

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG
BỘ MÔN PHỤ - SẢN

PORTFOLIO SẢN PHỤ KHOA

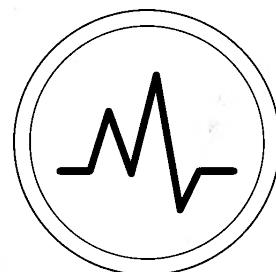
ĐỐI TƯỢNG: SINH VIÊN Y6 ĐA KHOA HỆ CHÍNH QUY K38

(Lưu hành nội bộ)

Họ và tên sinh viên: Lê Thị Thu Quyên

Mã số sinh viên: 165.1010305.....Lớp: K38F.....Nhóm: F2

Thời gian: từ 01 / 11 / 2011 đến 19 / 12 / 2021



Năm học 2020 – 2021

Hướng dẫn thực hiện Portfolio Sản Phụ khoa

Portfolio là một hình thức hồi ký, trong đó người viết tự do ghi lại vào đó tất cả những sự kiện mà người viết đã chứng kiến, tham gia hay thực hiện cũng như thể hiện những cảm xúc, suy nghĩ của người viết về các sự việc đã gặp trong quá trình đi thực tập tại bệnh viện.

Portfolio Sản Phụ khoa không phải chỉ là một "sổ chỉ tiêu". Trong cuốn sổ này, sinh viên viết về những việc mình đã quan sát và tham gia thực hiện, không phải với mục đích chứng minh rằng mình đã làm được việc đó mà là giúp cho người đọc cuốn sổ hiểu và cảm nhận về hoạt động học tập của sinh viên.

Mỗi trang của sổ gồm có 2 phần:

1. Phần trên mỗi trang là phần mà SV tự do ghi lại các hoạt động, thành quả của mình liên quan đến nội dung của trang đó (bao gồm ngày tháng, nội dung hoạt động, với ai, kết quả ra sao và suy nghĩ, cảm nhận của người ghi...)
2. Phần dưới của mỗi trang là phần mà người đã chứng kiến hoạt động cụ thể đó của SV (hay đã cùng tham gia) ghi lại phản hồi của mình khi chứng kiến hoạt động đó của người viết và cho đánh giá theo hai mức độ ĐẠT hay KHÔNG ĐẠT

Định kỳ và cuối kỳ, sinh viên cần gấp giảng viên phụ trách khoa để trình cho giảng viên về các hoạt động ghi trong sổ của mình và lấy phản hồi cũng như lượng giá định kỳ của giảng viên về hoạt động học tập của sinh viên và sự tiến bộ của SV.

Lưu ý rằng đánh giá cuối kỳ của giảng viên phụ trách về sổ thực hành lâm sàng (căn cứ trên các đánh giá định kỳ) sẽ được dùng để tính điểm chuyên cần, tức xét tư cách thi lâm sàng cuối kỳ của SV.

Hải Phòng, tháng 8/2021

Bộ môn Phụ - Sản

Cách đánh giá và lượng giá

Trong thời gian học tập 8 tuần tại Bộ môn, SV sẽ đi luân 4 cụm khoa, qua mỗi cụm khoa, SV cần hoàn thiện 8 hoạt động liên quan đến mục tiêu học tập tương ứng của khoa (cụ thể ở các trang sau). Ngày cuối cùng trước khi kết thúc khoa, GV phụ trách khoa sẽ đánh giá và lượng giá Sổ thực hành lâm sàng này như sau:

- Mỗi hoạt động riêng lẻ trong số 8 hoạt động sẽ được đánh giá ở hai mức độ là ĐẠT hay KHÔNG ĐẠT
 - ✓ ĐẠT: hình thức trình bày sạch sẽ, giải quyết được đầy đủ các yêu cầu cụ thể của từng hoạt động
 - ✓ KHÔNG ĐẠT: cẩu thả, không giải quyết được đầy đủ yêu cầu của từng hoạt động
- Kết thúc khoa, SV sẽ được đánh giá là ĐỦ ĐIỀU KIỆN LUÂN KHOA nếu:
 - ✓ Cả 8 hoạt động đều được thực hiện
 - ✓ Có ít nhất 6/8 hoạt động được đánh giá ở mức độ ĐẠT
 - ✓ Có viết nội dung TỰ PHẢN HỒI
- Kết thúc 4 vòng luân khoa, SV sẽ được xét ĐỦ TƯ CÁCH THI LÂM SÀNG nếu có ít nhất $\frac{3}{4}$ khoa đánh giá đủ điều kiện luân khoa. Ngược lại, SV sẽ không đủ tư cách thi lâm sàng và phải thi lại theo quy chế 25.

Hải Phòng, tháng 8/2021

Bộ môn Phụ - Sản

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG
BỘ MÔN PHỤ - SẢN

PHẦN I

Nhật ký hoạt động
thực hiện mục tiêu học tập

1. Phân tích đúng một CTG bình thường trong chuyển dạ (có hình ảnh kèm theo)

1.1. Tóm tắt các thông tin chính để tiên lượng cuộc đẻ của sản phụ

Sản phụ 24 tuổi vào viện bị thai 38 tuần 2 ngày, chưa bụng cơn.
* Tiền sử: khỏe mạnh.

- PARA 0000.

- Khám vú quẩn lỵ: thai nghén tại placenta. Quá trình mang thai không có gì bất thường
- * Khám:
 - Toàn trạng ổn định, M: 7000g, HA 120/90mmHg, t° 36,8°C
 - Tử cung hưng trừng,胎盤 trung gian, CCTC (+)
 - BCTC/VB: 30/90 cm - Tim thai 145 bpm
 - Âm hộ - ISM bình thường, âm đạo có ít nhày lông
 - CTC xoa' 80%, mồi 4cm, ối phong, ngoài đầu.

* CLS:

- SÀ: 01 thai, ngoài đầu, uốn thai 3300gr. Rau bám mặt sau thận TC AF 1.1cm - bình thường.

Cái xét nghiệm khác trong giới hạn bình thường

⇒ Chẩn đoán: Chuyển dạ tiền sản 1-thai 38 tuần 2 ngày - ngoài đầu - giòi oban II
Tiền lượng có thể dễ dàng AT

Mẹ: Tiền sử khỏe mạnh, kthuở khung chậu bthg
Thái: chỉ số, 01 thai, ko bất cản xung thai - thung chậu
Phản phụ: xau, ối bình thường
Cuối chuyển dạ di chuyển ra bình thường.

1.2. Phân tích CTG

① Tim thai

- Tần số tim thai
cơ bản (baseline):

140 bpm

- Dao động nội tại:

5-10 nhịp/phút

- Có 2 nhịp tăng từ 7h16- 7h30

→ khi có cơ cơ TC / cùi đồng thai

- Không có nhịp giảm.

→ phân loại theo ACOG 2009:

CTG nhóm I

② - Đủ điều kiện để đọc?

③ - CCTC?

- Tình trạng ngoài thai?

④ - Tim thai?

- ...?

① - Đủ thông tin hành chính

- Chạy chí 30 phút

- Tốc độ băng ghi 1cm/phút

- Phản ứng:

Tim thai

còn cơ TC

② CCTC

- Tần số: 4 cơn/10 phút

- Tỷ lệ quan sát/nghi < 1

- Giảm lực cơ bản: 15mmHg

- Cường độ cơ co: 80mm Hg

- Biến đổi: 6.5 mmHg

NAME 0 0 11/15/2030 07:16 P P 07:20 P P 07:30 P P
4516 4516 4516

1 DOP

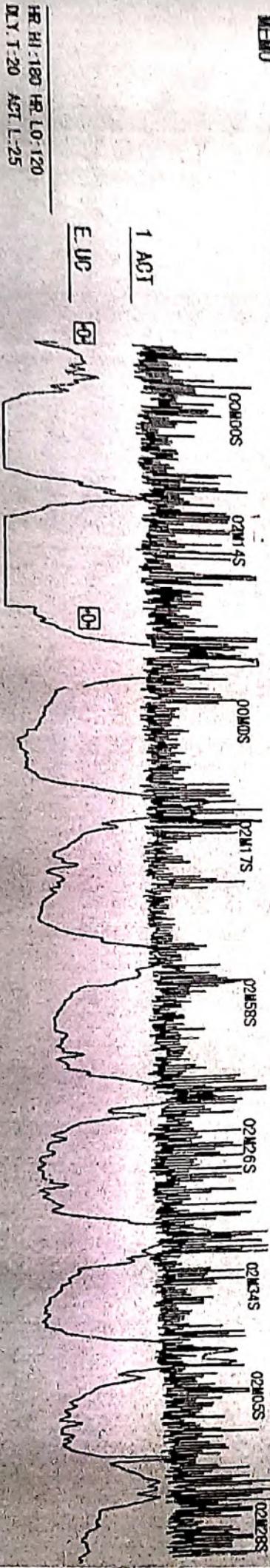
07:20 P P 07:30 P P
4516 4516

WEEK/DAY

D MARK R

MEMO
D O O T

WEEK



HR H-120 HR L-120
DLY T-20 AET L-25

1.3. Hướng xử trí và biện luận

- Sản phụ đang ở giai đoạn Ib của cuộc chuyển dạ vì:
 - + Cổ TC mổ 4cm
 - + CCTC phù hợp: tần số 4
 - + Giảm độ CCTC 80 mmHg
- CTG nhóm I (theo ACOG 2009) vì:
 - + Tim thai cổ bàn 140 l/p (110 - 160 l/p)
 - + Dao động nổi胎 5 - 10 nhịp / phút
 - + Không có nhịp giảm muộn, nhịp giảm bắt đầu
 - + Cổ nhịp tăng.
- Xử trí:
 - + Tiếp tục theo dõi để đường chửa bằng biểu đồ chuyển dạ
 - + Theo dõi toàn trạng: M, HA, f° 1h/lần
 - + TD cổ ca TC 30 ph/lần
 - + TD tim thai 30p/lần
 - + Độ xói mổ CCTC, tiến triển ngoài thai 1h/lần

Phản hồi:

Đánh giá: 1. ĐẠT

2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:

2. Phân tích đúng một CTG bất thường trong chuyển dạ (có hình ảnh kèm theo)

2.1. Tóm tắt các thông tin chính để tiên lượng cuộc đẻ của sản phụ

Sản phụ, 35 tuổi, rụng vún vì thai 40 tuần + ngày + bụng con
+ Tiền sử: >fhoe' mạnh.

PARA 1011 (Bé thường, chỉ tháng, 2900g. Nao thai 1 lần)

Thái sản 2, khám và quản lý thai nghiên tại BVPSHP. Quá trình mang thai khỏe mạnh.

- + Khám: - Toàn trạng ổn định, M: 78/p, HA 110/70 mmHg, t^o 37,2°C
- Tử cung bình thường, tử cung trung gian, CCTC +)
- BCFC/VB: 32/90 cm - Tim thai >150/p.
- Âm hộ - TSM bình thường, âm đạo không ra nước
- ETC 2cm, ối phẳng, ngồi đầu

*CLS:

- SÂ: 01 thai, ngồi đầu, con ước 3200g
Ra bùn thêm TC mặt trái; AFI 10cm.

- Cái xét nghiệm thai: bình thường

⇒ Chẩn đoán: Bé tuy nhiên đã đẻ lần 2 - thai 40 tuần + ngày - ngồi đầu - giải toàn là

→ Theo dõi từ chẩn đoán: bằng biểu đồ chuyển dạ

- Sau 8h nay theo dõi胎 phẳng chờ: { CCTC胎 số 5
{ Cờ TC 10 hìn frien

2.2. Phân tích CTG

- Đủ điều kiện để đọc? → { + Điều thông tin hành chánh
- CCTC?
- Tình trạng ngồi thai?
- Tim thai?
- ...?
- { + Bằng ghi 30 phút
{ + Tốc độ ghi 1cm/phút
{ + Điều phân < Tim thai
còn có TC

② Cờ co tử cung + 5 cờ co / 10 phút

+ Tỷ lệ quan sát nghỉ ~ 1:1

+ Tỷ lệ co cơ bản: 10mmHg

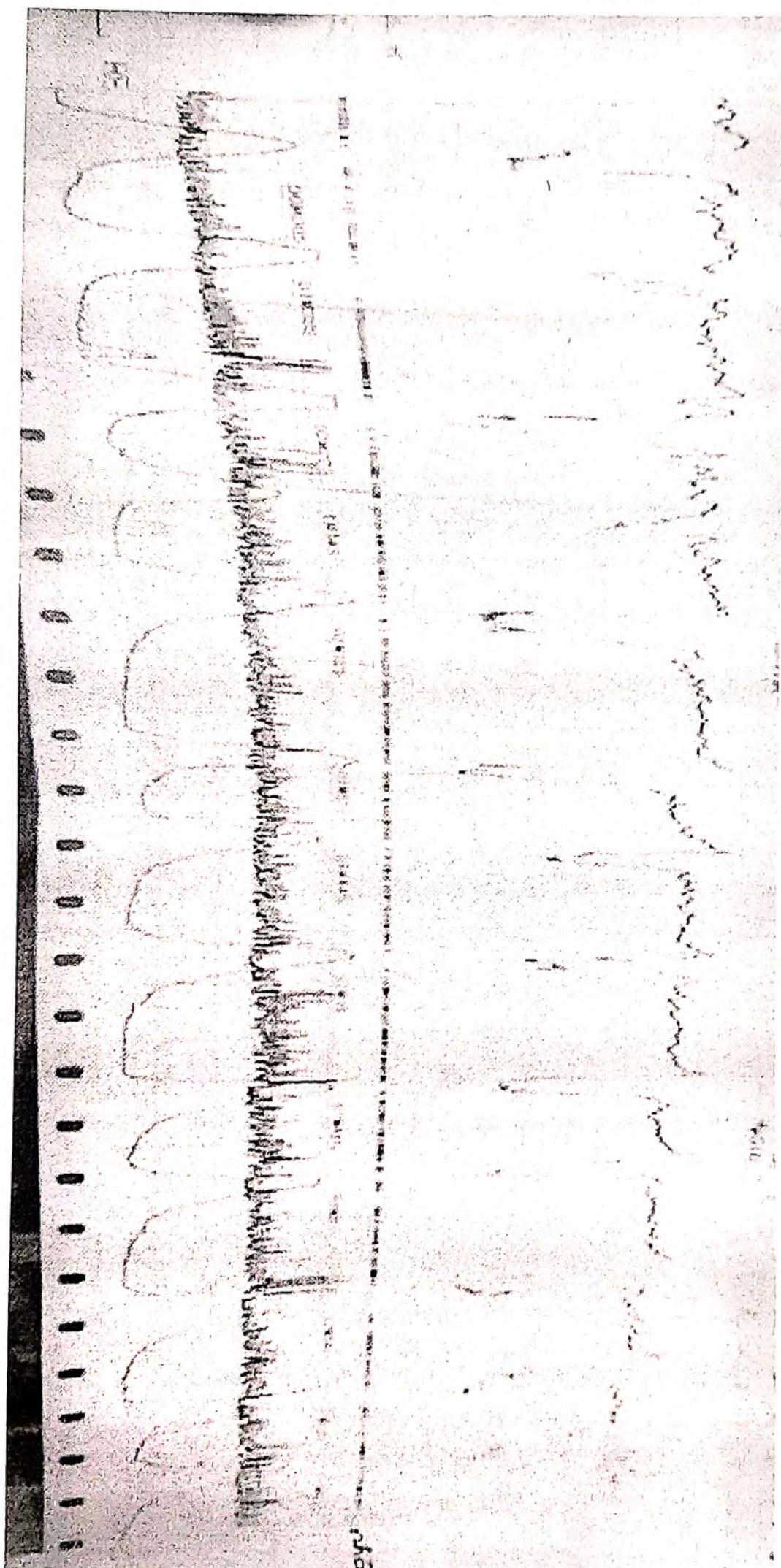
+ Cường độ > 100 mmHg
+ Kín độ 90 mmHg

③ Tim thai + Tim thai cơ bản 160/p.

+ Dao động nội tại 5-10 nhịp/p

+ Không có nhịp dừng.

+ Có nhịp giảm DIP I



2.3. Hướng xử trí và biện luận

- Tim thai có nhịp giảm sút
 - + Xuất hiện cùng lúc với CCTC
 - + Mở thấp nhất trùng với chẩn đoán
 - + Phục hồi hoàn toàn về baseline khi kết thúc cơn co
 - + < 15 nhịp, duy trì > 15s.
- Phân loại theo ACOG 2009:
 - CTG nhóm II. + Tim thai cao hơn 160 bpm
 - + Dao động nốt tại 5-10 nhịp / phút
 - + Không có nhịp tăng
 - + Có nhịp giảm sút, biên độ nhịp giảm sâu.
 - CCTC tăng số 5, cường độ lớn > 150 mmHg
 - Không phù hợp với giải đoạn Ia
 - Thái độ giảm giải đoạn Ia kéo dài > 8h
 - ⇒ Nghĩ đến dấu thai nhi bị chèn ép nhiều do bất cân xứng
thai - khung chậu, có TC không tiến triển do không
có ngót thai giúp xoa mổ
 - Xử trí:
 - + Cho mẹ nằm ngang trái.
 - + Thở oxy Gong 10/lp.
 - + Chuẩn bị ekip mổ: bác sĩ sản, gây mê, hồi sức sơ sinh.
 - + Giải thích cho sản phụ và người nhà.
 - ⇒ Mở lối thai vì $\left\{ \begin{array}{l} \text{Chuyển dạ kéo dài} \\ \text{Nghĩ ngờ bất cân xứng thai - khung chậu} \\ \text{CTG thai hiến tĩnh trạng thai bị đe dọa.} \end{array} \right.$

Phản hồi:

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá:

3. Phân tích CTG của Non Stress Test (có hình ảnh kèm theo)

3.1. Tóm tắt các thông tin chính của thai phụ và lý do thai phụ được làm NST

Sản phụ 37 tuổi thai lần 4, 33 tuần 2 ngày (OKS theo siêu âm 3 tháng
đk: 28/03/2022). Vô ý thức vì sa mạc am đeo đồng hồ tuổi giờ thuê 1.

* Tiền sử: - PARA 2012 (Đe' thuyết & lần, 1 lần thai hủ)

-frei thoái đường type II phát hiện 3 năm trước, đang ti Insulin 36 U/L/ngày

- Chuỗi phát hiện bệnh lý phụ, ngoài khoa khác

Sản phụ khám & quản lý thai nghiên cứu phòng khám hủ, quá trình mang thai
khoe mạnh. 1 giờ trước thi rv, sản phụ đột ngột ra mèo am đao ob fisi, số lượng ít, ko lâm mạn cúc kèm nồng từt bụng dưới.

* Kham:

- Tocin trung bình chung, M: 80/lp, HA 120/70 mmHg

- HC thuỷ mai (-), HC Nhiễm trùng (-).

- TC hổn trùng, tủy thể trùng giảm

- BCTC / VB: 26 / 80 cm → uốc thai ~700g

- CCTC thuỷ, nhẹ, Tim thai 145 l/p.

- Âm hô - TSM bình thường. Âm đạo có ít mèo đe' tham lâm mèo cúc

- CTC dài, hé lốp ngoài.

