

- 05 Ca lâm sàng liên quan đến nhóm máu Rhesus âm ở phụ nữ có thai
GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự
- 08 Sảy thai liên tiếp và các yếu tố liên quan
ThS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 12 Tổng quan về sảy thai liên tiếp
BS. Trần Thế Hùng
- 15 Tiếp cận và đánh giá cặp vợ chồng sảy thai tái phát
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 20 Xét nghiệm tế bào NK và xét nghiệm đông máu trong sảy thai liên tiếp
BS. Lê Thị Hà Xuyên, BS. Đỗ Đức Dũng
- 24 Cập nhật chẩn đoán và điều trị hội chứng kháng phospholipid trong thai kỳ
BSNT. Đinh Thế Hoàng
- 30 Cập nhật thrombophilia và sảy thai liên tiếp
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 35 Yếu tố di truyền trong sảy thai liên tiếp
BS. Tô Mỹ Anh, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 39 Sảy thai liên tiếp và bất thường nhiễm sắc thể
ThS. BS. Nguyễn Bá Sơn
- 42 Sự phân mảnh DNA tinh trùng và tỷ lệ sảy thai trong hỗ trợ sinh sản
CN. Nguyễn Thị Thu Thảo, CNSH. Nguyễn Thị Ngọc Huệ, ThS. Dương Nguyễn Duy Tuyền
- 45 Sảy thai và nguyên nhân đến từ bố
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 49 Các đặc tính và thói quen của mẹ làm tăng nguy cơ sảy thai
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 53 Mối liên quan giữa bệnh lý tuyến giáp và sảy thai liên tiếp
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 57 Kết cục thai còn lại trong hội chứng “song thai biến mất”
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 61 Tiếp cận và xử trí sảy thai do hở eo cấp tính bằng phương pháp khâu eo tử cung cấp cứu
BS. Trần Nguyễn Phương An, ThS. BS. Nguyễn Thị Thanh Tâm
- 66 Các hệ thống chẩn đoán vách ngăn tử cung và mối liên quan giữa vách ngăn tử cung với sảy thai, hiếm muộn
BS. Phạm Thị Phương Anh
- 69 Hội chứng buồng trứng đa nang và sảy thai
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Lê Long Hồ
- 72 Hội chứng buồng trứng đa nang và sảy thai, sảy thai liên tiếp
BS. Võ Văn Cường, BS. Cao Thị Thúy
- 75 Giá trị siêu âm trong chẩn đoán khuyết sọ mở lấy thai và thai bám sọ mở lấy thai
ThS. BS. Đinh Thế Hoàng, ThS. BS. Hồ Minh Tuấn
- 81 Cập nhật về nhiễm COVID-19 ở thai phụ và hướng tiếp cận trường hợp thai phụ nghi nhiễm COVID-19
BS. Nguyễn Thị Ngọc Nhân
- 85 Đa thai trong thụ tinh ống nghiệm: nên mừng hay nên lo?
ThS. Lê Thị Thu Thảo, CN. Phạm Duy Tùng
- 89 Khóc dạ đề (colic)
BS. CKI. Nguyễn Khôi

Journal Club

- 93 Siêu âm sớm và dự đoán thai lưu trong 3 tháng
- 95 Sự chênh lệch kích thước thai nhi trong song thai thời điểm 11 – 13 tuần và kết cục thai kỳ
- 96 So sánh ảnh hưởng của các thuốc tránh thai đường uống lên các chỉ số lâm sàng, sinh hóa trong hội chứng buồng trứng đa nang

❧ Mọi viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 56 – Quý IV/2020
Chủ đề “Thời điểm và các biện pháp chấm dứt thai kỳ”
Vui lòng nộp bài trước 30/8/2020



Y học sinh sản tập 57 – Quý I/2021
Chủ đề “Thai lạc chỗ”
Vui lòng nộp bài trước 30/11/2020

KHÓC DẠ ĐỀ (COLIC)

BS. CKI. Nguyễn Khôi

Bệnh viện Đại học Y Dược cơ sở 2

TỔNG QUAN

Khóc là một vấn đề gây lo lắng nhất của trẻ nhỏ. Khác với tiếng khóc chào đời lúc ngay sau sinh, tiếng khóc của trẻ nhỏ gây lo lắng cho cha mẹ trẻ, người thân cũng như nhân viên y tế, nói chung là toàn bộ những người liên quan.

