đối với nhóm sản phụ có chiều dài CTC ngắn trên siêu âm, dùng Progesterone giảm tỉ lệ sinh non 45%, khâu CTC chỉ giảm sinh non 15%. Sàng lọc tỉ lệ sản giật phổi hợp quý II thai kỳ dựa vào yếu tố bệnh sản tỉ lệ căn thai phổi, đo HbMTB, Doppler PI ĐMTC cho thấy từ 10% phát hiện 100% TSG sớm và 56,4% TSG muộn.

Đối với việc lựa chọn phương pháp sàng lọc ung thư CTC, TS Nguyễn Vũ Quốc Huy đã nhận mạnh có thể xem xét sàng lọc VIA (quan sát CTC với acid acetic) để sàng lọc K CTC tuy nhiên chưa có đầy đủ dữ liệu kinh nghiệm làm từ bào CTC hàng loạt, từ các cơ sở đã có xét nghiệm TB huyết, có thể kết hợp thêm VIA để giúp tăng độ nhạy và giảm tỉ lệ dương tính giả. Xét nghiệm DNA HPV cho thấy độ nhạy cao trong phát hiện tổn thương CTC mức độ cao. Cần thận trọng theo quy trình hướng dẫn của Bộ Y tế (2011) trong sàng lọc và phát hiện sớm K CTC bao gồm việc thực hiện xét nghiệm TB huyết CTC, quan sát CTC với acid acetic (VIA), xét nghiệm DNA HPV, quan sát CTC với sàng lọc Lugol (VILI) sau đó tiến hành các bước soi CTC và sinh thiết cổ ngoài, nếu có ung thư CTC.

Trong cập nhật thông tin về xử trí trong giai đoạn chuyển dạ và BPTT ở thai phụ nhiễm HIV, TS Nguyễn Thị Nhung, BVHV đã nêu lên vấn đề MLT cho đến ngưng cho các đối tượng có nhiễm

virus tăng cao > 400 bản sao (nghiên cứu đa trung tâm và theo khuyến cáo của Hoa Kỳ và Thái Lan). Việc dùng phòng ARV cần bắt đầu sớm, ngay tuần thứ 14 của thai kỳ hoặc càng sớm càng tốt, khi bà mẹ đến khám, lúc chuyển dạ sinh, sau khi sinh. Theo khuyến cáo của Hoa Kỳ (07/2012) tất cả các thai phụ có HIV (+) đều được điều trị ARV bắt đầu ngay để virus và số lượng CD4 mà không qua dùng phòng. Nếu cho thuốc ARV dùng phòng và MLT có thể giảm tỷ lệ lây truyền HIV xuống còn 1%. Phụ nữ HIV có thể sử dụng các BPTT: bao cao su vẫn là BPTT hàng đầu, thuốc tránh thai không làm nhanh tiến triển của bệnh, hút thuốc phụ nữ nhiễm HIV có thể mang DCTC, bao gồm cả người bị AIDS nếu họ đang dùng ARV và khỏe mạnh về mặt lâm sàng.

Cập nhật về Hội chứng HELLP, Ths Lê Quang Thanh, BV TĐ Dũ đã đưa ra những khuyến cáo trong điều trị, có 3 lựa chọn chính: thai ≥ 34 tuần hoặc < 24 tuần nên chấm dứt thai kỳ; 27-34 tuần: trì hoãn 48h khi tình trạng mẹ ổn định và hỗ trợ phôi thai bằng corticoid; < 27 tuần: kéo dài thai kỳ. Sử dụng Magnesium sulfate theo công 4-6 g/TMC trong vòng 20 phút sau đó duy trì 1-2g/ giờ, dùng liên tục trong chuyển dạ và tiếp tục tới 24h sau sinh. Chênh lệch HA khi HA > 160/105mmHg, không hỗ trợ nhanh gây suy thai, có thể sử dụng Hydralazine 5mg TMC mỗi 15-20 phút (20mg/ giờ), Labetalol : 20- 40mg TMC mỗi 15 phút (220mg/ giờ), Nifedipine 10- 20mg uống mỗi 30 phút (50mg/ giờ), nicardipine 0,5- 1mg TMC , 4-7mg/ 30 phút TTM. Chênh lệch bạch cầu tiểu cầu khi có xu hướng huyết小板, TC< 20- 25.000/ mm³ hoặc có thể truyền tiểu cầu < 40.000/ mm³ ngay trước khi mổ đẻ khi khí quản trong mổ lấy thai hoặc ngay lúc sinh, không nhất thiết phải truyền TC lập tức vì thời gian bán hủy rất ngắn. HELLP không phải chỉ định MLT cấp cứu. Chẩn đoán bệnh tê liệt cơ và thuyên kinh thuyên, gây mê toàn thân nếu MLT. Theo kinh nghiệm BVTD, truyền tiểu cầu < 60.000/ mm³, ngay trước khi thực hiện thủ thuật, nếu có rối loạn đông máu nên dùng penrose để ngăn ngừa chảy máu, may da thẩm mỹ rồi băng ép.

Trong tầm soát và chẩn đoán điều trị đái tháo đường thai kỳ, ADA 2013 đã đưa ra những khuyến cáo như tầm soát ĐTĐTK vào lần thăm khám đầu tiên với những người có yếu tố nguy cơ. Những thai phụ không có tiền sử bệnh ĐTĐ, tầm soát ĐTĐ thai kỳ lúc thai 24- 28 tuần sử dụng OGTT 75g (test chẩn đoán dung nạp glucose bằng đường uống) và ngưỡng chẩn đoán. Sử dụng OGTT với đo plasma glucose lúc đói vào 1 giờ và 2 giờ. Thúc đẩy vào buổi sáng sau khi không ăn ít nhất 8 giờ. Chẩn đoán ĐTĐTK khi bất kỳ giá trị nào sau đây vượt quá:

- Lúc đói ≥ 92mg/dl (5,1mmol/L)
- 1h ≥ 180mg/dl (10,0 mmol/L)
- ≥ 153mg/dl (8,5 mmol/L).

Số phụ có tiền căn ĐTĐTK nên được tầm soát lâu dài cho việc phát hiện ĐTĐ hoặc dùng Metformin để phòng ngừa ĐTĐ.

Nhiều tài liệu liên quan đến phôi khoa và hiếm muộn, vô sinh cũng đã được cập nhật trong hội nghị. HOSREM luôn quan tâm đến việc cập nhật các thông tin và các kinh nghiệm cho các nhà lâm sàng. Những thầy thuốc liên quan đến hoạt động chăm sóc sản khoa có thể cập nhật trên trang web của Hội để truy cập nhiều thông tin bổ ích.