* CLS: - SA: 01 thai, ngồi đai, uốc thai 2900g. Rau bám thân TC mặt sau
chiều dài CTC 30 mm. AFI: 10cm

⇒ Chẩn đoán: Thoi lần 4 - 33 tuần 2 ngày - Rối cộ' non / AFA type II

Sản phụ được chỉ định làm Non Stress Test theo chỉ định trạng thái

① Chỉ định kiểm tra

- Thời gian ghi: dù ~20 phút
- Đầu tháng hìn sản phụ
- Tốc độ ghi 1cm/phút
- Đầu & phần Tim thai

Còn có TC

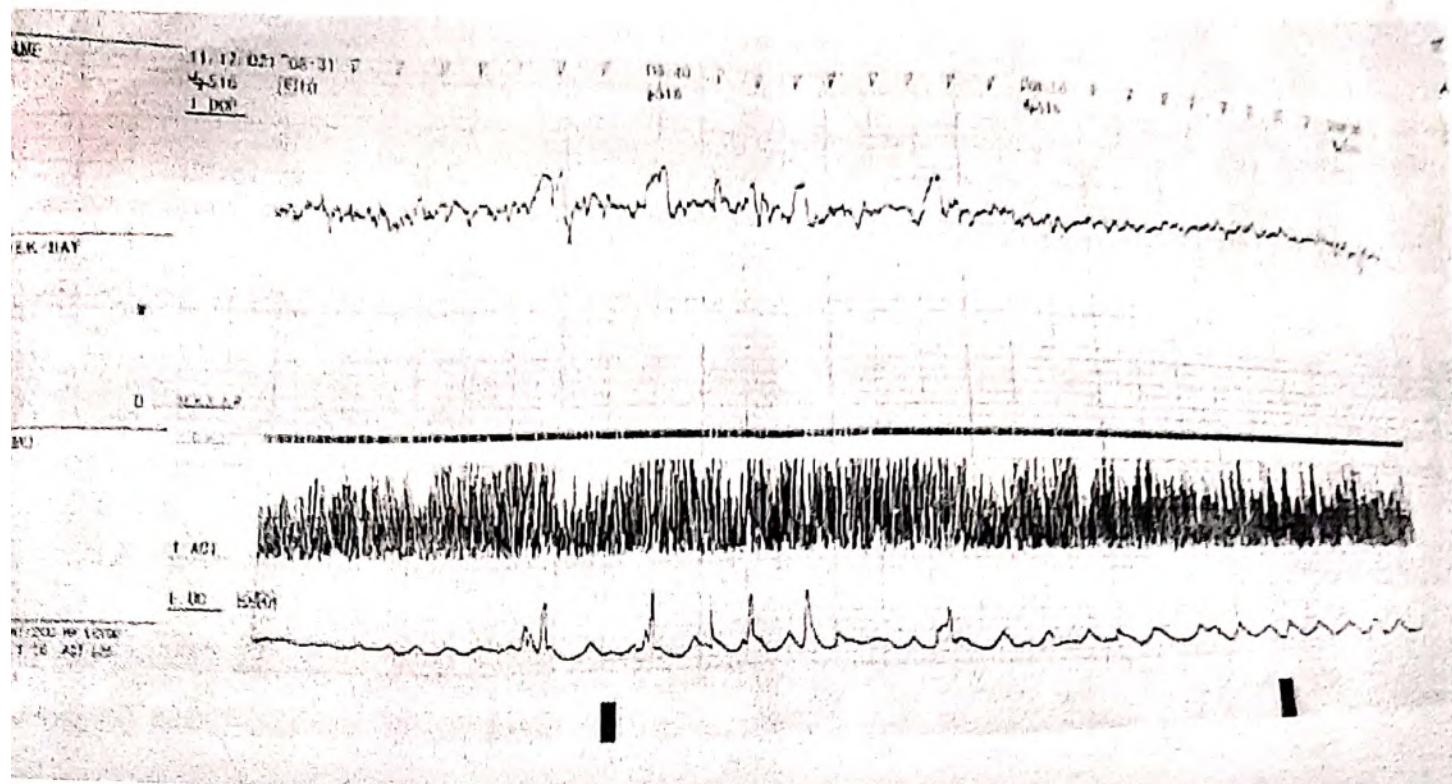
② Còn có tử cung: Âm tĩnh.

③ Tim thai: - Tim thai cơ bản 145 l/p

- Dạo động nôi胎 5-10 nhịp / phút

- Có 4 nhịp tăng / 20 phút. tương ứng với lui thai cử động
Tăng > 15 nhịp, kéo dài > 15s

- Không có nhịp giảm



3.3. Hướng xử trí và biện luận

- Kết quả: Non stress test có đáp ứng (bình thường)
(có đồng nhịp tim thai khi có cử động thai)
→ Nếu胎动胎儿轻微 bị ồn ào.
Có giả định thai đoán sẽ khao thai trong vòng 1 tuần nếu không
có biến cố xảy ra

* Xử trí:

- Cho sản phụ nghỉ ngơi tại giường, hạn chế di chuyển
- Chế độ ăn đầy đủ dinh dưỡng, tăng sau xanh tránh thức ăn
- Thường xuyên sản phụ vệ sinh âm đạo hàng ngày, huyết đồ không thắt nút → tránh viêm nhiễm
- Lặp lại non stress test sau 1 ngày
 - + Bình thường: tiếp tục theo dõi bằng Monitoring
 - + Bất thường: làm thêm 25 phút. Có thể làm stress test đánh giá thêm nếu kết quả vẫn bất thường

Phản hồi:.....
.....

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá:.....

4. Phân tích CTG của Stress Test (có hình ảnh kèm theo)

4.1. Tóm tắt các thông tin chính của thai phụ và lý do thai phụ được làm NST

Sản phụ 29 tuổi vào viện vì thai 41 tuần (DKS OI/ae theo sau
âm 3 tháng đầu)

- * Tiền sử: - PARA 1001 (Đe' thường 1 lần, 2800g)
 - Chuỗi phôi sản bình lý nội, ngoại, phụ khoa khỏe
 - Sản phụ khám và quản lý thai ngắn tại phòng khám tư. Quá trình mang thai không có bất thường.
- * Khám: - Toàn trạng ổn định, M: 82kg, HA: 110/60mmHg
 - HC thiếu máu (-), HC nhũn trung (-)
 - Tử cung bình trung, trực trung giàn, CCTC (-), tim thai 140b/p.
 - BCTC/VB: 30/90cm. → ước thai 3000g
 - Âm hộ - TSM bình thường. Âm đạo ko ra nước
 - CTC dài, đồng đều.
- * CLS: - SÂ: OI thai, ngoài da, con ước 3000g
 - Pau bám thai TC mặt sau, calci hóa độ II
 - AFL 10cm
 - Cái xét nghiệm thai bình thường

⇒ Chẩn đoán: Thai sản đẻ - 41 tuần - ngoài da - TD thai quá nhẹ sinh

Sản phụ được chỉ định làm non stress test.

Sau 45 phút, non stress test không đáp ứng kèm nhịp giảm

→ Tiếp tục làm Stress test

Nâm hưng trai Vẽ nêm vú

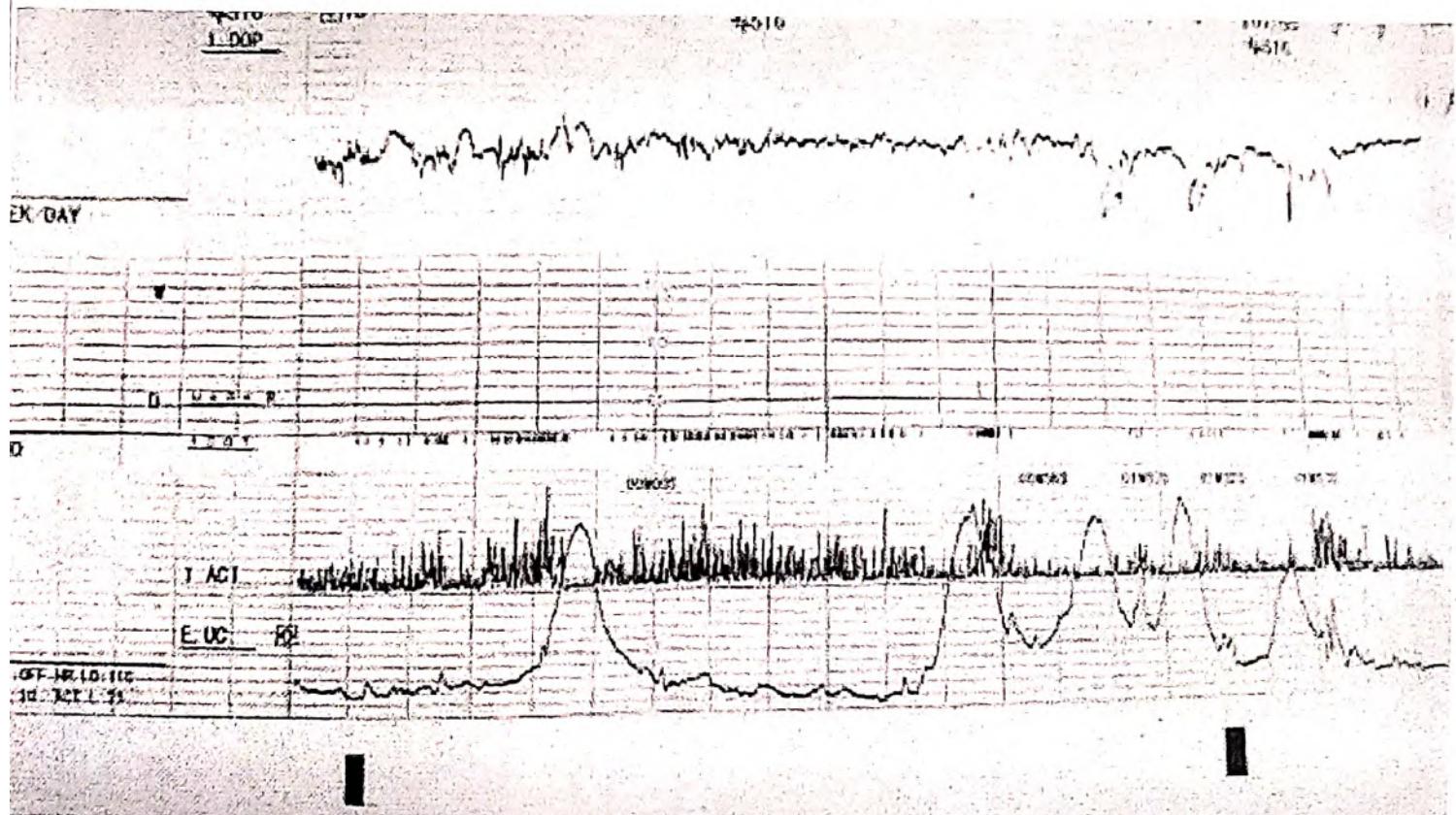
→ Mắc Monitoring chay giấy.

- ① Fuß điệu kiểm:
 - Thời gian ghi 20 phút
 - Fuß thay đổi sản phụ
 - Au' phản Tim thai
 - Au' co TC
 - Độ ghi 1cm/phút

- ② Cân co tử cung:
 - 5 cân co / 20 phút
 - 1 cân co / 10p (7h32 - 7h42)
 - 4 cân co / 10p (7h42 - 7h52)

- Cường độ co cơ 75-85 mmHg
- Khoảng lực co ban 20 mmHg

- ③ Tim thai:
 - Tim thai cơ bản 150b/p.
 - Dao động nội tai 10-15 nhịp/phút
 - Không có nhịp giảm muộn.



4.3. Hướng xử trí và biện luận

- Kết quả: Stress test âm tính - Biểu đồ tim thai ko có nhịp giảm
có & con co / 10 phút
con co kéo dài > 40s

→ Thai có sức khỏe tốt, có thể chịu đựng được con co TC

- Xử trí: Theo dõi để chừng cơn đau vú

+ Stress test bình thường

+ Sản phụ ko có yếu tố để lo lắng

Mẹ không mắc bệnh lý
Thai: ngồi đau, ko bắt đầu xung thai
khung chậu
Rau, ối bình thường

Nếu có dấu hiệu chuyển dạ: Mai Monitoring theo dõi tim thai, CERC

Phản hồi:.....

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:.....

5. Nhận định, đánh giá đúng tình trạng của cuộc chuyển dạ là bình thường hay bất thường, chỉ ra các yếu tố có liên quan bằng cách diễn giải, phân tích biểu đồ chuyển dạ phối hợp với các yếu tố lâm sàng (chụp ảnh biểu đồ chuyển dạ và đính kèm)

Sản phụ đe tuổi vad viên ~~khô~~ thai 40 tuần + sau bụng cồn.

* Tiền sử: - PARA 1001 (đe thường 1 sản $\approx 800g$)

- Chuỗi phát hiện bên lý nội, ngoài, phụ khoa khác

Đau sản & hàn 40 tuần (DKS theo SÁ 3 tháng đầu: 07/12/2021) - Quá trình mang thai khỏe mạnh, ko có gì bất thường. Sản phụ bắt đầu đau bụng cồn, cồn từ xuống hạ vị lúc 6h, không ra nước, ko ra máu. \rightarrow vad BUPS HP lúc 8h45 ngày 07/12/2021. Sản phụ chưa theo dõi tại phòng chờ đe.

* Khám: - Toàn trạng ổn định, M: 85kg, HA 120/80mmHg, $T^{\circ} 37^{\circ}C$

- HCT thiếu máu (-), HC Nhiễm trùng (-)

- TC hìn̄h trung, tì thê' trung giàn, không seeo mổ cù

- BCTC/VB: 32 / 95cm \rightarrow ối thai 3175g

- CRTC tần số 2, thời gian co 20s, tim thai 145b/p

- Âm hộ - TSM bình thường. Âm đạo ko ra nước

- CTC mổ 1cm, mặt đe mềm, mỏng, chít sau Bishop: 6 điểm

- Ngõi châm chui, kiú thê': Châm Châm Trái Trước

- Đường lỗ trước sau: bình thường. BMI: 23,2

\Rightarrow Chẩn đoán: Chuyển dạ đe sản & 40 tuần - ngõi đầu - giải đoạn Ia

* Tiền lượng: có thê' đe đường dưới vi.

+ MEL: tiền cù khỏe mạnh

{ tiền cù khỏe mạnh

{ Quá trình mang thai I

{ Khoảng khung chay I

+ Thai: { Đầu tháng 40 tuần

{ Ko bắt cảm ứng thai - khung chay

{ Ngõi châm, châm thai trái trước

{ ối thai

+ Phản ứng: bình thường

- Theo dõi bằng biểu đồ chuyển dạ

Thời gian	9h00	11h00	13h00	15h00	17h00	19h00
Mạch (k/p)	85	82	84	85	82	85
HA (mmHg)	120/80	120/80	120/80	120/70	120/70	120/80
Nhiệt độ (°C)	37	36,8	37,1	37,2	37,2	37,1
Tần số CTC	2	2	2-3	4	4-5	5
Thời gian co(s)	20	20-40	20-40	40	>40	>40
độ mỏ CTC (cm)	1	2	3	6	8	10
độ lót	đau cao bằng	đau cao bằng	Chúc	Chặt	lót vừa	lót thấp
ői	Còn	Còn	Còn	Còn	Võ hoan toàn Nứt ői trong	Võ
Tim thai (k/p)	140-150	145	150	150	155	150-160

- 19h: CTC mỏ Rết → Hubig cầm súng phu xán đù - 19h15 ra 1 nồi fri khoé ngay, 3000g

- Cuối chuyến dạ nay hoàn toàn là bình thường.

+ Không có gùi tó' đe' khó' u' phía Mè - thai - phản phụ.

+ Dùn trên CTC - tim thai - độ mỏ CTC phù hợp với cái giàn đỡ

+ Đường bùn dùn đỡ mỏ CTC ko cắt đường bao động, hành động

+ Thời gian pha tim tanh < 8h

+ Trong pha tiêc cùc : tối đỡ mỏ CTC > 1cm/th

+ Nứt ői thai đùi dùn xuống dưới

+ Thời gian số' thai 15p. ko có tĩnh trạng chàng khớp so

⇒ Kết luận: Đây là cuối chuyến dạ đùi thường cuối sản phụ con sơ.

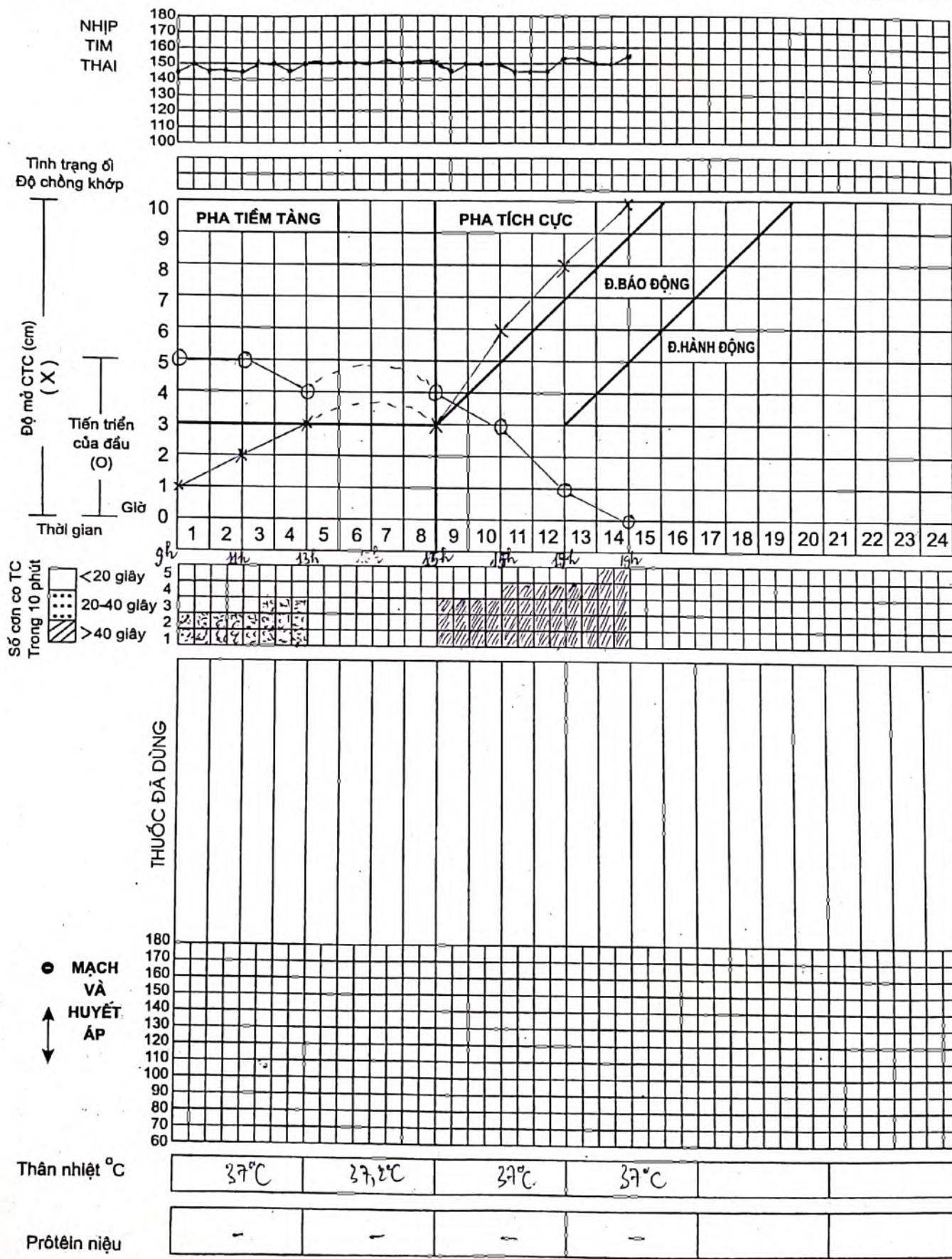
Phản hồi:

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá:

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Họ và tên:..... PARA 1001 Số nhập viện:.....

Ngày/giờ bắt đầu ghi biểu đồ: 9h 07/12/2011 Ối đã vỡ..... giờ.....



6. Biện luận chẩn đoán và đưa ra hướng xử trí thích hợp cho một trường hợp thai suy cấp trong chuyển dạ

Sản phụ 28 tuổi vào viện vì thai 40 tuần 3 ngày + đau bụng cổ

* Tiền sử: - PARA 0/0/0 (sau thai 1 lần).

- Đau nhói bụng thai kỳ ~~tuần~~ ^{chiều} chính đỡ cùn, ko rõ đường máu duy trì. Sản phụ khám rõ quan hệ thai nghén dai phong khám từ, DKS theo sau: ^{tuần} 3 tháng đầu: 30/11/2021.

4 giờ trước khi vào viện, sản phụ đau bụng cổ, 2 cơn trong 10 phút, mỗi cơn kéo dài 20s; không ra máu, ko ra nước âm đạo \rightarrow NV.

* Khám

- Toàn trạng ổn định, M: 72kg, HA 110/70mmHg, t^o 36,8°C
- Tử cung bình thường, tử cốc trung giàn, tim thai 145b/p
- BCTC/VB: 38/95cm \rightarrow con non 3175g - CTC tso³, giàn con cao 30s
- Âm hộ - TSM bình thường. Âm đạo ko ra máu, ko ra nước
- CTC 3cm, mặt đỡ mềm, xoáy hết
- Ngực đau cao, ối phong
- Hướng kinh trước sau: bthg, BMI: 23,5

* CLS:

- SA: 01 thai, ngồi đầu, con non 3400g, tim thai (t)
Rau bám thành TC mặt trước, calci hoa đỡ 3
AFL: 10cm

- STM: Glucose 5,53 mmol/l

- Các xét nghiệm khác: bình thường

\Rightarrow Chẩn đoán: Chuyển dạ đẻ lần 2 - thai 40 tuần 3 ngày ngồi đầu - giàn đoạn II
^{ĐTD} thai kỳ

Sau 1h30p theo dõi:

- CTC tân so⁴, mỗi cơn 30s
- CTC mỗi 5cm, mềm.
- Ngực chán chán
- Ối vỡ nhèn toàn, nước ối trong
- CTG: + CTC tân so⁴, thời gian con cao 30s
 - + Cường độ 80 mmHg
 - + Không xác định được nhịp tim thai cổ họng
 - + Nhịp giảm bất định, nhịp 11 giảm sâu đến 80b/p

→ CTG nhóm III theo ACOG 2009

→ Tình trạng suy thai cấp trong chuyển dạ.