Trong tất cả giai đoạn của trẻ em thì trẻ trong 3 tháng đầu đời là trẻ khóc nhiều nhất. Trong một phân tích tổng hợp của 24 nghiên cứu về nhật ký khóc của cha mẹ, thời gian khóc trung bình là 110 đến 118 phút mỗi ngày trong sáu tuần đầu đời và giảm xuống còn 72 phút mỗi ngày từ 10 đến 12 tuần, nhưng có khác nhau rất nhiều từ trẻ này cho đến trẻ khác. Trong phạm vi bài này chúng tôi nói đến một tình trạng khóc dai dẳng hay quá mức của trẻ nhỏ hay còn gọi là khóc dạ đề (colic).

ĐỊNH NGHĨA

Khóc dạ đề (colic) được mô tả đầu tiên bởi tác giả Niels Rosén von Rosenstein năm 1764.

Hiện tại không có một định nghĩa nào đủ chuẩn cho tình trạng này. Từ "colic" được sử dụng rộng rãi bởi các bậc cha mẹ, bác sĩ lâm sàng và các nhà nghiên cứu ở các nền văn hóa phương Tây để chỉ những đứa trẻ khóc mà không có lý do rõ ràng trong ba tháng đầu đời làm cho cha mẹ chúng lo lắng và cần sự giúp đỡ cho vấn đề này. Ngoài ra còn có một số thuật ngữ khác như: "cry-fuss behavior", "excessive crying", "unsettled infant behavior", và "period of purple crying".

Khóc dạ đề là tình trạng bé khóc thét hoặc khóc kèm những biểu hiện bất ổn (co cứng

người, bứt rứt, ưỡn người) nhiều lần trong khoảng thời gian dài mà không có nguyên nhân rõ ràng (Phác đồ Bệnh viện Nhi Đồng 1).

Theo Wessel và cộng sự (1954), quy luật số 3: khóc kéo dài hơn 3 giờ/ ngày, xảy ra nhiều hơn 3 ngày/tuần, tồn tại hơn 3 tuần. Tuy nhiên, định nghĩa này đòi hỏi trẻ này hoàn toàn khỏe mạnh.

Năm 1990, tác giả Wester đưa ra một khung chẩn đoán chi tiết hơn ở **bảng 1**.

Bảng 1. Khung chẩn đoán chi tiết.

Chẩn đoán	Biểu hiện
Khóc dạ đề (Colic)	Đáp ứng tiêu chuẩn "quy luật số 3": – Lớn hơn 3 giờ/ngày – Lớn hơn 3 ngày/tuần – Kéo dài hơn 3 tuần Bao gồm 4 đặc điểm thêm vào: – Con bực phát – Mức độ khác với khóc thông thường – Tăng trương lực cơ: co cứng, ưỡn người. – Không thể vỗ nín khóc Ngoài cơn colic trẻ bình thường. Vài tuần tuổi đầu tiên của trẻ trước đó không dấu hiệu khác thường.
Khóc quá mức (Excessive crying)	Đáp ứng đủ tiêu chuẩn colic nhưng không có 4 đặc điểm đi kèm.
Khởi phát sớm (Early onset)	Cơn colic khởi phát sớm thời gian ngắn ngay sau sinh.
Khóc dai dẳng (Persistent crying)	– Trẻ quấy khóc hoặc khóc hầu như suốt thời gian bé thức giấc (ngoại trừ có lẽ trong lúc bú). – Trẻ được miêu tả không vui. – Có thể kèm colic hay khóc quá mức.

DỊCH TỄ

Ước tính tần suất khoảng 8 – 40% ở các trẻ trên khắp thế giới. Tần suất thay đổi lớn là do sự không nhất quán trong các tiêu chí được sử dụng để chẩn đoán và sự khác biệt trong thiết kế nghiên cứu, dân số và nhận thức của gia đình về việc khóc "quá mức và kéo dài".

Tỷ lệ nam/nữ: 1/1, cũng không có sự khác biệt giữa trẻ bú mẹ và sữa công thức, cũng như non tháng và đủ tháng.

Tuổi: xảy ra chủ yếu ở trẻ từ 2 tuần tuổi đến 4 tháng tuổi.

Có mối liên hệ giữa colic và mối quan hệ hôn nhân bất ổn, mức chịu đựng cha mẹ đối với stress, thiếu tự tin trong chăm sóc thai kỳ, stress của gia đình.

BỆNH NGUYÊN

Có nhiều giả thuyết về bệnh nguyên nhưng cái được chấp nhận nhất là giả thuyết do rối loạn về dạ dày ruột.