2) Biến biến

- Chuyển dạ đẻ vĩ:

+ Ámни bụng con

+ CTC mở 3cm, xoa hết

+ CCTC tần số 3

+ Sứ thành lấp đầu ối

- Thai lâm đẻ vì đã sảy thai 1 lần

- Giải thoát Ib vĩ:

+ CTC mở 3cm, xoa hết

+ CCTC tần số 3, thời gian 30s

- Suy thai cấp:

+ Tim thai ko xác định đc nhịp cơ bản

+ Nhịp giảm sâu, nhịp giảm bất thường

3) Hướng xử trí:

- Chỉ định mở lỗ thai ngay nhanh chóng

thai có nguy cơ chết trong bụng TC

+ CTG có nhịp giảm bất định thông

có khả năng phục hồi

+ Khai giài tháng, bành rau caki

hoặc đẻ 3 → sút chịu đựng của

thai tử.

- Thử kí khí mổ:

+ Cho sán phu mium nhẹ nhàng trai

+ Thở oxy 2l/p

+ Dùi tru máu

+ Giải thích cho sán phu & người nhà

Phản hồi:.....

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá:.....

7. Biện luận chẩn đoán và đưa ra hướng xử trí thích hợp cho một trường hợp chuyển dạ đẻ thai to

Sản phụ 30 tuổi vào viện vì thai lần 3, 38 tuần 2 ngày (OKS: 10/12/2023) tử cung to.

* Tiền sử: Khoa' mạnh

PARA 2012 (đe' thường lài, con nặng nhất 3600gr)

Não hưu hai 01 lần (2 năm)

Sản phụ tham vā quan lý thai nghén tại p k h' , quá trình mang thai tăng 15kg, phát hiện ATA thai lý ở tuần 28, điều chỉnh chỉ số cũn. Sản phụ ko the dõi đường máu thường xuyên.

* Khám

- Toàn trạng ổn định, M: 78kg, HA 120/80mmHg, t^o 36,8°C.
- BMI: 25,3 (160cm - 65kg).
- Ko phu, ko XHOD, HC: phìu máu (-)
- BCTC/Vàng bàng: 35 / 120 cm. → ước thai 3875g.
- CCTC胎 số 3, tim thai 145b/p.
- Âm hở - TSM: bình, Âm đạo ko ra máu, ko ra nước
- CTC mổ 4cm, chít sau, mảng, chít
- Ngôi đầu nốt cao, ối phẳng / Bishop 6+

*CLS:

- SÂ: { OI thai, ngôi đầu, ước thai 4000gr, AFI 10cm (bình thường)
 - { Rau bám thai TC mặt trước
 - Tuần soán rau thai bình thường.
 - SHM: Glucose máu (bất kỳ) 1012 mmol/l +
 - Nước tiểu: Các chỉ số bình thường
 - Công thức máu: bình thường
- ⇒ Chẩn đoán: Chuyển dạ đẻ lần 3 - 38 tuần 2 ngày, thai to, ngôi đầu, givu doan Ib / ATA thai laj điều chỉnh chế độ ăn

↪ Biên luận chẩn đoán

- Chuyển dạ { + CCTC胎 số 3
 - + Ấu co'su' thành lập đầu ối: Ối phẳng
 - + CTC mổ 4cm
 - + Rau nhầy AF

- Thai to - LS: uốt tĩnh theo công thức McDonald 3870g
 - | SÂ: uốt thai 4000gr

- ĐTD thai lý đã được đc 3 tuần
thứ 12.

II. Hướng xử trí

- Nên dừng ct' để giảm cản đào tháo
thần kinh

+ Mẹ: ct' cõi dia, ct' lâm 3

{ Tùy sốt ct' con 3600gr

{ phung chau kthuoc I

ATA thai lý

- 1. Thai:) thai to uốt 4000gr trên SA
Ngoi daun rat cao
Tuoi thai: 38 tuan Engay → chỉ
01 thai

+ Phản phụ: ct' bình thường

- Giải thích cho sản phụ & người nhà

+ Mẹ: ct' lâm 3, chất lượng cõi TC kém sau
nhieu lâm mang thai

+ Mẹ: ct' lâm lý ĐTD thai lý → tiên lượng
nguy cơ về pheo mẹ & thai

+ Mẹ: Trong chuyển dạ

Ha đường huyết

ĐTĐ TC → có thể phải cắt TC

Sang chấn cảm mao

Hậu sản

ĐTĐ TC → Rãnh huyết sau sinh

Ha đường huyết

Nhiều khứu hậu sản

+ Con: Sinh khó do kết vai

Suy thai cấp

Ha đường huyết

ĐTD cl'i truyền

Đau ko đỡ.

→ Xử trí: làm nghiệm pháp剖.
Tháo ct' cuối chuyển dạ bằng bìn
ct' chuyển dạ.

Nếu sau phẫu phap lột ko kết quả
→ mở lồng thai.

(ngồi thai ko tiến triển thêm, vẫn cao,
không đổi, CTC ko mở thêm).

- Chuẩn bị: ekip phẫu thuật.

Dụng cụ máu

Thuốc kiểm soát glucose máu, tăng co
TC, khẩn, sinh toàn thân

- Sau ct':

+ Tự rahn sản phụ tam soái ĐTD 4-12w

+ Test glucose cho thai

+ Tự rahn để hoa học già định.

Phản hồi:

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá:

8. Nhận diện, đánh giá được tình trạng chảy máu sau sinh hoặc có nguy cơ cao chảy máu sau sinh và mô tả được quyết định can thiệp, sơ cứu và hồi sức thích hợp

Sản phụ 34 tuổi, thai lần 3, 40 tuần đơn thai, DKS 5/12 theo sản âm 12 tuần. Quá trình mang thai khỏe mạnh.

* Tiêu chuẩn PABA 2002 (Đe thường 2 lần, còn nặng nhất 3500gr).

Gh trút vào vén, sản phụ đều bụng con tăng dần → vén tròn.

Trước chẩn đoán chuyển dạ đe lần 3, thai 40 tuần, ngồi đầu. Sản phụ được theo dõi tại phòng chờ đẻ, sau 1h đe thường 1 nồi gác 3200gr, Apgar 9-10-10. Sau sô sau 5 phút, sản phụ than phiền đau mắt, chóng mặt.

* Khám:

- Toàn trạng: Sản phụ tỉnh, da xanh niêm mạc nhợt, vú mõm hơi, thân tuy lanh M:119kg/p, HA 90/60mmHg

- Chảy máu âm đạo đe tuổi, số lượng nhiều.

- Tử cung + TC, mặt đe mềm

+ Xoa nắn thấy rìa máu AB nhiều hơn, máu đe kèm lẫn máu cục

- CTC ko rách, AB ko rách sâu

- Rau bong chín.

⇒ Chẩn đoán: Đe tử cung gây băng huyết sau sinh sau đe thường lần 3.

Sản phụ có biến hiện sốc mất máu; da xanh niêm mạc nhợt.

(mất nhanh, HA hạ)

Nguồn chảy máu: Tử cung + TC có hoại tử: TC to, mặt đe mềm

+ Sản phụ lớn tuổi, mang thai nhiều lần

⇒ Cần kiểm soát TC nhanh + Kha có hoại TC

+ Tim soft sau

+ Loại tử vỡ tử cung

* Hướng xử trí:

Vì đã có bh sốc trên làm sao → Cần phổi suy tích cực.

{ Tăng co hoái tử cung

Tím và giải quyết nguyên nhân

- Mời bác sĩ chuyên khoa sản, hoét suối, chia cắt; kết hợp giải thoát và già định và tình trạng sản phụ

- Hỗn hau hô hấp, tim mạch: + Thở oxy mask 10l/p

+ Lắp 2 đường truyền TM: NaCl 0,9%, Ringer truyền tĩnh mạch nhanh

+ Nếu chưa nẩy đe HA → xử trí vận mạch, đặt ống

- Lá mầm Công thuyết máu (RBC, Hb, Hct...), đông máu cấp cứu
 - Phản ứng nhom máu, và chẩn đoán máu
 - Đặt sonde, theo dõi nồng độ hemoglobin
 - Xoa bóp TC + thuốc co hối tử cung; cầm máu
 - + Oxytocine 5U x 0.1mg/pha 500ml dịch (tỷ lệ 80U/L) truyền LX/g/p
 - + Tranexamic acid kèm 9M châm 100mg/phút sau 1000g/vết
 - Chèn bóng TC (đầu bơm trùn vỏ TC)
 - Sau 20 phút vẫn giải quyết chưa:
 - Đến trạng sản phụ, máu đã cầm chưa?
 - Nếu các biện pháp trên ko đáp ứng, máu vẫn chảy → cần chuyển phòng mổ
 - + Thắt PM tử cung
 - + Khoan ép mũi B-Lynch
 - + Thắt PM hông
 - + Nút PM chôn lõi dưới XQ
 - + Cắt TC nếu chảy máu lý do đến sau ca sinh hoặc hoặc vỏ TC phèn tạp. hoặc tình trạng sản phụ nguy hiểm máu > 2500ml máu.
 - Sản phụ đỡ mang thai nhiều lần, chất lượng cơ TC kém. Giúp thiết cho người đỡ nái nứa ko còn như cũ mang thai
- trong trường hợp rò rỉ cầm máu an toàn cho sản phụ thì nên cắt tử cung.
- Nếu cầm được máu, cần theo dõi:
 - 1M, HA, t_{1/2}, toàn trạng: 15p/phiên trang 2h
 - đau và sốt 30p/lần trong các giờ tiếp theo
 - + Liệu lượng nước tiểu
 - + Cơ hội TC
 - + Sản dịch: số lượng, màu, tính chất
 - + Vết khâu TSM

Phản hồi:.....

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá:.....

TỰ PHẢN HỒI 1

1. Bạn đã học được gì?
2. Bạn đã làm tốt những gì?
3. Điều gì bạn muốn cải thiện sau khi kết thúc vòng luân khoa?
4. Bạn định làm gì để cải thiện những việc mình làm chưa tốt?

⇒ Những điều đã học được.

- Quan sát, theo dõi chuỗi cuộc chuyển dạ để thường xuyên
- Cải thiện hướng cuộc chuyển dạ
- Tiếp cận, đưa ra hướng xử trí cho một số trường hợp: băng huyết sau sinh, thiếu ối, da ối, ...
- Đọc và phân tích một CTG bình thường, bất thường
- Nhận biết một số vấn đề hậu sản, hướng xử trí: áp xe vú, viêm tắc tử cung

⇒ Những điều đã làm tốt

- Cải thiện monitoring theo dõi
- Cải thiện và phân loại CTG
- Hướng dẫn sản phụ sẵn sàng, đỡ và kiểm tra bàng sau, màng sau, kiểm tra sự có hoài TC
- Theo dõi, xử trí cho 1 cuộc chuyển dạ
- Phẫu khám lâm sàng, cải thiện hiệu chuyển dạ

3). Những điều muốn cải thiện.

- Phân tích chuỗi CTG và mối liên hệ với lâm sàng trên một trường hợp cụ thể
- Phát hiện và xử trí các bất thường trong quá trình chuyển dạ
- Tự vẫn, giải thích cho sản phụ và gia đình về các nguy cơ có thể xảy ra trong chuyển dạ.

4) Một số cách làm để cài file

- Tích cực tham gia học làm sao, khám - hỏi bệnh
- Trao đổi với bạn bè, thầy cô về cách cài file
- Chu động tham khảo tài liệu, video bài giảng

Đánh giá: 1. ĐỦ ĐIỀU KIỆN LUÂN KHOA 2. KHÔNG ĐỦ ĐIỀU KIỆN LUÂN KHOA

Người đánh giá:.....

9. Biện luận chẩn đoán và đưa ra hướng xử trí đúng cho một trường hợp rau tiền đạo không ra máu âm đạo

Sinh phu 47 tuổi thai 35 1/2 tháng vào viện vì đau bụng.
Qua hỏi & khám

- Tiết kiệm: + PARA 0000

- + kính nguyên đơn, có kính năm 14-tuổi, chia kinh thành 30 ngày, số nguyên có kinh: 4, số luồng kính: 60

- + Chia PT can thiếp vào TC

- + Chưa phát hiện bệnh lý nội, ngoại khoa ≠

Sản phụ lây chích xo năm chửa có thai sản năo, sản năg làm IVF ở BV Sản TƯ HN, song thai 35+7 tuần, DKS 25/11/2021. Kham & ghy' thai tai' BVPS HP., phát hiện đTT thai kỵ o' tuần 28, chỉ' chún che' đỡ an. Sản phụ nặng 13kg trong thai kỵ.

Lâm này, sán phu đan lung cùn i vung hq wi, otu thnh cùn, đan khong lan.
khong lau mau, ko ra di châm dao

- chain;

- + Sản phụ fish, da niêm mạc họng.

- + Khi có HC thiếu mai, HC nghiêm trọng.

- + Tu³ cung : hinh truong , tap the' trung gian , chui xac chinh ngoi thai ;
CCTC : 1can /10p.

- + Chiều cao TC / vang bุง : 30/92cm

- + Âm hò¹ bì, Âm dạo ko xa mai, ko xa cách.

- + CTC dài, lot rgen tay, ~~ngòi dài~~ ~~groc~~ ch tam cùm (+)

- + Tim thai : 145-150 ck/p

- + M: 80l/p, HA 1101 80mmHg, t° 36, 5°C , BMI α7,6 (157cm - 68kg)

- Cân LS:

- + CRM: Hca⁺ 4,24 G/L bt Bca⁺ 8,65 G/L

- Hb 140 g/L bt

- Hct 42,2%

- Bcau 8,65 G/L

- 726%

- 12,0%
Tcām 1906/1 14

- + SHM. Glu 3,51 mmol/l ↓

- 190G/L bt.
A&P : 30.3 111

- Ure 6,22 mmol/l bt

- ALT 26.2 U/L

- + SA: song thai & buang oii

Thái 1 ngồi ngoài bên (P), 2107g/r, tim Thái 135cf/p

Phai 2 ngồi ngắt bít bên (t) , 1940¹⁹⁹² , tim thai 134cf/p.

Ram bám thân TC, mặt sau thép bám sau ram qua lỗ trong CTC và mặt trước.

+ XN: đồng máu cơ bản, tăng phết nước tiểu: bt.
⇒ Chẩn đoán: Thai L1, sang thai 35^{1/2} tuần, sau khi đào trung
tâm / IVF - thai tháo chênh thai kỳ.

1. Biển dưới

- Sản phụ mang song thai → b milf rau, phai' bám rong hơn dc' cầm bao nuôi, đường thai → yếu tố nguy cơ cao.
 - Sản phụ ko ra máu AD, đau bụng âm ỉ, CCTC thưa nhẹ → có thể là còn co tửu lý → ko nghĩ đến sau băng non, CCTC ko tên thường có ý nghĩa.
Dù tam cầm (+)
 - SATH: sang thai ngoài người. Mát senu mep b milf rau bám lan qua lối sang CCTC ra mặt trước
- ⇒ Δ: Rau hàn đào trung tam ko ra máu âm đạo.
- Dù tru' máu, máu Monitoring theo dõi CCTC vĩ sản phụ có thể chuyển dạ để nhanh thai 35 tuần; ngồi nguboé, sau tiêm đào trung tâm: nếu có ra máu nhiều hoặc CCTC xo' → nên mở lỗ lấy thai chủ động.
 - Mẹ: chảy máu, dc' NT trung hàn sau sanguinosa mổ đẻ.
 - Thai: suy thai nếu mẹ mất máu nhiều

2. Điều trị

- Tiêm胎盤: giảm co + nở tiết.
- + Nghi ngờ huyết khối胎 giang
- + Ăn uống đầy đủ dc, tăng rau xanh → tránh fao bón
- + Thuốc: giảm co + nở tiết.
Nespa: 40mg/2ml x 2ml tiêm bắp
Dulphastone (Dydrogesterone 10mg) x 2v
Uống sau ăn
- + TD Tim thai, CCTC sh/lâm
Tim thai: chảy giang 30ph.

Phản hồi:.....

Δ RTD: đưa vào tech
Rau mìn AD: LS + CLS gì?
giảm co có tác dụng
với bn RTD?

Đánh giá: 1. ĐẠT

2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:.....

10. Biện luận chẩn đoán và đưa ra hướng xử trí đúng cho một trường hợp rau

tiền đạo ra máu âm đạo

Sản phụ thai L3, 36 tuần vào viện vì ra máu âm đạo ngay thứ 1

Qua hỏi & khám

- Tiền sử:

+ PARA 2040L

2009: đẻ mổ, 1 nhí gái chín tháng, 3000gr, khỏe mạnh

2012: đẻ mổ, 1 nhí gái chín tháng, 3200gr, khỏe mạnh

2010: chuỗi ngoài TC mổ nội soi cắt rời trúng (P)

Não hút thai 03 lần ko nhớ xổ nǎm

+ Chuỗi phát hiện bbf nội ngoại khoa f

Thái tử nhén L3, DCS 20/21. Quá trình mang thai khỏe mạnh, tăng 10kg trong thai kỳ, chuỗi kiểm phòng uốn van.

Tuần thứ 28, sản phụ ra máu âm đạo: máu ra đột ngột, có thể kèm số lượng ~ 5ml/24h, kèm theo ít máu cục, xả nhiều về đêm. Không đau bụng sau 3-4 hôm hết ra máu. Tuần thứ 23, sản phụ ra máu với tính chất thường xuyên, số lượng tăng lên ~ 10ml/24h. Sản phụ nhập viện PSHP 0-1 tuần, tính trạng ổn định → xả viêm. Tuần thứ 34, sản phụ nhập viện PSHP với lý do thường xuyên, ≥ 1 tuần, tính trạng ổn định → xả viêm.

Lần này, sản phụ thấy ra máu âm đạo do tiểu, ko đau, ko lẫn máu cục, số lượng ~ 5ml, ko đau bụng, ko hoa mắt chóng mặt → vào viện.

- Kham:

+ BN tĩnh, da niêm mạc hàng

M: 80kg

+ Ko có HC thiếu máu, HC nhiễm trùng.

HA 120/80mmHg

+ Tử cung: hưng trung, trục trung giản, CCTC (-)

BMI 24,1

+ Chiều cao TC /vòng bụng: 32/82 cm

(155cm, 58kg)

+ Âm hộ: bt, Âm đạo: có ít máu do thăm.

+ CTC hé lõi ngoài, ối con, ngôi đầu

+ Tim thai 147cfc/p.

- Lab LS:

+ CTM: HbC 3,79 g/L ↓

Bạch cầu 10,88 G/L

Hb 108 g/L

Tiểu cầu 195 G/L

Hct 33,7% ↓

+ XN. đông máu: PT 97 % bt

APTT 29,1 * bt

Prothrombin 11,8s

21

Fibrinogen 5,31 g/L β1

+ STM: Glu 4,86 mmol/l lt AST 8,6 u/L
 Ure 4,0 mmol/l ALT 14,8 u/L
 Crea 77 umol/l

+ Rong phổi mủi hieu : bt.

+ SÂ: 01 thai, ngoài bụng, vòi 2600gr, tim thai 157gr/p.

Rau bầm mặt sau, mép bầm sau cái lỗ trong CTC 22mm
 Tim thai khi bt

⇒ Chẩn đoán: Thai L3, 36 tuần, ngoài bụng, chảy máu non, rau bầm thấp/
 vết mổ cũ cùn đứt

3) Biến chứng

- Ho' nguy cơ của rau tiên dao

+ Thai L3, dù non hut thai 3
 lần →胎 thường n.m TC

+ Vết mổ cũ cùn 2 lần → nguy cơ
 rau cũ sang hoặc tăng → nguy cơ
 chảy máu nhiều trong mổ. → nguy cơ
 RL đông máu

- Δ rau bầm thấp vĩ

+ Cơ năng: ra máu đột ngột, đỡ hối
 sán ít máu cục, ko đau bụng: Ra máu
 hông đột, đột sau nhiều hơn đột trước,
 khoảng cách giữa cái lần ngắn lại.

→ ko nghĩ đến rau bầm non, ĐDN

→ CTC ko có胎 thường: loại trừ na

+ SÂ: rau bầm mặt sau, mép bầm sau cái lỗ trong CTC 22mm

2. Ánh trắc

Hiện tại: Sản phụ chưa chuyển dạ Gửi thai: tuy (lưu trữ) trạng
 thái máu

Phản hồi: thường xuyên tái

k' gửi thai k' k' n' n'

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá:

11. Tư vấn và biện luận để đưa ra được hướng xử trí đúng một thai phụ doạ đẻ non và tiên lượng nguy cơ sinh non của thai phụ đó.

Sản phụ 34 tuổi, song thai 32/57 tuần vào viện với đau bụng con qua hơi & khám thấy:

- Tiền sử: + PARA 2002

2007: Đe' thường 1 nhi gái 230g, khỏe mạnh.

2017: Đe' thường, IVF 1 nhi gái 2600g, khỏe mạnh

+ 2009: mổ nội soi cắt 2 vòi TC do áp xe với TC

+ Cháu vàng CTC tuần thứ 12. Đặt vòng nang CTC tuần 26.

+ Chưa phát hiện bệnh lý nội, ngoại khoa khác

Thái: L3 IVF, quá trình mang thai khỏe mạnh. OKC - 22/12.

Chưa kèm phong uốn ván. Sản phụ tăng 10kg trong thai kỳ.

Khám và quản lý thai nghiên tại BVPSHP.

- Khám:

+ Sản phụ fint, da niêm mạc hồng

+ Đầu bụng côn, tần số 1-2 côn/10 phút, chủ yếu vào sáng sớm, đau căm rong

+ Cân co TC: (+) chạy Monitoring, có 1 côn/10ph hq vị

+ Tử cung: có 2FCM, tử cung trung gian, hình trứng, ko có

+ Vòng bụng 80cm mổ cũ, chưa xác định được ngày thai

+ Âm hộ, âm đạo: bt. Âm đạo thông ra máu, không ra nước

+ CTC: ngắn, hé lỗ ngoài, có chí. Cháu vàng, có vòng nang CTC

+ Thông: có: HC thiếu máu, HC Nhung.

M: 80/p, HA 120/80 mmHg., t° 37.2°C

- Cân LS:

- CTM: Hb 4,33 T/L

Hb 138 g/L

Hct 0,405.

Bạch cầu 7,73 G/L

Neu 67,4%

Tiểu cầu 199 G/L

+ SHM, ko có bất thường

+ Tổng ptiel nước tiểu: Pro nêu 30mg/dL

+ Siêu âm: 02 thai, 02 buồng ối

Thái 1 ngồi đầu nằm đít (P), tim thai 140ck/p, 1405gr

Thái 2 ngồi ngược nằm đít (T), tim thai 145ck/p, 1319gr

Rau bẩm mót trước

+ XN. động, chảy máu: bt

⇒ Chẩn đoán: Thai lỵ song thai 33 tuần. Bụi dết non / phôi vàng
CTC + đặt vòng nồng CTC / IVF

1) Biến luân.

- Sóng thai → nguy cơ dết non cao hơn nhiều lần thai thường. Tỷ lệ: rủi ro sinh vỡ thai bình thường cao do thai non yếu.
- Độ chiều dài CTC ở tuần 26, < 25mm → nguy cơ sinh non tăng ⇒ đã đặt vòng nồng + điều trị nội tiết.

Δ Dọa dết non vi

+ LS: đau bụng con, đau cùi xương dưới, 1-2 con / 10ph.

CTC: ngắn, hở lỗ ngoài, có chí khâu eo, có vòng nồng CTC

CCTC: 1 con / 10ph

2) Điều trị

- Thai phụ nghỉ ngơi, huyết đối, nằm ngang (T).
- Tăng chất xơ trong chế độ ăn, tránh táo bón. Không dùng chất kích thích.
- Hút khói, thai phụ vệ sinh âm đạo hàng ngày, huyết đối, ống hút nước → tránh viêm nhiễm.

- Tối thiểu thai, CCTC 6h/ lần
- Thuốc:

+ No Spas 40mg/ 2ml × 04 ống
tiêm bắp 8/12
(Prostaglandine hydrochloride 40mg/2ml)

+ Cyclogest: 400mg × 1v 04/ FM

+ Betamethasone 12mg/ lần
tiêm bắp 1x/ lần cách nhau 12h

3) Tiêm bắp

- Cơ nguy cơ chuyển dạ dết non cao
- Sang chấn sản khoa trong chuyển dạ.

Phản hồi: CCTC 1 con / 10 phút → dung thuốc cắt cổ

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá: ✓

12. Xác định các biến chứng có thể xảy ra cho một thai phụ bị tiền sản giật, lên kế hoạch theo dõi và tiên lượng nguy cơ có thể xảy ra.

Sản phụ 23 tuổi, thai 35⁴/4 tuần vào viện vì HA cao
Qua hỏi & khám thấy:

Thai hụ nhiên lần 1, DICS O/T/10/2021. Quá trình mang thai khỏe mạnh;
3 tháng gần đây có làm Triple Test & Double Test, đã tiêm 2 mũi vắc xin
vào tuần thứ 24 và 29, nặng 16kg trong thai kỳ. Sản phụ khám & gầy
thai nghén tái pk fū.

- Tiền sử: PARA 0000

Chưa phát hiện bý nỗi ngoại khoa ≠
Giả định là có cu THA, tiền sản giật.

- Khám

- + Sản phụ: tĩnh, da niêm mạc trắng
- + Không đau đớn, ko hoa mắt chóng mặt, ko nhức mồm, ko đau bụng
- + Phì nhẹ & chi dưới
- + Tỷ trọng: cao 31cm, hình tròn, tỷ thế trung gian, ko có sẹo mổ cũ, chưa xác định cholec ngoài thai
- + Vòng bụng: 83cm
- + Ám nhọ: bt, Ám đạo ko ra máu, ko ra dịch
- + CCTC (-), tim thai 145ck/p.
- + CTC dài, đồng kín
- + Không có: HC thiếu máu, HC nhiễm trùng
HA 160/100mmHg., M: 858/p, t° 36,8°C, BMI

- Cân LS

+ Pro niệu 100mg/dL

+ SHM:	Glu 4,49 mmol/L bt	Pro 62,1 g/L ↓	Bil tp 59 bt
	Ure 6,82 mmol/L bt	Albu 31,6g/L ↓	Bil tt 0,8
	Creat 75,7 μmol/L bt	AST/ALT 28/19,7 bt	
	Acid uric 524,6 ↑		

+ CTM:	Hồng cầu 3,52T/L ↓
	Hb 116 g/L ↓
	Hct 0,34 ↓

Bạch cầu	5,77 G/L
Nieu	59,7%
Tiểu cầu	155 G/L

+ SÂ: 01 thai, ngoại đái, thai uất 2019gr, AFI 87mm

+ Soi đáy mắt: hiển thị bt + XNB đồng, chảy máu: bt

⇒ Chẩn đoán: Thai L1, 35 tuần, ngôi đầu. Tiền sản giật nang

1) Biến luân

- ATSG nang vì HA tối da 160mmHg, xuất hiện sau tuần thứ 30 của thai kỳ trước đó BN có HA cao

- Cải biến chung có thể xảy ra:

+ Mẹ: hiện tại khảo sát chấn nang cơ quan chậu có off để đỡ, tuy nhiên sản phụ vẫn có nguy cơ sản giật bất cứ lúc nào; kéo theo đó cải biến chung phổi phổi cấp, suy tim, suy thận, vỡ gan...

có thể trở thành THA mạn tính.

+ Sản phụ của thai: rau bong non để bùn chung nhẹ nhàng nhất của ATSG có thể gây tử vong cho mẹ & thai

+ Con: suy thai, thai chậm tăng trưởng, off non tự nhiên hoặc buộc phải châm hút thai kỹ sốm.

2) Xử trí

Chỉ định胎膜破裂, CSII.

- Tối HA. 4h/ lần. Năm ngày (T)

- Tối cản nang hàng ngày

- Tính lượng rau non 2ngay/lần

- Tối toàn trạng phát hiện: đau đớn, nhức mỏi, đau thường xuyên.

- XN: CN gan, thận, sỏi đường mật

Ure, Craca, AST, ALT: 8ngay/lần

- Tối thai bằng Monitoring hàng ngày.

- Amlodipine 5mg x 1v (U) sáng
Agridopa (Methyldopa 250mg) x 4v
(U) SIC

Magnesi BFS 15% 750mg
x 06 org
Nước 0.9% 10ml x 06 org
Pha truyền, bơm điện
Bơm tiêm điện 10ml/h

3. Tiền lưỡng

- Hiện tại sau 03 ngày điều trị, toàn trạng sản phụ ổn định

Ko đau đớn, ko hoa mắt chóng mặt
phú nhẹ 2 chi dưới

CETC (-), tim thai 140ck/p
HA 130/80mmHg.

→ có thể tiếp tụcelay tri phai
lý do: khi chỉ thang

có thể để chưng chờ với sự
hỗ trợ của forceps.

- Tiền lưỡng xa: rau sản tiếp tục
tối HA cho mẹ đến 6w sau sinh.

Phản hồi:

Đánh giá: 1. ĐẠT

2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:

13. Biện luận chẩn đoán và đưa ra hướng xử trí đúng cho một trường hợp thiếu ối hoặc đa ối (chọn 1 trong 2)

Sản phụ 28 tuổi, song thai lần 1 IVF 34^{3/7} tuần vào viện où đau bụng. Quá hồi & thâm thâm.

- TS: PARA 0000

Khám vùng CTC tuần thứ 18

Chưa phát hiện bý, nôi ngoại khoa +

Sản phụ làm IVF tại BV nam học, DICS 12/12/2012. Sản phụ khám & ghi thai nghén tại pk hổ. Quá trình mang thai khỏe mạnh, tăng 12kg trong thai kỳ. Ngày vào viện BN đau bụng cầm i, đau dữ dội, ko ra đít. ADD, ở nhà chưa xử trí gì → vào viện.

- Khám:

+ Sản phụ tỉnh, da niêm mạc hồng.

+ Ko có HC thùy mai, HC NT trung.

+ Tử dương: hình tròn, tử thê trung-gian, ko có sẹo mổ cũ CCTC (+).

+ Chiều cao TC /vòng bụng: 160/80 cm.

+ Ám họ: bt, Ám đạo: ko đứt mai, ko đứt đứt ruột

+ CJC đang kín, có chỉ khâu vùng

+ Tim thai 150 cfp 20°

+ M: 80kg/p, HA 110/70mmHg, BMI 19,8 (50kg - 162cm)

- Cân LS:

+ CTM: Hồng cầu 4,09 T/L

Bạch cầu 11,85 G/L ↑

Hb 126 g/L

Nếu 76,8 % ↑

Hct 0,39 l/l

Tiểu cầu 181 G/L

+ Đóng máu cổ bẩn: bt

AST 14,7 U/L

+ SHM: Glu 7,3 l mmol/l ↑

ALT 19,1 U/L

Tire 4,0 mmol/l bt

GIA 12,1 mmol/l

Crea 55 μmol/l bt

TGA 12,1 mmol/l

+ TS: Song thai ở bụng ối, sưng bầm mặt trước

Thai A ngồi đầu, 1847gr, tim thai 152 cfp, tử trạng ối góé
sâu nhất d = 19mm

Thai B ngồi ngược, 1906gr, tim thai 155 cfp, góé ối sâu nhất d = 16mm

⇒ Chẩn đoán: Thai lần 1 - song thai > 34 tuần, 1 ngồi đầu - 1 ngồi ngược

- Doa di non - Thai 1胎 ối ít hơn bt /IVF - khám vùng CTC

1) Biến luân

- A thai + đối | ối + hoa bì vĩ
- + Sán phู่ thai L₃, ko măc fly man hính năo
- + Qtrình qly' thai nghén ko phải hiến bất thường ở thai nhi
- + SÂ: thai 1 có gốc ối lớn nhất 19mm
- + Toàn trạng sán phู่ ổn định, SÂ bình xau ko bất thường → loại trừ rau bong non

- + Âm đạo ko xet máu, ko ra nước → loại trừ ối rõ non

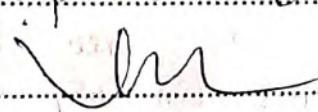
- A đao đe non ut:

- + Sán phู่ đau bụng cồn, đau âm ỉ vùng hạ vị, đau ko lan, khoảng 1cm/10ph
- + Âm đạo ko ra máu, ko ra nước
- + CCTC (+): 1-2cm/10ph
- + CTC đồng kín, có vong khâu CTC
- + Sang thai → nguy cơ đe non cao
Ranh thai thường

2) Xử trí

- Hưởng dẫn thai phụ nằm nghiêng trái, han ché' tì lái
- Uống đủ 2,5l nước/ngày, đậm bão dinh dưỡng
- Theo dõi thai máy hàng ngày.
- Hưởng dẫn vs âm đạo hàng ngày tránh viêm nhiễm.

Phản hồi: SÂ Không có giá trị tuyệt đối để loại trừ RBN: Các xét nghiệm như LS

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá: 

- Điều trị:

- + No spa 40mg/2ml x 04 ống
Tiêm bắp 8/C
- + Cyclogest 400mg x 01 viên
đặt hậu môn
- Dối tim thai, CCTC 6h/lần
- + Betamethasone 10mg/lần
Tiêm bắp 02 lần/cứ nhau 24h
- SÂ: Doppler đánh giá trước hoặc TC-rau 8 ngày/ lần.

14. Thực hiện đúng và đầy đủ quá trình mắc CTG làm Stress test (cung cấp thông tin thai phụ, mô tả quá trình mắc máy, theo dõi trong quá trình chạy máy)

Sản phụ 32 tuổi vào viện vì thai 36 tuần + đau đầu chóng mặt ngày thứ 1. Qua hỏi & khám thấy:

- **Điều kiện:** PARA 1001 (đe thường chì tháng năm 2016, P = 3200gr, qua trình mang thai khỏe mạnh)

Chưa phát hiện bầm nát, ngoài khoa ≠

Lâm sàng thấy L2, thai tử nhiên, DKS theo siêu âm 3 tháng đầu là 09/12. Sản phụ khám & ghi thai nghén thai pk fir. Quá trình mang thai khỏe mạnh, thai máy lúc 17 tuần tuổi, nặng 10kg trong thai kỳ, đau tiêm phòng 1 mũi với vân. Ngày vv, BN xuất hiện đau đầu âm ỉ vùng thái dương, đau lúm đóm lan kèm chóng mặt. ; ko nôn, ko đau bụng, ko đau ngực, ko khó thở → vào viện.

- **Khám:**

+ Sản phụ tĩnh, da niêm mạc hồng

+ Phổi nhẹ & hơi dưới

+ Ko có HC thiếu máu, HC NTrung.

+ TC: hình tròn, tử thê trung gián, CCTC (-), ko có seo nô cù

M: 821/p

HA 100/90mmHg

t_e 36,9°C

BMI 23,4

(160cm - 60kg)

- **Cân LS:**

+ SÂ: 01 thai, ngồi đầu, sức phẳng 2560gr.
Rau bầm phần RC mặt trước

+ Pro niệu (-).

+ Soi đáy mắt: hiện thai bt.

+ SHM: Glu 4,5 mmol/l
Ure 6,8 mmol/l
Creat 85,3 μmol/l

Acid uric 521,6 ↑

AST / ALT 28 / 30

+ CRM: bình thường.

⇒ **Chẩn đoán:** Thai L2 - 36 tuần ngồi đầu - Tiền sản giật nặng

* Quá trình mai CTG, làm Stress Test

Quá trình mai mای và theo dõi

- Rối loạn phụ nâm tuỷ thể Fowler or tuỷ thể nâm nghiêm trọng nhất bên dưới thành HC là HA tuỷ thể nâm ngửa
- Mai mای Monitoring trong vòng 15-20 phút.

+ Nếu thấy có CCTC tại số 3 và bộ clíu trên SOS, đánh giá sự đáp ứng của tim thai với CCTC

+ Nếu không thấy CCTC thì gây co để tăng cao và num vú hoặc truyền TM Oxytocin với liều bắt đầu 0,5 mlU/ph, sau đó tăng gấp đôi 15 ph sau đó tăng (chiết suất CCTC tại số 3) thi ngừng kích thích tử cung & quan sát tim thai cho đến khi hết co (trên LS, thay pha 1 lít Oxytocin trong 500ml dd Glucose 5% truyền 5 giọt/ph)

+ Test Oxytocin có ưu điểm: từ đó gây co có thành công cao hơn so với test vẽ num vú, tuy nhiên thời gian làm test kéo dài (>90ph) và dễ gây CCTC tăng quá mức. Test vẽ num vú xé nhanh sau Ethel 8 phút nhanh sau ngừng ktheel ~40ph.

cách đặt đầu dò:

+ Đầu dò cần có mai xanh cam bùn CCTC đặt ở vùng gần dây TC, quanh rốn (nơi TC có với bìa đỡ săn nhất, thành bụng ít dày nhất) ko scl gel và ko siết dây cổ cổng quai chắt

+ Đầu dò kim hút máu hồng giúp ghi lâu, tần số tim thai: đặt tại vị trí nghe tim thai rõ nhất, có định đầu dò, dùng gel để防 hia, nâng đỡ an

- Kiểm tra đầu kim hút khi an ninh ghi CTG: thời gian, tần số ghi bằng giấy (mai chỉ 1 cm/phút), luôn bắt đầu bằng 1 đoạn trắng, ghi thông tin của sản phụ lên phần đoạn trắng, sau đặt về \rightarrow Record / Print.

Phản hồi:.....

Đánh giá: (1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT) Người đánh giá: M

15. Mô tả biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá nguy cơ biến chứng mẹ-con và đưa ra hướng xử trí đúng cho một trường hợp rau bong non

Sản phụ 28 tuổi vào viện vì thai 37 tuần ra máu âm đạo giờ thứ 2. Quá trì 8 tháng.

- Tiền sử: PARA 0101: đã生育, thai thường 35^w, 2500gr, hiện tại khỏe mạnh.

Chuỗi phát hiện kỵ nổ, ngoài kia:

Lần này mang thai từ nhâm, DKS theo SÁ 8 tháng đầu là 15/11. Quá trình mang thai khỏe mạnh, tăng 10kg, thai mای lực 18 tuần, kiasm & qly thai nhẹ từ pk ti, da tím phong 1 mũi nón rách khoang và trước vào viện sản phụ bị ngã xe, ra máu âm đạo hòng xuôi, máu đỗ thâm, hoang, ko daun máu cục. kèm theo bên nhận đau bụng trung cơn ~ 30s/cơn, mỗi cơn cách nhau 5ph. → vv.

- Khiêm: Sản phụ tĩnh, tiếp xúc chờ. Da xanh, nôn nọt, chân tay lạnh. Ko phì, ko XHOD.

TC: hưng trừng, từ thể trung gian, CCTC (+)

BCTC/Vòng bụng: 30 / 90 cm.

Tím thai 155 ck/p.

Âm hộ: - TSM bt. Âm đạo có ít máu đỗ thâm

CTC đợt ngắn tay, dae ối phong

M: 92l/p

HA 100 / 70mmHg

BMI 24,8

(168cm - 62kg)

- CLB:

+ SÁ: 01 thai ngồi ngược trong lồng thai ~ 400gr, tim thai 120 - 150ck/p
Prem baoi mặt trước thanh TC. Mặt trước TC bên (P) sau nắp baoi rau có kheo tang am kheo 3,4 x 6,8cm

+ Monitoring: Dao động nổ tự rất kém

CCTC tần số 1., trung lực cơ bain tăng

+ CTM: Hb cao 8,19 T/L ↓

Baoi cao 9,2 G/L

Hb 112 g/l ↓

Tieu cao ~ 208 G/L

Hct 0,31 ll

+ HSM, động máu cơ bain: bt.

⇒ Chẩn đoán: Thai lần 2 - 37 tuần. ngồi ngược. Rau bong non.

④ Hỗn giái nguy cơ biến chứng:

- Mẹ: + Sốt do đau, mệt mõi, nhồi máu tai cơ TC
- + Sốt do suy thận cấp
- + Suy đa tạng: gan, thận
- + Cơ thể hổ rong
- Con: - Suy thai do thiếu oxy nếu mẹ mệt mõi quá nhiều.

3) Xử trí sau đẻ

- Mẹ: + Điều trị chống sốt

+ Theo dõi chảy máu sau đẻ, bchanges, gan, thận, nhiễm khuẩn

+ Kiểm phổi rỗng, phổi, họng kín

- Con (nếu còn sống):

+ Hồi sức sơ sinh

+ Tobii: suy hô hấp

⑤ Thường xử trí:

1) + nội khoa

- Giảm đau, giảm co: Papaverin 40mg x01 Long TB

2) An thần:

- Chóng sốt: bù dịch, mõi, bù điện giải

- Chóng nôn loạn động mõi: Transamine 250mg treyer TM.

- Không sinh phòng bối nhiễm.

2) + sản khoa

- Tiết ối sớm

- Tùn hành mõi lấy thai ngay

Nếu TC ko có kinh co hồi, ko đáp ứng. bối thuốc tăng co; mõi A&E sốt

nhiệt → cắt TC. Lần đánh giá tối

thường thuốc hổ tai TC cần quyết định.

cắt bén phai hay bao tử.

→ RBN thù eo tia ô

→ Chanyein mõi cấp cứu.

⑥ Bảo tồn TC ⑦ RBN

hay không nên chuyển

vào tĩnh đường RDN của

Mn

Phản hồi:

Đánh giá: 1. ĐẠT

2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:

16. Mô tả một trường hợp thai phụ/sản phụ có HIV (+) và tư vấn cho thai phụ/sản phụ đó những việc cần làm để giảm nguy cơ lây truyền mẹ-con trong quá trình có thai, chuyển dạ và sau đẻ

Sản phụ 29 tuổi vào viện vì đau bụng + đau bụng ngực thứ 1 qua hồi khám ngày:

- Tiền sử: PARA 1/001 (đã thường đầu tháng, P = 2500gr, búi đầu khỏe mạnh).