Có rất nhiều nguyên nhân được nghiên cứu nhưng cho đến hiện nay chỉ mới dừng lại ở mức đề xuất:

- **Bất dung nạp:**
 - Bất dung nạp lactose (intolerance) được đánh giá trong hai thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng. Cả hai nghiên cứu đều không tìm thấy sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm điều trị và giả dược, và kết luận bất dung nạp lactose có vai trò tối thiểu, nếu có, trong sự phát triển của colic.
 - Bất dung nạp fructose được đánh giá trong một nghiên cứu trên 30 trẻ sơ sinh, những dữ liệu từ nghiên cứu này chỉ ra rằng sự kém hấp thu carbohydrate do tỷ lệ fructose : glucose cao đóng vai trò quan trọng trong sinh bệnh colic.
- **Trướng bụng:** một giả thuyết khác cho rằng colic có liên quan đến sự hấp thụ không hoàn toàn carbohydrate trong ruột non.
- **Co thắt ở ruột chưa trưởng thành:** tăng trương lực ruột thứ phát do mất cân bằng hệ

thần kinh tự chủ cũng được đề xuất như một nguyên nhân gây colic.

- **Loạn khuẩn ruột:** Các nghiên cứu đã chứng minh sự khác biệt về hệ vi sinh đường ruột giữa trẻ sơ sinh bị colic và nhóm chứng, đặc biệt là các loài Klebsiella, vi khuẩn gram âm kỵ khí, vi khuẩn coliform, Escherichia coli và các loài Lactobacillus.
- **Tâm lý (stress gia đình).**
- **Môi trường (khói thuốc lá).**

Nguyên nhân thực thể (bảng 2)

Bảng 2. Nguyên nhân thực thể.

Cơ quan/ Bộ phận	Nguyên nhân thực thể
Toàn thân	Thuốc quá liều (pseudoephedrine).
Niệu dục	Xoắn tinh hoàn, buồng trứng. Nhiễm trùng tiểu. Tắc nghẽn đường tiểu.
Tim mạch	Cơn nhịp nhanh thất. Suy tim.
Tiêu hóa	– Trào ngược dạ dày thực quản. – Lòng ruột. – Viêm dạ dày ruột. – Thoát vị bẹn. – Táo bón. – Xoắn ruột
Da	– Kim của tã lót đâm vào da. – Vòng thắt ngón tay.
Mắt	– Dị vật. – Trầy giác mạc. – Glaucoma.
Tai mũi họng	– Viêm tai giữa. – Nghẹt, tắc mũi. – Bệnh tưa miệng.
Thần kinh Xương	– Gãy xương. – Chấn thương đầu. – Viêm tủy xương. – Viêm màng não.

CHẨN ĐOÁN

Colic là một chẩn đoán thường được xác nhận sau khi hồi cứu các đặc điểm lâm sàng đặc

trưng của nó. Tuy nhiên, đó là chẩn đoán loại trừ và phải được phân biệt với các nguyên nhân thực thể liệt kê **bảng 1**.

Đánh giá chế độ ăn uống, tiêu, tiểu và ngủ của trẻ sơ sinh có bất thường không, yếu tố xã hội của trẻ sơ sinh: tương tác giữa cha mẹ và trẻ sơ sinh, nhận thức và tương tác của các thành viên trong gia đình vì họ có thể đóng vai trò nổi bật, tích cực hoặc tiêu cực, trong các cách nuôi dạy con cái và điều trị trẻ.

Hỏi bệnh

7 câu hỏi cần được đặt ra cho gia đình trẻ:

1. Khóc xảy ra khi nào và kéo dài bao lâu?
2. Bạn làm gì khi bé khóc?
3. Tiếng khóc nghe như thứ gì? Có phải như trẻ đau hay đói không?
4. Bạn cho bé ăn uống gì và cho như thế nào?
5. Bạn cảm thấy thế nào khi bé khóc?
6. Colic đã ảnh hưởng đến gia đình bạn như thế nào?
7. Giả thuyết của bạn về lý do em bé khóc?

Khám

- Đánh giá sự tăng trưởng theo mẫu để tìm độ lệch so với các mẫu bình thường.
- Đánh giá sự mất nước và mỡ dưới da (để đánh giá mức độ đầy đủ của việc cho ăn).
- Khám: đầu mặt cổ, tim phổi, tiêu hóa, bẹn, tinh hoàn, tứ chi, da...
- Đánh giá tính khí và khả năng đáp ứng với các kích thích (trẻ sơ sinh có khóc khi chạm vào hoặc cử động không?).
- Đánh giá các nguyên nhân thực thể của khóc kéo dài ở trẻ sơ sinh.