Uống 6 ARV đầu trung tâm y tế quân đội An phái đỡ TDF + DTC + EFV

Lần này mang thai tự nhiên, DKS. 20/01. Kham & ghi chép ngày tại BV Hồi An. Quá trình mang thai tăng 10kg; thai mai lúc 19 tuần, đã tìm phòng 1 mũi uốn ván.

gh trước vào viện, sản phụ xuất hiện đau bụng tăng dần, cảm giác cùi hít xương hàm, mỗi cơn ~40s, khoảng 2còn/10ph. Sản phụ ko ra máu âm đạo, ko sốt → rr.

- Kham: BN tĩnh, tiếp xúc tốt

+ Da niêm mạc hồng. Ko phai, ko x+DD

+ HC thai mai (-), HC NTprung (-)

+ TC: hình trứng, tế bào trung tính, CCTC (+)

+ BETC /vòng bụng: 30/88cm

+ Tim thai 145ck/p, CCTC teo' 2

+ CCTC mõm 2cm, ối phồng

+ Ngoài đau, thở (T), kiệu thở chưa xác định.

+ Âm hộ bt. Âm đạo bitorax mai, ko ra dịch.

M: 82kg

Ht 110/70mmHg

ft 37,2°C

BMI 26,9

(152cm - 63kg)

- Cân LS:

+ Sđ: 01 thai mõi đầu con ước 3100gr, tim thai 186ck/puls.

+ Monitoring: Nhịp tim thai cở bắp 150ck/p. Dao động nội tiết bt. CCTC tần số 3.

⇒ Chẩn Xét CTM, STTM, đong máu cở bắp: bt.

⇒ Chẩn đoán: Chuyển dạ đẻ L2 thai 39tuần mõi đầu / HIV đang điều trị ARV

Tự vẫn cho sản phụ:

3) Quá trình mang thai

- làm XN do胎生物 virus HIV
nếu chỉ phát hiện có thai

+ Tỷ lệ < 1000 bản sao/ml → tiếp
tục & ARV theo phác đồ điều trị

+ Tỷ lệ ≥ 1000 bản sao/ml + thai
chưa ≥ 24 tuần: - tự vẫn tăng cường
tùy theo & → làm bài胎生物 virus
sau 1 tháng → đánh giá có thai sau
điều trị ko?

+ Tỷ lệ HIV ≥ 1000 bản sao + thai
≥ 24 tuần → tự vẫn tăng cường tùy
theo điều trị + hỏi chẩn chuyển phác
đồ có RAL hoặc nhóm PI

a) Trong chuyển dạ.

- Mổ lấy thai: - tùy theo chỉ định
sản khoa, tuy nhiên 150° trung tâm sản
khoa lõi có thể chỉ định mổ lấy thai
trước thi có chuyển dạ → giảm nguy cơ
lây truyền.

- tránh lây nhiễm bằng ống cao su bằng
tát mảnh làm xước nách

- tránh chích theo thuật mảnh cắt TSM,
forceps, vòi ối nhằm tạo.

- tránh cao su lồng màng mạc

- làm cao su trong khi chuyển dạ,

Phản hồi:

Đánh giá: 1. ĐẠT

2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá: ✓

TỰ PHẢN HỒI 2

1. Bạn đã học được gì?
2. Bạn đã làm tốt những gì?
3. Điều gì bạn muốn cải thiện sau khi kết thúc vòng luân khoa?
4. Bạn định làm gì để cải thiện những việc mình làm chưa tốt?

1). Đã học được

- Các tiếp cận mới sản phụ sản khoa
 - Khai thác, khám, đưa ra các xét nghiệm
 - Nhận biết, chẩn đoán chẩn 1 số ca bệnh: Doa cổ non, Raum fiết đặc, hiện sản giật, thoát vị ..
 - Áp dụng khái niệm xử trí cho từng trường hợp cụ thể
 - Theo dõi trước, trong và sau chuyển dạ
 - Cách măt Monitoring, nghe tim thai, xác định ngồi thai
- 2). Đã làm tốt:
- Khai thác, hỏi bệnh
 - Áp dụng chẩn đoán sơ bộ dựa trên những dữ kiện khai thác trước
 - Tiếp cận BN vào viện và xả máu 8 tháng cuối thai kỳ.

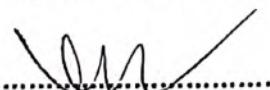
3). Cải thiện sau vòng luân khoa

- Kỹ năng thăm khám trong
- Biết MRI, theo dõi, tiền lượng case bệnh cụ thể
- Cứu thương, kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân

4). Cần gì để cải thiện

- Học hỏi thêm kinh nghiệm từ các bạn, bác sĩ chủ trị
- Bám sát bệnh nhân cụ thể.
- Chu động tìm kiếm tài liệu.
- Chu động đặt câu hỏi trong các buổi giao ban

Đánh giá: 1. ĐỦ ĐIỀU KIỆN LUÂN KHOA 2. KHÔNG ĐỦ ĐIỀU KIỆN LUÂN KHOA

Người đánh giá:..... 

BS Thanh Phuong

17. Phân tích được kết quả và đưa ra hướng xử trí thích hợp cho các xét nghiệm sàng lọc thường quy trong 3 tháng đầu thai kỳ

Sản phụ 30 tuổi vào viện vì thai 12 tuần 3 ngày + khám định kỳ.

* Tiền sử:

- PARA: 0010 (sau thai 8th cách đây 1 năm)
- kinh nguyệt đều, số ngày có kinh 05 ngày, chu kỳ 32 ngày, số lượng vừa, đỡ thâm, ko lạm máu đồng máu cục
- Chưa phát hiện bệnh lý nội, ngoại, phụ khoa khác

* Khám

- Toàn trạng ổn định, M: +50kg, HA 110/80mmHg, t° 37,1°C
 - HC thiếu máu (-), HC Norm (-)
 - Âm hộ - TSM bình thường.
 - Âm đạo ko ra nước, ko ra máu
 - Kết thúc TC hàng tháng thai 3 tháng.
 - Sản phụ bình thường.
- Sản phụ dc chỉ định làm xét nghiệm sàng lọc trước sinh trong 3 tháng đầu

* Kết quả XN:

- CTM: Hb cao 4,39 g/L, Hb 125g/L, Hct 39,8%
- BCa: 7,8 G/L, Neut 65%, Tiểu cầu 234G/L bình thường
- Nhóm máu O, Rh(+)
- HbsAg (-), HIV (-).
- Rong phết nước tiểu: BC niệu (-), Protein niệu (-), HCa niệu (-)
- SA: Kinh ảnh thai, tim thai 156cm/p.
Rau bám mặt trước thận TC. Chỉ số 0: bình thường
Chiều dài đầu móng 52mm
Chiều dài xương chậu 8mm
Khoảng sáng sau gáy 13mm
Trọng lượng thai 1300gr
- Đường kính bụng đỉnh 23mm
Chu vi vòng chậu 71mm
Chu vi bụng 56mm

PAPP-A	kết quả α 55 mU/ml	Corn MOM 0,64	Đi tắt HC Down	Nguy cơ thai 1/526	Nguy cơ 1/250
free β-HCG	92,2 ng/ml	1,97	HC Down theo tuổi mẹ	1/305	1/250
đt mổ代孕	1,5	1,05	HC Trisomy	1/10000	1/100

Double Test.

② Phân tích kết quả XN

- XN máu: CRM bìu thường
- Nhận mẹ mang gen Thalassemia thấp → ko truyền cho con
- Nhóm máu mẹ Rh⁽⁺⁾,胎兒 sinh & con trưởi chở → nhận tan máu do bất đồng nhóm máu mẹ - con thấp
- Ko mắc các bệnh truyền nhiễm
- Nước tiểu: có chỉ số trong giới hạn bình thường → ko có bệnh lý胎兒 thai
- Sùi am + Double Test

+) chẩn đoán cuối Double Test và sùi am + cao thường tin chắc → có thể phát hiện 85 - 90% cao thường hợp Down, ~95% với Edward và Patau. Tỷ lệ dương tính giả ~98%.

+ Độ mõ da gáy của thai là 1,5mm (< 3mm) → thai có nguy cơ thấp vs HC Down & HC Edward

- Góp thêm cho sản phụ kèm thêm các test sàng lọc khác tuy vẫn chưa xác định & quyết định cuối thai phụ. Hiện nay có 1 phương pháp mới: Test NIPT

→ lùi chậm

- Ko xâm lấn thai, lấy máu mẹ để phân tích
- Tìm được bất thường gen, giới tính, di truyền cho phép sàng lọc & phát hiện dị胎 tử rất sớm (có thể thai hiện ngày hôm sau thử)
- Tqian tra kết quả nhanh (trung bình 5 - 7 ngày)
- Độ chính xác cao

Phản hồi:.....



Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá:.....

18. Phân tích được kết quả và đưa ra hướng xử trí thích hợp cho thai nhi có bất thường hình thái học

Bệnh nhân nữ 28 tuổi vào viện vì thai 27 tuần + 7 ngày - khám thai định kỳ

* Tiền sử: + PARA 1021 (Mô' cát) 1 lần chỉ tháng, con 2800gr, thai mổ
Nạo hút thai 2 lần).

+ Phụ khoa: kinh nguyệt chu kỳ 30 ngày, số ngày hành kinh 05 ngày,
số lượng vừa, đỡ thâm, ko lâm menses đồng máu cục.

Vún AA nhiều, lèn đỡ điều trị.

+ Phát hiện thai mổ hồi chứng Dandy - Walker tại BV Phụ sản Trung
vòng lục 25 tuần.

* Khám:

- Tocn trang cõi tĩnh, M: 78kg/p, HA 110/60 mmHg, t^o 36,8°C
- HC thai mổ (-), HC Nhiem trung (-).
- ko phì, ko xuất huyết dưới da
- Âm đạo - lông sinh mòn: bình thường., Âm đạo có ít lông
- CTC dài, đồng kín
- TC trắng chảy trong lumen thai 6 tháng.
- CCTC (-), tim thai 140 c/k/p
- 2 phần phụ bình thường.

* CLS:

- SA: hổ sau giãn sảng, có hình ảnh lõi chia khoa'. Túi não có hình ảnh chia đôi hàng với nắp thất IV
- Hình ảnh trán click mang ngoài him. Leo thuy- nhung.
- Thai 27 tuần + tim thai (+), trọng lượng 6,78gr

⇒ Chẩn đoán: Thai lèn 2, 27 tuần - ngòi đầu - HC Dandy - Walker

⇒ Xử trí: Dịnh chỉ thai nghiên bằng phương pháp gây chấn đe' đồng thời

dùng chấn

* Tư vấn:

- Tư vấn giải quyết về bắt thường của thai thông qua kết quả SA
- Nếu thai được sinh ra, tỷ lệ di tật cao, ảnh hưởng đến chức năng sống của thai và là gánh nặng của già đình. (Trí tuệ - cái vần để về vận động, tiêu phổi, trí tuệ và chức năng thận bình)
- Anh xa hướng giải quyết: tạo cuộc chuyển dạ để thường hóa bằng

thuốc, có nhược điểm của thủ thuật,
cái tai biến có thể xảy ra

- đau tháo chuỗi

- Nhiễm virus trong thời kỳ
mang thai

- tiếp xúc với phage xo.

- Tồn trong quyết định của bệnh

- nhân → BN có đồng ý định chỉ thai

* Tùy chỉnh:

- Mifepristone 200mg × 1 viên (U)
tr�i 24h

- Sau khi uống đặt Progess 10mg × diru
ở cùng đợt sau

- Chờ BN xuất hiện cơn co tử, chuyển
địa để n做人 thai chỉ tháng

- Sau khi kết thúc thủ thuật: cần
đò BN dùng thuốc kháng sinh theo
đơn. Nếu có ra máu hay bất
thường thai → đến khám lại.

* 1 số yếu tố nguy cơ:

- Sinh con hoặc tiền sử già đình có
dị tật bẩm sinh.

- Trên 35 tuổi

- Sử dụng thuốc hoăc các hóa chất
có thể gây hại cho thai

Phản hồi:

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá:

19. Nhận diện được nguyên nhân qua khám lâm sàng và qua diễn giải kết quả test vi sinh, từ đó ra được quyết định quản lý bước đầu thích hợp cho một trường hợp có tiết dịch âm đạo bất thường (bao gồm bacterial vaginosis và candidiasis)

Bệnh nhân nữ 34 tuổi vào viện vì người nhai nhai vùng sinh dục ngoài + khí hư trắng đặc

* Tiền sử:

- PARA 2002 (fè thuong 2 lần, cơn biền thoái mãnh)
- Kinh nguyệt đều, chu kỳ kinh 30 - 32 ngày, số ngày ra máu 07 ngày, số lượng vừa, đỡ thấm, ko lẩn máu đồng máu cục.
- Chưa phát hiện bệnh lý nội, ngoại, phụ khoa khác
- Đái tháo đường II điều trị đều, Diamicron 30mg x 1 viên/ngày (u).
- bệnh nhân thấy khí hư, trắng đặc, số lượng ít, không bài, tanh, ko lẩn máu. kèm theo đó bệnh nhân người xát âm đạo, âm đạo, đau rát khi quan hệ.

* Khám:

- Toàn trạng ổn định, M: 80kg, HA 110/70mmHg, t^o 37,2°C
- Âm hộ - TS M: viêm độ nhẹ.
- Âm đạo sưng nề có khí hư trắng đặc bám ở thành âm đạo, mủ mịn không chảy máu, ko xung huyết
- CRC t^o khí hư vàng, phủ ngoài CTC nề độ nhẹ.
- TC, phân phụ 2 bên bình thường

3. Nhận diện nguyên nhân qua khám LS

- Bệnh nhân có BTA type II là 1 yếu tố thường làm pH cuối âm đạo thấp hơn bình thường. kèm thói quen mặc quần chất → tạo môi trường âm đạo cho VSV phát triển rõ. thói quen thụt rửa âm đạo → làm thay đổi pH với có cuối âm đạo.
- Nấm Candida phát triển mạnh trên môi trường âm đạo pH < 3,6
- LS: Bệnh nhân có khí hư trắng đặc, người xát bộ phản sinh dục, → người nhai nhai nam âm đạo. chia loại: nấm nguyên nhân viêm do tạp khuẩn.

2) Xét nghiệm.

- Soi họng khi hít: thấy cát sỏi.
 Năm & bao tử năm, dùng KOH để
 phết huyêt cát thành phần cát v.v
 Cellular có thể quan sát được bao
 hít. Bạc cao (+), Hồng cao (-), ho
 thay KST

⇒ Chẩn đoán: Viêm âm hộ, âm đạo
 do nấm.

3) Quản lý bước đầu

- Điều trị: dùng thuốc chống nấm
 Nystatin kết hợp với
 thuốc cho cả vợ & chồng.

Fluconazole 150mg x 10 ngày (U)

- Hướng dẫn BN hay chế giáp hợp đồng
 quí trinh điều trị.
- Hướng dẫn giữ vệ sinh âm đạo, đút
 thuốc dung cáel
- Hẹn tái khám.

4) Phóng lai.

- Về sinh cát nhả sỏi sẽ, nốt
 lèi âm hộ - TSM hàng ngày
- Mai quanh cổ kho ráo, tránh
 mai đỡ que chất.

Phản hồi:.....

Đánh giá: 1. ĐẠT

2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:.....

**20. Nhận diện và ra được quyết định quản lý thích hợp cho các trường hợp có kết quả
tầm soát dương tính với tổn thương trong biểu mô lát (SIL, ASCUS hay cao hơn)**

Bệnh nhân nữ 32 tuổi vào viện vì ra khí hư nhiều.

* Tiền sử:

- PARA 1000, con chết vì bệnh tim bẩm sinh.
- Kinh nguyệt đều, chu kỳ 30 ngày, số ngày hành kinh 04 ngày, số lượng vừa, đỡ thâm, ko leuc máu đồng máu cục.
- Chưa phát hiện bệnh lý nói, ngoại, phụ khoa khác

* Khám

- Toàn trạng ổn định, M: T8/p, HA 110/80mmHg, t° 36,8°C
- Âm hộ - TSM bình thường. Âm đạo nhiều khí hư trắng đục.
- CTC hơi đỏ, lỗ huyền rộng $> 20\text{mm}$
- 2 phần phụ bình thường.

* CIS:

- Phết đồ cùm dạo: tế bào niêm mạc (+), trục khuỷu (++) , cùm khuỷu (+)
- Sợi CTC: lỗ huyền rộng $> 2\text{cm}$, lugol bắt màu không đều.
- Test HPV (+) type 16 hoặc 18 type nguy cơ cao +.

HPV (-) type 18

- PAP - Smear bình thường
 - Đề nghị làm thêm sinh thiết CTC vùng lỗ huyền: Trung bình sau khoảng 10 ngày có kết quả → xử trí tiếp theo vào kết quả
 - + Nếu kết quả bình thường: hẹn khám lại sau 12h, làm lại PAP smear và test HPV. Nếu kết quả âm tính 3 lần liên tiếp → hẹn khám lại sau 3 năm, làm lại XN sau 3 năm
 - + Nếu kết quả trái với kết quả CIN I → đốt lạnh, đốt laser

Theo dõi: làm PAP 3-4 tháng/lần. Nếu 3 lần liên tiếp PAP (-)

→ hẹn kiểm tra lại sau 3 năm

+ Nếu kết quả trái với kết quả CIN II, III → khoét chọc, LEEP cho BN

Theo dõi: khám lại trong 3-4 tháng/lần, làm lại PAP + HPV

- Nếu sau điều trị 1 năm, bệnh nhân vẫn chửi, không có thêm tổn thương, ko xuất hiện thêm triệu chứng LS → khám định kỳ 1 năm/lần, làm PAP soi CTC, HPV.

- Nếu bệnh vẫn tiếp tục sau điều trị sẽ vẫn cắt TC bén phan.

- Nếu điều trị vẫn & tổ chức ung thư xâm lấn xung quanh → tu vẫn BN phương pháp xạ trị hóa trị càng sớm càng tốt

+ Nếu ung thư trong lumen (giáy doan 0): cắt TC ~~hoàn toàn~~ bén phan

+ Nếu ung thư xâm lấn có TC

• Giáy doan IA (ung thư xâm lấn qua màng dày ≤ 5 mm): cắt TC hoàn toàn, chích xạ sau mổ nếu hạch có tế bào ung thư)

• Giáy doan IB-2A:

Có thể xạ trước mổ từ 6-8W

bằng radium hoặc cobalt. Cắt TC hoàn toàn, chích xạ sau mổ.

- Theo dõi sau điều trị: tái khám 6 tháng/ lần: đánh giá toàn trạng, pap'smear, HPV, chụp XBV nếu nghi ngờ ung thư di căn.

Phản hồi:

Đánh giá: 1. ĐẠT

2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:

(0)

21. Thực hiện được lấy mẫu tế bào học cổ tử cung bằng các phương tiện cơ bản khác nhau

Bệnh nhân nữ 57 tuổi vào viện vì ra máu âm đạo kéo dài 1 tháng nay.

* Tiền sử:

- PARA: 3003 (đe' thường 3 lần, có hiệnձoe' mạnh)
- Menses 3 năm

Một tháng nay, ra máu âm đạo lượng ít, thay 3-4 BVS/ngày, ko kèm máu đồng máu cục. Ngoài ra BN ko đau bụng, đau hông hòn bít thường, vào viện trong tình trạng:

- Toàn trạng ổn định, M: 88.8/p, HA 100/60 mmHg
- HCT thiếu máu (+): da niêm mạc hồng nhạt, ko hoa mắt ko chóng mặt.
- HC 3,8 T/L, Hb 108g/l ↓, Hct 31,8% ↓
- HC N/xung (-).

- Âm hộ - TSM bình thường.
- Âm đạo có ít máu đỗ thâm.
- CTC đang kín, viêm lỗ ngoài.

- TC to hơn bình thường. Ở phần phụ bình thường.

→ BN được chỉ định xét nghiệm sàng lọc t.cổ tử cung.

(Làm xét nghiệm tế bào học + test HPV)

→ Phù hiệu lấy máu tế bào học cổ TC

+ Chuẩn bị dụng cụ: băng kít, cồn sát trùng, lam kính, dung dịch cồn ether, que Ayre, chổi chuyên dụng.

+ Chuẩn bị bệnh nhân: BN nằm tư thế sẵn khoa. Giữ thiết + hướng dẫn BN đặt mỏ vịt, không bôi trơn. (cố thi' dùng nước muối sinh lý làm trơn mỏ vịt). Lấy bệnh phẩm bằng 2 phương pháp: Trước khi lấy máu, viết tên, làm kín tên BN và vị trí bệnh phẩm.

① phương pháp 1: PAP cổ diến - sử dụng que Ayre

- Lấy tế bào ở lỗ ngoài bằng đầu tròn, lấy tế bào ở lỗ trong cổ TC bằng đầu nhọn, quay tròn. Ko rửa cổ TC = nước muối sinh lý
- Trải tế bào lên lam kính, trau 1 lần duy nhất, không kéo nhiều, lam tránh làm thay đổi tế bào

- Cố định làm : nhúng làm kín vào dung dịch cồn - ethor (tỷ lệ 1:1)

② Phương pháp 2: PAP nhúng chiếc - Phun PAP

- Dùng chổi chuyên dụng lấy tế bào mảng cát TC và phủ ngoài CTC

- Đầu chổi vào trong CTC kín, khiết cát, lật bàn chổi tiếp xúc CTC, chỉ đưa sau bằng chiếc clat của lật bàn chổi.

Xoay 114 - 112 vòng theo 1 chiều không xoay nhiều lần tránh chảy máu

- Nhúng dung cát có benth phản vào lọ dung dịch cố định.

- Quay lì tam lạy ean 60 độ - phết làm kín \rightarrow khuôn

- lọc hết qua:

Phản hồi:

Đánh giá: 1 ĐẠT

2 KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:

22. Thực hiện một cuộc tư vấn và hướng dẫn đầy đủ, chính xác và thích hợp (cá thể hóa) cho một người hay một cặp vợ chồng mong muốn dùng một phương pháp tránh thai

bệnh nhân nữ 28 tuổi, PARA 2002 (đã thường đẻ lần, con hiện khỏe mạnh), đến khám sau sau phái thai bằng phương pháp hút chân không, muốn了解更多 về biện pháp tránh thai.

- ① Chào hỏi, tạo lòng tin cho bệnh nhân + tư vấn thêm bối cảnh
- ② Hỏi, lắng nghe mong muốn của thai phụ: vợ chồng đã có 2 con (1 trai 1 gái), hiện tại không có nhu cầu sinh thêm con, vẫn có nhu cầu quan hệ với chồng
 - Giải đáp các thắc mắc, hiểu biết sai lệch trong nhận thức hành động của BN.
- ③ Tư vấn, giới thiệu các biện pháp tránh thai hiện có ở cơ sở và trên thị trường, cung cấp đầy đủ thông tin về ưu, nhược điểm, tác dụng phụ và tiền biến chứng kèm theo
- ④ Triết lý: Tránh thai vĩnh viễn, là hồi phục
 - Triết lý cho chồng: thất bại là thành công.
 - + Lợi điểm: đơn giản, nhanh chóng, ít nguy hiểm, chi phí thấp hơn nhiều so với triết lý nữ
 - + Nhược điểm: có thể gây sưng sau triết 3 tháng → 3 tháng đầu vẫn cần áp dụng biện pháp tránh thai ≠
 - Triết lý cho vợ: làm giảm doanh và vô trùng
 - Tác biến: chảy máu, nhiễm khuẩn
- ⑤ Phát dụng cụ TC:
 - Ưu điểm: đơn giản, rẻ tiền, hiệu quả cao, dễ có thai lại sau khi lấy dụng cụ ra
 - Nhược điểm: có thể gây tác dụng phụ chảy máu, xơ thai, hư
 - Biến chứng: nhiễm khuẩn, thủng TC, dụng cụ bám sâu vào cơ TC, ròi dụng cụ TC, có thai (tỷ lệ 22%), chèn ngoài TC
- ⑥ Bao cao su cho nam
 - Ưu điểm: nếu dùng đúng cách tránh thai vĩnh ngay chẵn các bệnh lây truyền qua đường tình dục
 - + An toàn, tiện dụng, dễ kiểm
 - + Dễ dàng mang theo
 - + Có thể dùng cho mọi lứa tuổi
 - + Hiệu quả 97% nếu sử dụng cách
 - Nhược điểm: có thể giảm cảm giác, dễ ráng.

⑦ Thuốc tránh thai: thuốc tránh thai kết hợp, thuốc chỉ có progesterone, thuốc tránh thai khẩn cấp

- Uống chậm: đỡ gần, ko cảm lâm, hiệu quả cao

- Nhập chậm: đỡ quên thuốc, nhiều tác dụng phụ bên ngoài, phụ nữ (rối loạn kinh nguyệt, nhút nhát...)

- Biến chứng: tăng khả năng đông máu, xuất huyết nôi ráo.

⑧ Tránh ngày phòng ngừa

- Uống chậm + đỡ gần, đỡ thuốc hàn với BN có chu kỳ kinh đều
+ ko tốn chi phí, ko làm giảm cảm giác

- Nhập chậm: tỷ lệ thất bại & có thai đến 38%

⑨ Xuất tinh ngoài âm đạo: giữ dương vật xe ngoài âm đạo trước khi xuất tinh

- Uống chậm: ko tốn chi phí, ko tốn chi phí, đỡ gần

- Nhập chậm: gây út chê' tâm lý, tỷ lệ thất bại có thể đến 20%

4) Giúp đỡ: sau khi dc tư vấn, giải thích đầy đủ, BN chọn phương pháp duy nhất cao su nam

5) Hướng dẫn tránh thai đúng cách.

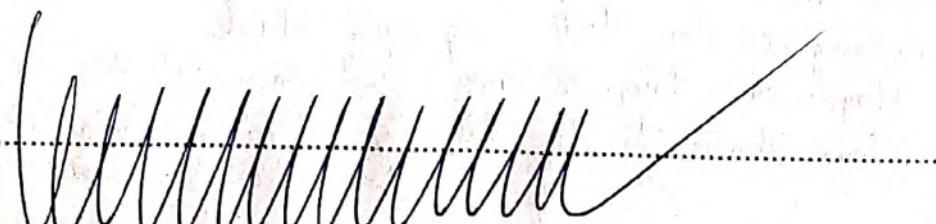
- Sử dụng bao cao su trong suốt quá trình quan hệ. Trước khi quan hệ
phải kiểm tra bao bi, han sử dụng, có rách ko, ko teo sứ dụng
- Sau khi quan hệ, giữ mép bao và tuột ra nhưng vẫn giữ bao far
chỗ, tháo cẩn thận rồi vứt vào thùng rác.

6) Gặp lại:

- Dặn dò BN, hen khám kiểm tra định kỳ

- Nếu có bất thường: tái khám ngay

Phản hồi:.....



Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá:.....

**23. Tư vấn đủ và thích hợp cho một người đến phá thai về các vấn đề liên quan
đến phá thai (trong ba tháng đầu) trước thực hiện và sau khi hoàn tất phá thai
(nội khoa hay ngoại khoa)**

Bệnh nhân nữ 35 tuổi. Vô sinh vĩnh viễn. Khám thai định kỳ phát hiện thai & tuần chốt lưu. Lần này nhập viện được chỉ định chính chỉ thai nghén PARA 1001 (Đe' thường 1 lần, còn hiện thao' mạnh)

⇒ Tư vấn trước khi phá thai

- Giải thích các mục tiêu khám và XN. cần làm: CTM, siêu âm máu, siêu âm, động mạch cổ bàng
- Rèm an BN, tránh lo lắng

⇒ Tư vấn cái phương pháp phá thai

① Phá thai nội khoa (gây say thai bằng thuốc)

- + Ưu điểm: + đơn giản, tin đeo hỏi so với phá thai ngoại khoa
- + Không gây tổn thương TC → giảm nguy cơ thủng TC, ít tràn nhầy
- + Không thường tái tử vong sau sinh sản
- + Chi phí thấp, hơn phá thai ngoại khoa
- Nhược điểm: + Tỷ lệ thành công thấp hơn
- + Thời gian phá thai kéo dài hơn (muốn nhất phải 2 lần mới chấm dứt)
- + Lượng máu, số ngày ra máu kéo dài hơn so với phá thai ngoại khoa
- + Có thể có 1 số tái dụng phụ: chóng mặt, buồn nôn, đau bụng, sốt, tiêu chảy

② Phá thai ngoại khoa

- Phương pháp hút chân không

- + Ưu điểm: Nhanh, tỷ lệ thành công cao, chỉ cần làm 1 lần
- + Thời gian theo dõi ngắn

+ Tác biến có thể xảy ra:

- Chóng tối đau hoặc nôn quá nhanh
- Chảy máu, thủng tử cung, sốt sau, sốt thai
- Nhiễm khuẩn nhẹ dữn nặng: Viêm nội mạc tử cung
Viêm phai phụ
Viêm tiêu phong

- Dính buồng tử cung: gây vô sinh, vô sinh

- Phương pháp nong & nạo thai

- + Nhược điểm: nhanh, tỷ lệ thành công cao

+ Tai biến có thể xảy ra:

- Chaoáng do đau & mất máu
- Thủng hổ cung
- Chảy máu
- Sốt cao, sốt rét
- Nhiễm khuẩn
- Đau bụng hổ cung

Sau khi hổ ván, BN chay phuony pháp hút chán không.

3) Túi ván, giải thích về các bước tiến hành thủ thuật.

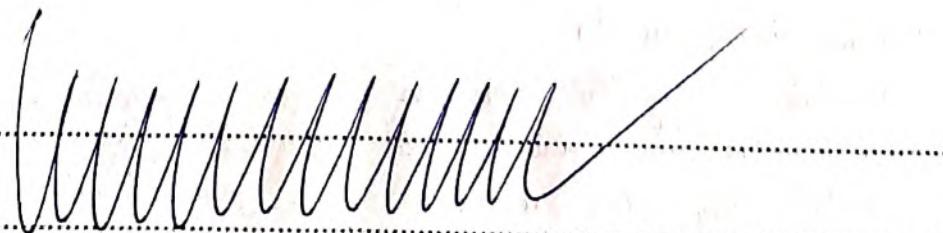
- BN được thực hiện hút chán không bởi bác sĩ bênh viện da liễustadtoo
- Thuốc khử tinh hanh, BN được sử dụng một loại thuốc nhỏ ngón chày lưỡi để làm mềm và mở cổ TC.
- Gray tế trắcé khử tinh hanh thủ thuật
- Bác sĩ dùng cái dụng cụ để nong cổ TC ra, lấy bón chát để hút cát to chui trong bụng TC
- Dùng kháng sinh để phòng nhiễm khuẩn

4) Nhắc lại cho BN về các túi biến có thể xảy ra

5) Túi ván chăm sóc, theo dõi sau phái thai

- Dùng thuốc theo ý lệnh của bác sĩ
- Không giao hợp cho đến khi hết ra máu cầm đao
- Túi ván cần gấp tránh thai
- Chế độ ăn giàu chất chống
- Hẹn tái khám sau 1 tuần hoặc nếu có dấu hiệu bất thường (đau bụng nhiều, ra máu nhiều máu đầm, ...).

Phản hồi:



Đánh giá: 1. ĐẠT

2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:

24. Tư vấn và hướng dẫn đủ, thích hợp cho một phụ nữ về thời gian và nội dung của tầm soát ung thư vú, tùy theo nhóm dân số nguy cơ được nhận diện

Bệnh nhân nữ 59 tuổi vào viện vì bị sờ thấy khối cứng ở vú trái.

* Tiền sử:

- PARA 2018 (đe' thường 2 lần, con hồn khỏe mạnh, Sảy thai một lần).

- Menses 8 năm

- Chưa phát hiện bệnh lý nội, ngoại, phụ khoa khác

* Khám

- Toàn trạng ổn định, M: 80kg/p, HA 120/80 mmHg, t^o 36,8°C

- HC bình thường (-), HC niêm mạc (-)

- Vú:

+ Vú trái có một khối thường kinh khoảng 2cm, ở vị trí 1/4 trên ngoài, ranh giới rõ, nhiều thùy, mặt đỡ chắc, di động được, ko có hạch nách

+ Vú phải: bình thường

- Các cơ quan + chửa phát hiện bất thường

* Các XN: đã làm

- SÂ + Vú trái: nhu mô tuyến vú bình thường, mặt đỡ tuyến vú bình thường, vị trí 2-3 giờ cói núm vú 2cm có 1 khối âm ranh kẽ dạng nhát, bò tuaげ, ranh giới ko rõ, có tăng sinh mạc, kích thước 10x15mm

+ Vú phải: nhu mô và mặt đỡ tuyến vú bình thường → ko thấy

- Chẩn đoán từ bao khối ở vú trái:

+ Kết nghiệm tế bào: chọc hút bằng kim nhỏ, trên lâm kính: có tế bào lân kết xoắn, các đám tế bào biểu mô tuyến vú nhân to, thô, kiểm định, hạt nhân rõ.

→ Kết luận: ung thư biểu mô tuyến vú trái.

⇒ Chẩn đoán xác định: ung thư biểu mô tuyến vú trái chưa điều trị.

- Bệnh nhân bị ung thư tuyến vú → cần nhập viện điều trị

- Tùy vẫn điều trị: phẫu thuật bảo tồn vú

+ Cắt bỏ riêng khối u

+ Cắt bỏ một phần mô xung quanh

+ Cắt bỏ các hạch trong hạch bắc huyết xung quanh

+ Xạ trị sau phẫu thuật.

3) Theo dõi, tam soát tung thư vú sau thi mổ

- Phòng 2 năm đầu: 6 tháng thăm lại để đánh nhận thuốc nhóm nguy cơ thấp (khỏi u nhỏ < 1cm, giòn, đơn, tái chở chưa có di căn)

- Phòng 2 năm tiếp theo: thăm lại 6 tháng / lần

- Sau 5 năm: nếu không có dấu hiệu tái phát, chỉ cần thăm lại 1 năm / lần

+ Khai thác bệnh sử & khám LS

+ Phám đồ can LS

- Chụp X quang, CT → theo dõi sự thay đổi kiêng thuốc và di căn
- Xạ trị xung: phát hiện di căn xung đế xử trí kịp thời

- Các chất chí cầm khói & C15-3 và CEA → dấu giá đáp ứng越来越好 thu với điều trị, phát hiện di căn

3) Phòng bệnh.

- Giữ vệ sinh ngực tốt: ngực có bú K vú: thói quen ăn uống, bơi lội, sử dụng hormon thay thế...

- Hút thuốc lá: khám vú tại nhà: 1 tháng/ lần, sau sạch kinh:

+ Quan sát trước gương & cao tay

- Hai tay buông thẳng

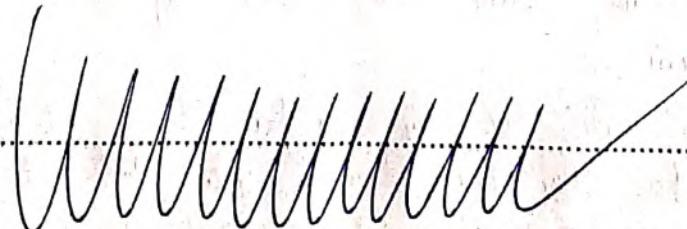
- Hai tay chéo hàng

- Hai tay chéo lên đầu

→ Quan sát, so sánh & lèn vú, núm vú có tut ko?

+ Nắn vú: đặt 1 tay sau gáy. Tay còn lại nắn vú theo chiều kim đồng hồ từ vị trí 12 giờ. Dùng đầu ngón tay nhẹ nhàng, từ mề trên toàn bộ mảng vú

Phản hồi:.....



Đánh giá: 1. ĐẠT

2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:.....

10

TỰ PHẢN HỒI 3

1. Bạn đã học được gì?
2. Bạn đã làm tốt những gì?
3. Điều gì bạn muốn cải thiện sau khi kết thúc vòng luân khoa?
4. Bạn định làm gì để cải thiện những việc mình làm chưa tốt?

1). Điều gì bạn đã học được

- cách giao tiếp, tiếp cận bệnh nhân
- các xét nghiệm sàng lọc thường quy trong 3 tháng đầu thai kỳ
- Các phương pháp tránh thai - kế hoạch hóa gia đình
- Các phương pháp phá thai
- Quan sát di chuyển của siêu âm cho 1 thai phụ, các thay đổi sốc cần chú ý trên siêu âm

2). Điều gì bạn làm tốt.

- Tiếp cận, giao tiếp, tư vấn, giải thích cho BN
- Tư vấn các biện pháp tránh thai hiện nay.
- Hỗn giá rõ ràng bùn lụn; đưa ra hướng xử trí cho một số bệnh.

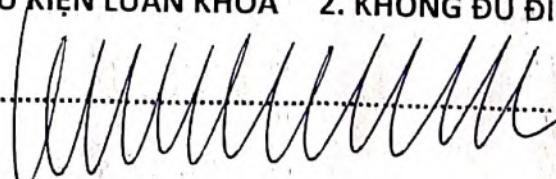
3). Điều cần cải thiện.

- Chủ động tìm hiểu fakt liệu, thăm khám trên bệnh nhân cụ thể
- Cần tư vấn nhiều hơn về chế độ ăn uống cho bệnh nhân
- Hướng dẫn bệnh nhân tuân thủ điều trị sau điều trị.

4). Điều cần làm để cải thiện.

- Học thêm fakt liệu, chủ động hỏi giảng viên frag khi giao ban
- Chủ động thăm khám bệnh nhân, tiếp cận BN trong các buổi trao đổi
- Tiếp xúc trao đổi, học tập cài bàn trong nhóm
- quan sát, học hỏi cách bác sĩ giải thích cho BN và người nhà

Đánh giá: 1. ĐỦ ĐIỀU KIỆN LUÂN KHOA 2. KHÔNG ĐỦ ĐIỀU KIỆN LUÂN KHOA

Người đánh giá: 

**25. Vận dụng được các dữ kiện lâm sàng, siêu âm và động học hCG để biện luận
chẩn đoán một trường hợp ra máu âm đạo trong 3 tháng đầu thai kỳ**

Bệnh nhân nữ 38 tuổi vào viện vì ra máu âm đạo ngày thứ 1

* Tiền sử: - PARA 2032 (Mở đẻ 2 lần, thai chỉ tháng, còn hiện khoe' máu)
Thứ thai 3 lần ko nhớ số tuần thai).

- Kinh nguyệt đều: chu kỳ kinh 30 ngày, số ngày hành kinh: 05 ngày, đợt thâm, có lượng vừa, ko lamen máu đồng màu cục, đau bụng vào ngày đầu chu kỳ
- Chu kỳ kinh bảy ngày, ngoại, phụ khoa ≠

Bệnh nhân châm kinh 2 tuần (ngày đầu kinh cuối 04/10/2021). Một tuần nay, BN buồn nôn, nôn nhiều, mệt mỏi và hay mất ngủ. Ngày nay, BN thấy đau âm ỉ vùng bụng dưới + ra máu âm đạo màu đốm thâm, số lượng ít, thủ que thử thai nhanh (+) → vào viện.

* Klein:

- Toàn trạng ổn định, da niêm mạc hồng
- HCG thiếu máu (-), HCG nhiễm trùng (-)
- Ko có dấu hiệu chấn thương
- Bụng mềm, ko chướng, PLTB (-)
- Ăn uống bt, âm đạo có ít máu đốm thâm
- CTC đồng kín
- Tử cung to hơn bình thường
- 2 phần phụ bình thường

⇒ Các triệu chứng có thể nghĩ đến:

- Thai kỳ: + Sẩy thai
+ Thai ngoài TC
+ Bệnh nguyên hào mũi
- + Xuất huyết do "cầm tử" ?

M: 85kg/p
HA 100 / 70 mmHg
t^o 36,8°C
BMI: 21,6
(155cm, 52kg)

- Ko liên quan đến thai kỳ
+ Ux - cổ tử cung
+ Rối loạn đông máu

⇒ Chẩn đoán XIV: hCG, 8A đầu đài AD, CTM, chít nang động máu

- hCG: 2256 mIU/ml
- SA: + Buồng TC có túi thai hàng chục 6 tuần 5 ngày, CRL 6,8mm, tim thai (+), bộ ối dày; ko có ux, ko có polyp
- + Buồng trứng (T) và (P) có nang nhỏ.
- + Douglas ko có dịch.

- CTM: Hcầu 4,30 T/L
Hb 130g/l
Hct 38,0%

Bcầu 7,46 G/L
Nếu 61,02%
Tcầu 34,2 G/L

- CNang động máu: bt

* Biến huân

- ko thấy ứ châm thường, xay xước
- loci trù tên thường thường sinh dục
- SÂ ko thấy u xo - polyp TC
- Khám CTC ko tên thường
- loci trù u xo TC - polyp CTC
- Chút nang đông máu bít thường
- loci trù RL đông máu.
- βhCG 2256 mU/ml

Chậm kinh 2 tuần

Bh ngheo: buốt nôn, nôn, mất ngủ

SÂ: buồng TC có túi thai

→ Có thai

- TC to hơn bình thường
- 2 phần phu bình thường
- SÂ có túi thai trong buồng TC
- Loci trù chèn ngoài TC và kết nguyên bào nuôi.
- LS: đau bụng dưới âm ỉ + ra máu âm đạo đợt thầm, số lượng ít
- CTC dài, tăng kín.
- βhCG dương ứng với tuổi thai
- SÂ: túi thai trong buồng TC + tim thai (+)
- Loci trù đã say thai.
- LS: đau bụng dưới âm ỉ ko lùn
- ko có HC NTrung
- ko nghĩ đến viêm xuất huyết ở bên nhân có thai.
- ⇒ Chẩn đoán: Thai kín 3-6 tuần 5 ngày
Do say thai / Vết mổ để cũ

Phản hồi:.....