Cận lâm sàng

Không có xét nghiệm trong trường hợp điển hình, chỉ xét nghiệm khi đánh giá có nguyên nhân thực thể.

ĐIỀU TRỊ

Điều trị dựa vào bệnh sử, khám lâm sàng và

môi trường ảnh hưởng.

Mục đích chính: giúp bố mẹ đối phó với colic và ngăn ngừa hậu quả xấu trong mối quan hệ giữa bố mẹ và trẻ.

Nguyên tắc

- Điều trị triệu chứng và hỗ trợ.
- Điều trị nguyên nhân thực thể (nếu có).

Điều trị triệu chứng và hỗ trợ

- Hướng dẫn cho mẹ cách nuôi con bằng sữa mẹ: tư thế bú đúng, ngậm bắt vú tốt.
- Cách cho bé bú bình: cho bé ăn ở tư thế thẳng đứng (sử dụng bình cong) kết hợp với việc vỗ lưng ợ hơi thường xuyên có thể làm giảm không khí nuốt.
- Giải thích cho bố mẹ hiểu các cảm xúc mà bố mẹ có thể gặp phải khi có trẻ colic: nản chí, nóng giận, mệt mỏi, tội lỗi, và vô ích. Trẻ rất khó vỗ về nên tránh cảm giác thất bại. Cố gắng nghỉ ngơi và trao trẻ cho người khác trông khi bạn stress.
- Chế độ ăn và thuốc của mẹ: tránh những chất kích thích: trà, café, sôcôla, thuốc chống sung huyết mũi... Một nghiên cứu ngẫu nhiên so sánh các bà mẹ cho con bú có chế độ ăn giảm dị ứng (không có sữa, trứng, các loại hạt, lúa mì) và nhóm chứng. Trong phân tích kết hợp (với trẻ bú sữa công thức không gây dị ứng), thì thời gian trung bình hàng ngày của các triệu chứng colic giảm hơn 25%.
- Sữa cho bé: lựa chọn sữa giảm dị ứng (pregestimil) hay sữa soy infant milk, được cho là giảm colic cho trẻ.
- Giảm kích thích trẻ: ngậm núm vú giả, đu đưa võng hay nôi, swaddling baby, massage bụng... cũng được cho là giúp ích trong chăm sóc trẻ colic.
- Probiotic được chứng minh lâm sàng là giảm colic trẻ, sử dụng trong 1 – 4 tuần. Trong một nghiên cứu 90 trẻ sơ sinh bú sữa mẹ bị colic được chỉ định ngẫu nhiên để điều trị bằng lactobacillus reuteri hoặc simethicon. Lúc ban đầu, thời gian

khóc trung bình hàng ngày là 197 phút ở cả hai nhóm. Trong số 83 trẻ sơ sinh đã hoàn thành thử nghiệm, thời gian khóc trung bình hàng ngày ở nhóm lactobacillus reuteri thấp hơn so với nhóm simethicon vào ngày 7 (159 so với 177 phút) và ngày 28 (51 so với 145 phút).

- Thuốc có thể sử dụng cho trẻ: simethicon. Antispasmodics (dicyclomine) có thể giảm colic nhưng chống chỉ định trẻ < 6 tháng.
- Không khuyến cáo sử dụng thuốc an thần.

TIỀN LƯỢNG

Colic thường ngưng lại một cách bí ẩn như khi nó bắt đầu. Các triệu chứng được giải quyết 60% khi trẻ ba tháng tuổi và 80 – 90% khi trẻ bốn tháng tuổi. Các nhà nghiên cứu thừa nhận rằng colic làm rối loạn sự tương tác giữa cha mẹ và con cái, do đó có ảnh hưởng lâu dài đến gia đình và trẻ em.

- Tính cách và hành vi: trẻ có tiền sử colic dễ nóng tính và nổi cơn thịnh nộ
- Hen suyễn và dị ứng: có mối liên quan giữa colic và đau bụng tái phát, các rối loạn dị ứng như viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc, chàm dị ứng và dị ứng thực phẩm.
- Phát triển nhận thức: colic dường như không ảnh hưởng đến sự phát triển nhận thức lâu dài.

HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC TẠI NHÀ

- Khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ.
- Đặt trẻ nơi yên tĩnh, thoáng mát.
- Hướng dẫn cách cho bú đúng, vỗ lưng ợ hơi.
- Vệ sinh tay trước khi chăm sóc bé.
- Tránh stress gia đình.
- Hướng dẫn tái khám khi có dấu hiệu báo động:
 - Sau cơn colic: lừ đừ, ngủ li bì, bú kém.
 - Cơn colic kéo dài > 6 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ bệnh viện Nhi Đồng 1.
2. Medscape.com
3. Uptodate.com
4. Mayoclinic.org
5. Merckmanuals.com



Tiếp theo
trang 88

ĐA THAI THỤ TINH TRONG
ỐNG NGHIỆM: NÊN MỪNG HAY LO?

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Calhaz-Jorge C, De Geyter C, Kupka MS, De Mouzon J, Erb K, Mocanu E, ... Baranowski R (2017). Assisted reproductive technology in Europe, 2013: Results generated from European registers by ESHRE. Human Reproduction. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex264>
2. Clua E, Tur R, Coroleu B, Rodriguez I, Boada M, Gómez MJ, ... Veiga A. Is it justified to transfer two embryos in oocyte donation? A pilot randomized clinical trial. Reproductive BioMedicine Online. 2015; 31(2): 154–161. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.04.013>
3. Debrock S, Spiessens C, Meuleman C, Segal L, De Loecker P, Meeuwis L and D'Hooghe TM (2005). New Belgian legislation regarding the limitation of transferable embryos in in vitro fertilization cycles does not significantly influence the pregnancy rate but reduces the multiple pregnancy rate in a threefold way in the Leuven University Fertility Center. Fertility and Sterility. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.01.087>
4. Elster N. Less is more: the risks of multiple births. The Institute for Science, Law, and Technology Working Group on Reproductive Technology. Fertility and Sterility. 2000; 74(4): 617–623. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(00\)00713-5](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(00)00713-5)
5. Finona Cheong-See ES. Prospective risk of stillbirth and neonatal complications in twin pregnancies systematic review and meta analysis. 2016.
6. Gardner DK, Surrey E, Minjarez D, Leitz A, Stevens J, and Schoolcraft WB (2004). Single blastocyst transfer: A prospective randomized trial. Fertility and Sterility. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.07.023>
7. Grady R, Alavi N, Vale R, Khandwala M & McDonald SD (2012). Elective single embryo transfer and perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. Fertility and Sterility. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.11.033>
8. Gremeau AS, Brugnion F, Bouraoui Z, Pekrishvili R, Janney L, & Pouly JL. Outcome and feasibility of elective single embryo transfer (eSET) policy for the first and second IVF/ICSI attempts. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology. 2012; 160(1): 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.09.032>
9. Land JA and Evers JLH (2003). Risks and complications in assisted reproduction techniques: Report of an ESHRE consensus meeting. In Human Reproduction. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg081>
10. Mancuso AC, Boulet SL, Duran E, Munch E, Kissin DM and Van Voorhis, BJ. Elective single embryo transfer in women less than age 38 years reduces multiple birth rates, but not live birth rates, in United States fertility clinics Fertility and Sterility. 2016; 106(5): 1107–1114. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.06.017>
11. Mancuso A and Kapfhamer J. With a good quality blastocyst, single embryo transfer remains the best choice. Fertility and Sterility. 2018; 110(4): 631. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.06.024>
12. Martin JA, Hamilton BE and Osterman MJK (2012). Three decades of twin births in the United States, 1980–2009. NCHS Data Brief.
13. Murray SR and Norman JE. Multiple pregnancies following assisted reproductive technologies - A happy consequence or double trouble? Seminars in Fetal and Neonatal Medicine. 2014; 19(4): 222–227. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2014.03.001>
14. National Institute for Health and Care Excellence N. Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. NICE CLincal Guidelines. 2013.
15. Park DS, Kim JW, Chang EM, Lee WS, Yoon TK & Lyu SW. Strategies in the transfer of varying grades of vitrified-warmed blastocysts in women aged over 35 years: A propensity-matched analysis. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2019; 45(4): 849–857. <https://doi.org/10.1111/jog.13897>
16. Tiitinen A and Gissler M. Effect of in vitro fertilization practices on multiple pregnancy rates in Finland. Fertility and Sterility. 2004; 82(6): 1689–1690. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.05.090>
17. Tur R, Coroleu B, Torelló MJ, Boada M, Veiga A and Barri PN. Prevention of multiple pregnancy following IVF in Spain. Reproductive BioMedicine Online. 2006; 13(6): 856–863. [https://doi.org/10.1016/S1472-6483\(10\)61035-8](https://doi.org/10.1016/S1472-6483(10)61035-8)