* Xuất tri:

- Bệnh nhân nghĩ ngồi ful giường, nằm vahn đứng.
- chế độ ăn đầy đủ cal, tăng rau xanh tránh tái lây.
- Thuốc: cầm máu, nội tiết, giảm eo

Thiamin 500mg x 02 viên (U)

Duphasfen 10mg x 02 viên (U)

No-Spa 40mg x 02 viên (U)

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:.....

JM

M. Huynh

26. Nhận diện, đánh giá được vấn đề than phiền chính và tư vấn ra được quyết định quản lý thích hợp và cá thể hóa cho một bệnh nhân được chẩn đoán u xơ tử cung

Bệnh nhân nữ 39 tuổi vẫn vẫn vú ra máu âm đạo

Tiến sĩ: + PARA 2012 (Để thường xuyên phòng tránh, cần kiểm soát máu
não hưu phải mỗi tuần ko nhỏ xổ năm)

+ Phu khoa: U xo TC & nain co' uong thuc' nhung u ko nho' di
 kind nguyet cuu Ray thang, chua kieu sinh 30-35ngay, so' ngay lan
 kind 04ngay, slg crua, do' tham, ko lan mau cuc
 + Chuoi phat hien bly noi ngoai khoa f
 5 thang nay; BN se mai am duo' fed dai' trong moi' lan hanh kinh, thuc'ng
 10-15ngay, 3ngay cuu mau do' tham ko dung ho lan mau cuc, so' luong
 khien. Sau do' luong mau giacim dan, nhiet mau hanh. Kem theo idf BN truy
 nang fuz lung chua'i. Nguoi la BN ko so', ko co' phu' hub, cai tui' tieu bi,
 & nai chua'i xui' tri' gi -> va o vien.

- Phân tích: Tô cũn trang on' chín , ~~nhưng~~ HC theo' mui (+)

Bung trém kia chuaig, kia sō thay u cue, an' tuc vuong Ra or

Am du co'it mai do' than

M: 82l/p

CTC không khí, ko tên thường
phân TC chất, khối lượng phân tử: tháng
MC: 8000
HA: 110/80 mmHg
t° 36,7°C

t° 36,7°C

- Siêu âm: Tùi cung ria' sau, niêm mạc fū' cung fmm .

Phân phu: buồng trứng (T) nang nho. Buồng trứng (P) nang nho

Một sau TC có u xo^{bao} cát thuộc d=4.2 x 45 mm đ TC: $\frac{1}{2} \pi \times 4.2^2 \times 45$ mm³

- Soi CTC: CTC có công suất $d_2 = 42 \times 45 \text{ mm}$, dày TC là $32 \times 36 \text{ mm}$

- XN_o t^{er} b^{ac} h^{oc} CTC: k^o c^o t^b a^c tⁱⁿ , k^o b^{ac} s^an'

- HPV typ 16, 18 (-). Test PCR

- Test β HCG (-)

- CTM: Hàng cuối 4,64 TIL

Bach cát F GL

Hb 118 g/l ↓

New 68,4%

Hct 31,4% ↓

Tiêu chuẩn 308 G/L.

- XNđ đồng màu : bình thường.

⇒ Chân đoán: ta u xo từ cung biến chung sang kinh.

④ Vấn đề than phiền chung ở bệnh nhân lai: Rong kinh.

Ngoài ra có biểu hiện thiếu máu do rong kinh (đau dài, chóng mặt), chưa có biểu hiện chèn ép cơ quan xung quanh (không 57 nổiовар трухан, đau tiêu) thường, không đau bụng).

④ Hưởng xử trí

- Tuổi: 39 tuổi → lén tuổi
 - Số lần có thai: 2 lần, đã nạo hút thai một lần, ko có ý định mang thai trong tương lai.
 - Số lượng u xơ nhiều & mặt sau vú dày TC, có khản xó loại I (theo FIGO) $d = 32 \times 36\text{mm}$ → thường gây chảy máu do làm thay đổi cấu trúc niêm mạc TC
 - Bệnh nhân sang kinh nhiều tháng nay, có biểu hiện thiếu máu nhẹ
 - Bệnh nhân mong muốn có một biện pháp triệt sản
- ⇒ Tùy vẫn cắt tử cung bám phần để giải quyết các vấn đề & xo TC (OTC) (ko có tổn thương phổi hở).
- Hút; nạo sinh; thiết niêm mạc bụng TC để cầm máu và làm xét nghiệm mô bệnh học để loại trừ ung thư nội mạc TC
 - Chọn PT nới soi cắt TC bám phần và
 - + Ko có CEA của PTNS
 - + Phục hồi sức khỏe nhanh, thời gian nằm viện rất ngắn. 2-3 ngày
 - + Tỷ lệ thẩm mỹ cao
 - + Giảm biến chứng sau phẫu thuật: chấn thương, rò, rỉ, nhiễm trùng.
 - + Sau mổ ít bị đau

Phản hồi:.....

⑤ Sau phẫu thuật

- Theo dõi các biến chứng có thể xảy ra: xuất huyết, nhiễm trùng mủ màng, tổn thương cơc tay phải (rò, băng quang, rò niệu quản).
- Lâm sàng công thức máu
- STT - sau PT
- Giải thích cho bệnh nhân về thay đổi có thể xảy ra: năng nát không ảnh hưởng, RL giảm ngủ, đau rát xương..

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá:.....

27. Nhận diện được các nguyên nhân và ra được quyết định quản lý bước đầu thích hợp cho một trường hợp xuất huyết tử cung bất thường (không liên quan đến thai kỳ)

Bệnh nhân nữ 41 tuổi vào viện vì ra máu âm đạo

- * Tùy sự: PARA: 1021 (đe' thường 1 lần, nạo hút thai 1 lần ko nổ rõ nấm)
- U xơ TC fram đúp nút mao 2 năm trước ^{mô} CRTC + ^{lần} BVPS Hải Phòng
- Kinh nguyệt đều, chu kỳ 25 ngày, số ngày kinh: 5 ngày, số lượng vừa, có thăm, ko bẩn máu cục, máu đồng.
- Chưa phát hiện bệnh lý mới, ngoại khoa khác

6 tháng nay, bệnh nhân ra máu âm đạo 2 lần / tháng, tình chất giống máu kinh, kèm theo đau bụng dưới nhiều phổi dùng thuốc giảm đau. 1 tháng nay, BN ra máu âm đạo 5 ngày, tình chất giống máu kinh, sau đó số lượng giảm dần nhưng ko hết khoảng 5 - 6 ngày rồi lại tiếp tục ra máu nền trong 5 ngày tiếp theo. Ngoài ra BN ko có menses, hoa mắt chóng mặt, ngủ không ngon, có tiêu chảy bình thường, ở nhà chưa xử trí gì → vào viện.

* Khám:

- Toàn trạng ổn định, da norm hồng nhạt.

- HCG thiếu máu (+), HCG NT dương (-).
- Bụng mềm ko chướng
- Âm đạo có ít máu do thăm
- CTC ko tổn thương
- TC khói đường đường chướng thai 2 tháng, mặt đỡ chát
- Phản phụ 2 bên bình thường.

M: 85 kg

HT: 110 / 70 mm Hg

* Cân LS:

- SA: U xơ TC mặt tròn, loại 1 d₁ = 9x8,5mm, d₂ = 16x11mm, loại 2 d = 61x67mm, loại 5 d = 10x9mm

Bụng tròn hai bên chuỗi thay đổi rõ ràng. Súi cung ko có dịch.

- Soi CTC: ko có lỗ lò huyền, lugol bắt màu đều

- CTM:	H cao 4139 T/L	CaO 16,26 T
	Hb 114 g/L ↓	Nut 79,8% ↑
	Hct 35,8% ↓	T cao 318 G/L

- XN: CN đồng máu: bình thường

- HPV (-) - test hCG (-)

⇒ Chẩn đoán: Do u xơ tử cung / BN đã nứt mao (không liên quan thai kỳ)

* Giảp cần một trường hợp xuất huyết tử cung bất thường V, có thể nghĩ đến các nguyên nhân sau

nhóm nguyên nhân thoát về cấu trúc

Nhóm nguyên nhân không thoát về cấu trúc

⇒ Nguyên nhân thuộc về cấu trúc

- Polyp buồng tử cung
 - U xơ tử cung, duktur niêm mạc & vòi trứng
 - Bệnh cổ tuyến TC. Vay bily' lỗ rò niêm mạc TC vào cổ TC
 - Bệnh lý nội niêm TC
 - U ác tính tử cung.
- ⇒ Nguyên nhân không thuộc về cấu trúc
- Rối loạn phóng noãn
 - Bily' ròi' lâm đồng máu
 - Do sử dụng một số loại thuốc
 - chảy máu do điều trị khác
 - Nguyên nhân chưa xác định.

④ Vấn đề than phiền chính ở BN ròi' lòi: Rong kinh. BN có các biểu hiện thiếu máu do xuất huyết kéo dài (mệt mỏi, hoa mắt chóng mặt, ngủ không ngon). Ngoài ra BN đau bụng nhiều → có thể là bh có quan hệ đến sp.

→ Chỉ định xét nghiệm

- CTM, đồng máu cổ bàng → loại trừ bily' RL đồng máu, tăng nồng độ thiếu máu
- phCG → loại trừ có thai
- SÂ: BN có nhiều nhân xơ TC, k. thuốc khác nhau, loại 1,4,5 theo FIGO
- làm biến dạng buồng TC, bít孑 m. m. TC sống → gây sưng kinh. kèm theo u xơ can thiệp, sự phình toé niêm TC & mao mạch máu → chảy máu nhiều hơn
- Lap's test → loại trừ chảy máu từ CRC

⑤ Hướng xử trí:

- BN kinh Noci' (41 tuổi), không có mang muộn mang thai trong буддя. Lai và muộн có biện pháp chia tách triệt để → chỉ định cắt TC bain phản ứng để lai & phản ứng buồng mô mở
 - + CRC chia tách thường
 - + Phản ứng hai bên bình thường.
 - + BN đã từng chia tách u xơ buồng tử cung (2 năm trước) nhưng tình trạng xuất huyết tử cung ko thay đổi gì cả.
 - Sau khi mở, nếu bệnh phản ứng làm MN, m. k. h. sẽ có bài trì. ưng thử nội niêm TC. và u ác tính TC
 - Ghiết cho BN và giao chia sẻ các biến chứng có thể có sau mổ
 - + Chảy máu mom cắt → làm lại CTM, siết âm, khâu mom cắt
 - + Nhập mom cắt, vết mổ → dùng keo phô' xay, hàn kín giáp và siết vết mổ, thay băng hàng ngày.
 - + Tái thương các tang xung quanh: ít gặp.
 - Hẹp kín BN ăn uống lâu sau khi trung tiên, vẫn đang sớm giúp nhanh hồi phục, theo dõi nếu có biểu hiện đặc thù (ra máu, đau vết mổ nhiều...)

Phản hồi:.....

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:

28. Trước 1 bệnh nhân được chẩn đoán u buồng trứng, hãy biện luận để tả lời u này là cấu trúc cơ năng hay thực thể, lành tính hay không đảm bảo lành tính. Từ đó đưa ra quyết định quản lý phù hợp.

Bệnh nhân nữ 40 tuổi vào viện vì tiểu buốt.

* Tiền sử: PARA: 2002 (để thường dù tháng 2 lần, & con hàn phao mai)

- Cố kinh năm 18 tuổi, chu kỳ kinh 35 ngày, số ngày có kinh: 03 ngày, số kinh, số lượng ít, ko đau bụng, ko bùn máu đồng máu cục.

Tháng trước BN có kinh sớm 5 ngày so với chu kỳ, đau bụng âm ỉ vùng hạ vị, đau r้าo lán. BN đi khám định kỳ phát hiện khối u buồng trứng. Kèm theo đó BN thấy chóng mặt, đau đầu, mệt mỏi 1 năm nay. Một tháng nay, BN thấy tiểu khó, tiểu buốt. Ngoài ra ko sa máu âm đạo, ko khí hư, đau腹痛.

* Khám: - Toàn trạng ổn định, da n.m hồng

- HC thận máu (-), HC M&ung (-)

- Bụng mềm, ko chuồng

- Âm hộ bì, âm đạo có ít khí hư

- CTC ko tan thường. Thân TC to hơn bình thường

- Phản ứng (T) có khói $k_f d = 4 \times 5 \text{ cm}$, di động, anh túc (P) bùn thường

- Túi cùng ko dày, ko đau

* Cân LS:

SÁ: Buồng trứng (T) có khói giảm âm $d = 34 \times 39 \text{ mm}$, thân dài ko đều, $d = 38 \times 40 \text{ mm}$
Vú choroid $d \leq 8 \text{ mm}$

Buồng trứng (P) chưa thấy âm vang là

- CA 125: 13,17 U/ml L

- HE^f: 49,46 pmol/l L

- ROMA test: nguy cơ thấp K Biểu mô buồng trứng

- GPB: tờ chè u có mờ lk xo, biểu mô chè tiết nước fb nhau nhô đều, kinh → u nang nước lanh kín (sử dụng thử thi = cắt lanh) RBD

- Nối sợi CTC: ko tan thường, Lugol bắt màu đều → CTC bùn thường } → loại trừ tan thường CTC

- Tế bào học CTC mờ kín, ko có thê K }

⇒ XN, cần làm thêm: MRI

- Rõ rát sút âm thanh xám (theo phân loại Tokyo). Kiểu IIIAB (dạng hàng, có vỏ dày ko đều) → nghĩ nhiều đến u thận thể có túi sau thận

CAT 25, HE + bịnh thucbg
ROMA test nguy cở thấp
→ Nguy cở k bung tenig thấp.

⇒ Chẩn đoán: U nang buồng trứng (P)

④ Hystog ru' tr'.

- Khối u thuỷ thể có tàn sẹo fbaò
→ diệu tri ngoại khoa

- Nguy cở k thấp → phẫu thuật
nói soi boc ^{tách} vú tảo tinh phẫu thuật
trứng lán.

- Sau khi phẫu thuật phai' gủi
số thiết kế thi và làm xét nghiệm
mô bệnh học để loại trừ ung thư

- Tự vẫn và giải thích cho BN về
phương pháp PT Nội soi, cái biến chứng
cở thể xảy ra sau phẫu thuật.

+ Nhiễm trùng vết mổ → dùng
kiểm + ve sinh sạch sẽ,

+ Chảy máu, tụ máu vết mổ; đau
vết mổ → dấu giải toàn trạng, công
thết máu.

+ Nếu mổ bối fail, vẫn có khả năng
tái phát.

+ Cở thể tan' thường tang phai' → cần
theo dõi các dh ls bắt thường.

+ Huyết khối từ mael → hưng
đau BN ngồi dậy, vận động
sớm tránh nằm lâu

+ Cở thể' anh hưng đến nơi' tiết
trong cở thể'. Sau phẫu thuật bóc
tách; cắt mở seo cở thể' hìn' thành
3 vết mổ → cở thể' anh hưng đến
quá trình thu' thau'. Tuy nhiên BN
đã bón trôi, ko còn may mắn sinh
con và muộn giải quyết tủ trang.
PL kui' ngọt, tiểu buốt, tiểu khó'.

Phản hồi:

.....

Đánh giá: 1. ĐẠT

2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:

JM

29. Thực hiện đúng và đầy đủ việc chăm sóc sau mổ mở cho một bệnh nhân cắt tử cung

Bệnh nhân nữ 52 tuổi vào viện vì đau bụng + ra máu âm đạo ngày thứ 1 tiền sản: PARA 200d (Để mổ chỉ tháng, 1 nhí nam 3000gr)

Để mổ chỉ tháng, 1 nhí nữ 3200gr

Hiện tại: (con khoe mạnh)

- Phát hiện u xơ tử cung nhiều năm nay, ko rõ tuổi thuốc chửa chưa bị gi
- Mổ xuất thừa 30 năm trước.
- Chưa phát hiện bý nôi, ngoài, phụ khoa +

5 năm nay, bệnh nhân kinh nguyệt ko đều, số ngày có kinh 20 ngày, do thâm, ko lão máu các kinh đau bụng âm ỉ vùng hạ vị. Nhiều ngày đầu slg kinh nhiều, sau đó ít dần đi. Hết ngày BN ra máu âm đạo kéo dài 12 ngày, đi khám tại BVPSHP được chẩn đoán Rong kinh / U xơ TC và chuỗi chỉ định hút buồng TC. Sau khi về nhà 2 ngày BN lại ra máu âm đạo kèm theo đau bụng cảm giác. BN thường xuyên hoa mắt, chóng mặt, nhức đầu, mệt mỏi, ko sốt, đau tiêu tiền kinh thường → vào viện.

Phaim: - BN kinh, da niêm mạc hồng nhạt

- HC tim mạch (+), ko có HC NTX
- Bụng mềm ko chướng, PTTB (-)
- Ám hạ vị nhẹ.
- Ám độ, âm đạo: bình thường, âm đạo có ít máu do thâm
- CTC đồng kín, chật, ko có fimbia thường.
- TC: mệt do chật, ~~khô~~ dương kín hơn bt.
- 2 phần phụ bt, kering đỡ ko có dịch
- Ám Douglas ko dày, ko đau.

M: 78kg

HA 110/60mmHg

Cân lâm sàng:

- SÁ: nhân xơ mặt sau thận TC loại 3 d₁ = 19 x 12mm, nhân xơ thành trước eo và CTC loại 2 d₂ = 48 x 36mm. Nang buồng trứng (T) kthuật 32 x 27 mm

- HPV 16, 18 và type nguy cơ cao khác (-)

- Phản ứng PAP: tb CTC kín kín, ko có tb ung thư.

- MRF: da u xơ TC loại 3,2 theo FIGO + Nang đòn tuy buồng trứng (G)

- GPRB: U xơ có TC kín kín

- CTM: Hct 3,72 T/L

Hb 110g/l ↓

Hct 33,2% ↓

Bạch cầu 4,74 G/L

Neu 65,4%

Tcầu 264 G/L

- Test β-HCG (-)

⇒ Chẩn đoán: Da u xơ tử cung kín chứng sang huyết. Vết mổ dễ cũ & lần

Bệnh nhân được chỉ định mổ mở cắt TC

hoàn thành kín hai phần phổi

- * Châm sóc sau mổ mở
- ⇒ Ngày thứ nhất ($\leq 24h$)
 - Phac doi
 - + Toàn trạng, tri giác
 - + Dk sinh tồn: mạch, t^o, HA 2h/lần trong 6h đầu và 48h/lần trong những giờ tiếp theo
 - + Nước tiểu 4-6h/lần
 - + Tình trạng bụng 4-6h/lần: vết mổ có chảy máu, tụ máu 黑暗, bụng có chướng ko, có PU/IB ko?
 - + Âm đạo có xuất huyết hoặc ra dịch bất thường không?
 - + Có nhu động ruột, trung tiện chưa?
 - Truyền dịch: 2000ml/ngày (NaCl 0,9% + Glucose 5%)
 - Kháng sinh: chống NRH
 - Giảm đau: nếu BN đau nhiều
 - Khi có nhu động ruột → cho BN uống diel loãng. Khi đỡ trung tiện dc → ăn thức ăn đặc dần, ngừng truyền dịch
 - Vận động sớm tay chân (ngoài dây, di chuyển quanh phòng → giảm nguy cơ hthank cec máu đông + phục hồi nhanh)
 - Grü vết mổ sao se, khô ráo, thay băng hàng ngày
 - Rút sondé tiểu
- 2) Những ngày tiếp theo
 - Món cat có chảy máu ko? Nếu chảy máu nhiều → tham canh máu
 - Món cat có viêm ko (LS: sốt, đau bụng tăng, diel ATD hồi, mòn cat phù nề cùi chỏ, có HCNRH, CRP↑...)
 - + Nếu có: đổi lịch điều điều cao phổi sang + № sinh ATD hàng ngày
 - + Nếu diễn biến vẫn xấu hơn: pha'mon cat, dùng ksinh phổi xang, suy ATD x 05 ngày
 - Sau 5 ngày nếu ko có dấu hiệu bất thường, vết mổ khô liền tốt → có thể cat chỉ → xuất viện.
 - Ăn uống đầy đủ dinh dưỡng, uống nhiều nước để bù lại lượng nước mất doy qtx phat thueit.
 - Nếu ra máu, ra diel ATD cùi ve sinh sạch sẽ và thay băng 3 lần/ngày tránh nhiễm khuẩn
 - Hẹn tái khám sau 4-6 tuần hoặc nếu có các dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, xuất huyết âm đạo nhiều, bị fieū...)

Phản hồi:

.....

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá:

30. Nhận diện, đánh giá được vấn đề than phiền chính và tư vấn ra được quyết định quản lý thích hợp và cá thể hóa cho một trường hợp đau bụng vùng tiểu khung (không liên quan đến thai kỳ)

Bệnh nhân nữ 46 tuổi vào viện vì đau bụng

- * Tiền sử: - PARA 2072 (để thường 2 lần, chỉ thang, 2 con hổ mèo)
 - Hết thai 7 lần ko nhớ rõ thời gian)
 - Kinh nguyệt đều, chu kỳ kinh 32 ngày, số ngày kinh 05 ngày, lượng máu, đồ thâm, ko lão máu cục; đau bụng vào ngày đầu chưa kỹ
 - Vùng âm đạo đỡ.
 - Chưa phát hiện bít nốt, ngoài khoa #
- * Năm nay BN kinh nguyệt ho đều, số ngày có kinh 12-15 ngày, đồ thâm, ko lão máu cục máu đông. Kém đau bụng khiêu vùng hạ vị, đau lòi lòn. Nhưng ngày đầu sặc kinh nhiều, sau đó ít dần đi. Đợt này BN ra máu âm đạo 20 ngày, đồ thâm, kém đau bụng nhiều vùng bụng dưới, ở nhà uống thuốc giảm đau ko đỡ. BN thường xuyên hoa mắt, nhức đầu, mệt mỏi. Ngoài ra BN ko sốt, đại tiểu tiện bình → vào viện.

* Khám: - Toàn bụng ứ chích, da nám hirsut nhất

- HC tim mạch (+), HC NT trung (-)
- Bụng mềm ko chướng, PLTB (-), ứ huỷ hạ vị
- Âm hộ bt, âm đạo có ít máu đồ thâm
- CTC hép ko ngoài
- TC khí hư lỏng lỏn bt
- 2 phần phuy hình thường
- Tử cung ko dày, ko đau

M: 82kg

HTA 101/70 mmHg

+° 36,8 °C

BMI

(153 cm, 48 kg)

* Cân LS:

- SÁ: Thân TC mặt sau có lỗ dạng lục nội mạc trong cổ, dày lồi vào niêm mạc d = 2-4 x 25mm. Thân TC mặt trước có lỗ dạng lục nội mạc 25x28mm. Buồng TC có диаметр d = 10mm
- Phản phuy 2 bên chửa thai âm vang lẹ

- Soi CTC: CTC viêm, lugol bắt máu nhuộm nâu.

- Tế bào học CTC: tế bào vảy CTC - hình da chín nhân nhỏ đều, bào tử thường bất thường, thường hình trụ ~~tròn~~ đơn nhân. đơn cát dày nhỏ đều, lõi trống.

- | | |
|----------------------|------------------|
| - CTM: Hct 405 T/L L | Bcell 9,79 G/L L |
| Hb 109 g/l ↓ | Neu 55,8% L |
| Hct 34,6% ↓ | Tcell 309 G/L L |

- CN đầy máu, CN gan thận bình thường.

⇒ Chẩn đoán: U lạc nội mạc TC trong cổ tử cung

④ Vai' dẽ' thon phiền chín cùi bắp
nhóm: - đau bụng kéo dài, uống giảm
đau không đỡ.

- Rong kinh → BN hoa mắt, chóng mặt,
mệt mỏi, mất ngủ.

⑤ Tiếp cẩn & truyề hợp đau bụng vùng
trái khuỷu (to liên quan đến thời kỳ).

- Cân bì trễ cái nguyên nhân gây đau
bụng cấp tính như (viêm ruột thừa, xoắn
or rò rỉ nang buồng trứng, ...)

- BN này đau bụng mạn tính, có thể
nghĩ đến cái nguyên nhân:

+ U xơ TC

+ Lạc nội mạc trong cơ TC

+ Viêm phổi phu mạn tính.

+ Nang buồng trứng tái phát

+ Nhiều kinh thường tiêu.

+ H/C ruột kinh thường.

- SFT: thường khởi động lạc nội mạc TC
25+28mm, phần phụ 2 bên bình thường

→ u lạc nội mạc trong cơ TC là nguyên
đau bụng và nội soi toàn kinh quyết.

- Ngoài ra BN ở gót chân mẩn kinh; hot
hết hợp đổi - tay/đen - buồng trứng
thay đổi → cái chu kỳ kinh không đều đặn,
cái chu kỳ kinh có phaig ngắn → có thể
là nguyên nhân ở BN này.

- BN có tửu husat thai không dẫn → làm
biến đổi cấu trúc niêm mạc TC → dễ
chảy máu.

† Hướng xử trí.

- Thuốc nôn & sinh thiết buồng TC để
căm máu cũng như lọc trú ứ ung thư

- BN mang mầm' chìu tr' triệt đe'
Không mang thai thêm trong
tương lai

Phản phụ hai bên bình thường

→ Chỉ định cắt TC bên phản giáp lại
hai phản phụ.

Lưu ý: phương pháp phẫu thuật nói
soi vì kinh thường u không quá lớn;
BN ít bị đau sau mổ, thời gian hồi
phục nhanh hơn, giảm nguy cơ chảy
máu & dinh dưỡng phản ứng mổ mờ.

- Ngoài ra cần điều trị nội khoa ho
tới 3-6 tháng sau mổ → giảm nguy cơ
tái phát

Phản hồi:.....

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá:.....

**31. Thực hiện đúng và đầy đủ việc chăm sóc sau mổ nội soi cho một bệnh nhân
chữa ngoài tử cung, u buồng trứng lành tính**

Bệnh nhân nữ 24 tuổi vào viện vì đau bụng + ra máu âm đạo ngày thứ 4

Tâm sự: PARA 1001 (Đo' mổ: 1 phi trai 2600gr, hiện khỏe mạnh.)

+ kinh nguyệt đều hàng tháng, chu kỳ kinh 28-35 ngày, số' ngày

kinh: 04 ngày, số' kinh vuông, đỡ thấm, ko lấn máu cục, đau bụng nhiều vào ngày đầu hành kinh

+ Chưa phát hiện bì' nở', ngoại, phụ khoa +

Tháng này BN châm kinh 10 ngày, xé máu 3 ngày, đỡ thấm, số' lượng ít, ko lấn máu cục. Sau khi sạch kinh 15 ngày, BN ra máu âm đạo 4 ngày, máu đỡ thấm, số' ít kèm đau bụng âm ỉ vùng hạ vị, đau bên (T) nhiều hơn. Ngày nay, BN đau bụng tăng lên, mỗi cơn đau kéo dài khoảng 5p, cơn đau dữ dội. BN đã dùng Paracetamol 650mg nhưng ko đỡ → vào viện.

Khám: Toàn trạng ổn định, HC thiếu máu (+), HC NTBN (-)

- Bụng mềm, ấm từ HCT

- Âm hộ: ấm, đau có if máu đỡ thấm

M: 85 l/p

- CTC đồng đều, tím

HA: 110/70mmHg

- TC khỏe, bụng thường.

- Phan' phu (P) bình thường, phan' phu (T) ẩn đau, có khói

- Cung đỡ dày nề, ẩn đau

Cân LS:

- SÁ: TC ngoài sau, niêm mạc TC 6mm. Buồng TC ko có bì' phai

phan' phu (P): nang nhỏ. phan' phu (T): có buồng frim (T) có khói gramin lỏm, ko đang nhất giây han ko rõ d = 38x53mm trong vùng trung tâm, có hình ảnh giống túi thai ~ 5 tuần.

Cung đỡ có diếp.

- βhCG: 6005 mUI/ml

- CTM: HC 3,9G/L ↓

Bcầu 9,68 G/L

Hb 100 g/l ↓

Nut 49,8%

Hct 30,2% ↓

Tcầu 344 G/L

- XN: SHM, đông máu cổ bẩn: bình thường.

⇒ chẩn đoán: Theo dõi chửa ngoài TC bên (T) / Vết mổ đẻ cũ

BN được chỉ định PT nội soi để chẩn đoán & điều trị cắt phổi chửa, kiểm tra ổ bụng 100ml máu đỡ buồng ổ bụng ko đổi. Khối chửa đoạn bụng đối TC bên (T) tím sẫm, rỉ máu.

67

Cắt với TC bên (T), đỡ tách máu. Phòng & sau PT leo xay mèo天涯

* Chăm sóc sau mổ Rối sói

1. Chăm sóc vết thương

- Vết thương nhỏ, đau, bằng băng băng dán thoáng, thoa kem nước
- Giữ sạch, khô vết thương, thay băng hàng ngày
- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày
- Theo dõi toàn trạng, mạch, HbA, f°

2. Hoạt động sau mổ

- Vận động ngoài đầy đủ giường, chỉ bị cản trở: Cung tốt tránh tĩnh dinh xuất + giữ phue hồi phục nhanh
- Uống nước sau khi phẫu
- Khi đã trung tiền có thể ăn uống bình thường, bổ sung chất dinh dưỡng.
- Tránh vận động nặng 1-2 tuần đầu sau mổ

3. Theo dõi các biến chứng sau PT

- Nhiễm trùng vết mổ → dùng Esin
- chảy máu → điều toàn trạng, làm công thức máu
- viêm phổi,肺炎,ARDS
- Tốn thường thành bụng (chảy máu, thoát vị thành bụng)

Phản hồi:

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT

Người đánh giá:

- Tốn thường cai dung khái (ruột, bàng quang, mạch máu lớn...)
- ④ Một số biến chứng sau mổ
 - Đau vai, đau lưng, đau bên sườn 1-2 ngày đầu → có thể do hơi CO₂ chưa hết
 - Càng đau ít ở vết mổ
 - Tút bụng 1-2 ngày đầu
 - Chảy máu hụt ít or nhiều hoảng loạn → có thể chung giảm đau, đáp ứng kém lên vết thương, dùng băng rỗ sinh sao vỗ thay bằng khăn/nguội đan bao vỗ cheo.

32. Thực hiện đúng và đầy đủ các bước của tiến trình khám phụ khoa

Khám phụ khoa là khám hai vú và bộ phận sinh dục ngoài thời kỳ thai nghén.

⇒ Bộ phận sinh dục ngoài

→ Chuẩn bị

- Giải thích trước sau cần khám
- Chuẩn bị phòng khám, ánh sáng
- Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ: bàn khám phụ khoa, đèn chiếu, mỏ vịt, klem kẹp lông, lông, gạc, găng khám, dầu parafin. ⇒ đảm bảo sạch sẽ vô khuẩn, thuỷ sát khuẩn phòng thường, дол khuỷ khuẩn

- Hỏi tiền + lý do đến khám

- Hỏi nghề nghiệp cui chồng, khái niệm
- Chucn bị bệnh nhân: hướng dẫn đi tiểu, VS bộ phận sinh dục; bộ quần và giặt BN lên bàn khám

- Rửa tay thường ngày

⇒ Khám bụng dưới & bên

- Hướng dẫn BN nằm xuống bàn, tay bụng xuôi hai bên

- Bó lỗ bìu đỡ vùng bụng

- Nhìn: sẹo mờ, diết có trung, tưới hoan bằng hổ

- Dùng mặt trong của tay cùi nhẹ nhàng các vùng bụng, xem có u to? Nếu có: rtx, kích thước, mặt đố, độ di động, có đau ko?

- Xác định điểm đau, PU'TB

- Nếu có bóp vùng bên, chỉ găng cao 2 tay trước; chỉ khám lâm sàng, không u hay sưng

3. Khám bộ phận sinh dục ngoài

- Hỗn BN nằm đứng tư thế, trán, lối tay xung che kín qua đầu gối

- Điều chỉnh ánh sáng chiếu thông vào bộ phận sinh dục

- Ánh sáng sạch cáy & tay

- đặt tay vào mặt trong đùi BN trước khi chạm vào bất kỳ vị trí nào của bộ phận sinh dục

- Ktra vùng mủ, âm vật, TSM

- Dùng 2 ngón tay mở 2 môi bên, ktra môi nhỏ, âm vật, lỗ niệu đạo, lỗ âm đạo

- Khuỷ môi nhỏ: ktra có sưng, tiết dịch, cùi đau, bít & các lỗ dò. Số xem có bất thường hay u nhô to?

- Ktra tuyến Skene xem có tiết dịch hay cùi đau. Lồng bàn tay ngược, nhẹ nhàng chà các ngón tay vào AP cùi bên trên niệu đạo, vuốt nhẹ vào tuyến theo hướng bên rồi hướng vào niệu đạo

- Ktra tuyến Bartholin xem có tiết dịch hay cùi đau. Nếu có tiết dịch này, lấy chất nhầy để nhuộm (tr và thử lây cầu và Chlamydia) Nếu có nhiễm trùng phổi thay găng trước thi khám tiếp.

- Hỗn BN vẫn mant trong khi van mờ lỗ AP dù ktra xem có sa thải nước/sau cùi AP to?

- Qsát kỹ TSM: có sẹo, hổm thường, viêm nhiễm, trầy xước, biến da lõo?

- +) Khám bằng mõ vít
- Chon mõ vít phù hợp. Giảm thiểu cho BN bịt bít sự chuẩn bị làm gì.
 - Điều mõ vít vào sâu trong AB rồi mõ mõ vít vào xoay đều qsa't các thành AB & xót viêm nhiễm, laet hay fai thg ko? Nếu có vết dịch ko?
 - Qsa't CTC, lõi CTC ; xót: màu sáu, vtrí, độ thắn, chất fết. Nếu CTC đe' chảy máu, hay có nhiều nhầy → fay 1 phau de' nham Gram ; XN, lâu cùu, chlamydia, sỏi tuoi or cay' ne' can. Chú ý khi đặt mõ vít cần de' CTC ở hì thế' hì nhiễm, ko hành kogn & cùu sỏi mõ vít → tránh 1 nham lõi tuyen' CTC
 - Tháo mõ vít. Ngâm vào ab chlorin 0,5% để fay ue'.
- 5) Khám bằng tay.
- Nhỏ rao' ngón trỏ & ngón què = đầu bối tron
 - Mõ mõ lõi = 2 ngón tay trên bụng, sau đó dưới ngón trỏ & ngón què lõi tay kia vào trong AB
 - Đoi' co' dùng tay chà gõi, nhẹ nhàng cùu xuong & chà ngón tay rao' trong đen thi châm CTC
 - Xoay ngược đồng ban tay bên, lõi theo thành ruoc AB đen thi châm CTC

Phản hồi:

- Phá mõ dài, Khuỷ, hinh clang CTC. Xót vtrí, mật độ CTC
- Dùng ngón tay tuy nhẹ nhưng CTC hì bên này sang bên kia
- Phá & ngón tay (-) AB vào fui cùng sau, só tham TC
- Giò nán TC xót: khuỷ, hinh clang, vtrí, mật độ, ch'đang, da
- Xót vtrí buong trung: đặt ngón tay tron AB vào cùng đt bên. Di chuyển tay fay buong ue' cùng phia & về bên TC: Xót vtrí, khuỷ, mật độ, ch'đang, da' buong trung
- Lặp lại vs buong trung bên kia
- Nếu có khói u: vtrí, khuỷ, hinh clang, mật độ, da, kg vs TC

II Khám vú:

- 1) Hỏi bệnh + lý do khám khám
tsu' bẩn tham, già đình.

2) Khám bệnh.

(*) Ngu:

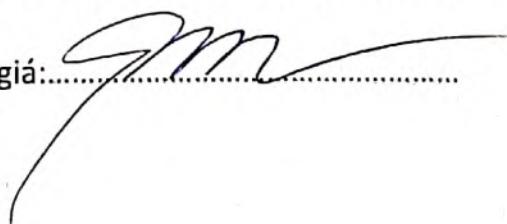
- Chuẩn bị

- + Quan sát dưới nguồn ánh sáng fôt
- + BN chung or ngồi, hai tay buong thang hoặc giữ lên đầu.

- Quan sát

- + G' seo PT cũ ko? Vùng da vui và so sánh il ben.

- + Tìm thay đổi' ue' màu sắc da xq: bầm hím, gỏi y châm thường, long ban nghé đen vien.

Đánh giá: 1. ĐẠT 2. KHÔNG ĐẠT Người đánh giá: 

+ Su^{bắt} cùn xứng gùi lùi : mồi cá
hay cùn còi hùi lùi, mức độ bắt
cùn xứng

+ Hình dạng, kích thước quang vui &
núm vui, so sánh ở bên

④ Sở :

- Chuan' bù : BN nằm ngửa, để ngực
trên, đặt tay ở trên đầu (khéo căng
mô vú so với thành ngực)

- Pham' bằng 2 bàn tay hoặc 1 bàn
tay : 2 bàn tay để phẳng, lòng cái
ngón tay day nhẹ nhàng theo vỉa trên
chung suối theo hướng xoant oè, bắt đầu
hết rì rì bên ngoài

- Khi sở nén vú phải giải: mô vú chắc
hay mềm, đồng nhất hay có vùng cảm,
vú có u to? Nếu có mô ta' dày đặc
hết chất, k' thèo, utri, hình dạng,
mức độ di động, định vào cơ ngực,
định vào da

- Pham' nén : trước hết pham' sâu
trong lõi nách : hai bàn tay ấn
nhẹ lên bụng suối để tìm có
hết to? Sau đó quay xoay tay
ra ngoài, từ bên có ngực đi về
hết. Nếu có hạch : số lượng,
mức độ, tính di động.

⑤ Pham' núm vú

Pham' núm vú nên pham' = ngắn
kho' Engon cái, dài giải thích
thuốc, hình dạng, độ dài hồi,
quang rú re, có tiết dịch ko?

- Nếu có dh bắt thường

→ h' r' r' l'm XN.

+ Chac te' ba'

+ Xquang vu'

+ XN d'k' v'

- C' k'f que' → hd' n' f.

TỰ PHẢN HỒI 4

1. Bạn đã học được gì?
2. Bạn đã làm tốt những gì?
3. Điều gì bạn muốn cải thiện sau khi kết thúc vòng luân khoa?
4. Bạn định làm gì để cải thiện những việc mình làm chưa tốt?

1) Những điều đã học được.

- Tiếp cận bệnh nhân vào viện và sau bụng cũng tiêu chung, xé mai âm đạo bất thường có liên quan đến thai kỳ & kể đến quan đến thai kỳ
- Triệu chứng LS, cảm LS của một số bệnh lý cụ thể: u xo/ TC, chửa ngoài TC, u buồng trứng, ...
- Chăm sóc, theo dõi một trường hợp cụ thể sau mổ mở / PT nội soi cắt TC.

2) Những điều đã làm tốt.

- Biết + luận, & sơ bộ dựa trên cái đã hiểu khai thác được.

3) Những điều muốn cải thiện

- Hỏi bệnh và chỉ định xét nghiệm một cách có hệ thống.
- Thăm khám phụ khoa trên BN cụ thể
- Phân biệt chẩn đoán với u nguyên bào nuôi
- Phân biệt u buồng trứng có nang và thực thể, lanh tinh hay có túi

4) Những việc cần làm để cải thiện

- Học thêm tài liệu + học cách điều trị một case cụ thể
- Cố gắng học tiếng Anh nhanh
- Hỏi bác sĩ về hướng điều trị cụ thể.
- Quan sát cách hỏi vẫn + giải thích cho BN & già đình.

Đánh giá: 1. ĐỦ ĐIỀU KIỆN LUÂN KHOA 2. KHÔNG ĐỦ ĐIỀU KIỆN LUÂN KHOA

Người đánh giá:.....

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG
BỘ MÔN PHỤ - SẢN**

PHẦN II

**Nhật ký hoạt động học tập tại khoa phòng,
tại giờ học chung và các hoạt động bất kỳ khác**

(Phần nội dung ghi chép tự do, với bình luận của giảng viên)

Portfolio Sản Phụ khoa 2021 - 2022

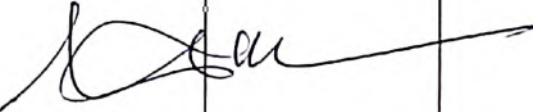
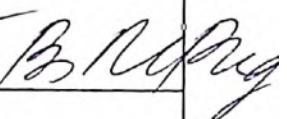
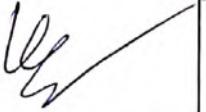
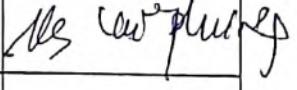
**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG
BỘ MÔN PHỤ - SẢN**

PHẦN III

**Phản hồi và đánh giá sự tiến bộ của sinh viên,
thường xuyên và cuối kỳ của giảng viên phụ trách**

Portfolio Sản Phụ khoa 2021 - 2022

XÁC NHẬN THAM GIA TRỰC

STT	Nơi trực	Thời gian trực (từ ... đến ...)	Nhận xét của Bs trực	Chữ ký Bs trực
1	Phòng đẻ	19h30 ngày 6/11 đến 7h30 ngày 7/11		
2	Sản 3	7h30 - 19h30 ngày 14/11		
3	Phụ 1	19h30 ngày 21/11 đến 7h30 ngày 22/11		
4	Phòng đẻ	19h30 ngày 29/11 đến 7h30 ngày 30/11		
5	Cấp cứu	19h30 ngày 07/12 đến 7h30 ngày 08/12		

Bộ môn Sản, Đại học Y Dược Hải Phòng