

# GIẢI MÃ SẢN KHOA

---

26





# ĐÔI LỜI MỞ ĐẦU

---

Trong năm học này, hình thức Team-Based Learning của Bộ môn Sản đã để lại trong mỗi chúng ta những ấn tượng khó phai.

Sau đây, chúng mình xin trình bày những câu hỏi và tình huống lâm sàng đã được sử dụng trong các giờ học của bộ môn và những phân tích của tổ mình dưới sự hướng dẫn của thầy cô.

Tài liệu được biên soạn bởi chính các bạn sinh viên nên có thể mắc những lỗi nhất định, mong các bạn xem đây là một tài liệu tham khảo và vui lòng tự đánh giá nội dung.

Xin cảm ơn các bạn.

**Nhóm tác giả**

**Tổ 26 - Y2014 - Đại học Y Dược TpHCM**

# NHÓM TÁC GIẢ

---

## Nguồn tài liệu

Toàn bộ những câu hỏi lý thuyết readiness assurance test (RAT) và tình huống lâm sàng application (APP) trong tài liệu này thuộc quyền sở hữu trí tuệ của bộ môn Sản - Đại học Y Dược TpHCM.

## Sinh viên biên soạn

### Tổ 26 - Y2014 - Đại học Y Dược TpHCM

Phạm Huân Đạt

Cảnh Xuân Quỳnh

Cao Văn Hải

Hoàng Thị Thương

Trần Lê Quốc Khánh

Hồ Minh Triết

Trần Thiện Khánh

Tun Visal

Trần Nhân Nghĩa

Nguyễn Đức Vượng

## MỤC LỤC

ĐÔI LỜI MỞ ĐẦU .....	3
NHÓM TÁC GIẢ .....	4
MỤC LỤC .....	5
Bài 1 RAT Dẫn nhập về Y học sinh sản Buồng trứng, noãn bào, phôi và thai.....	6
Bài 1 APP Dẫn nhập về Y học sinh sản Buồng trứng, noãn bào, phôi và thai .....	11
Bài 2 RAT Nửa đầu thai kỳ Tầm soát lệch bội và bất thường thai .....	16
Bài 2 APP Nửa đầu thai kỳ Tầm soát lệch bội và bất thường thai.....	20
Bài 3 RAT Quản lý thai nửa đầu thai kỳ: Thiếu máu và nhiễm trùng .....	24
Bài 3 APP Quản lý thai nửa đầu thai kỳ: thiếu máu và nhiễm trùng .....	28
Bài 4 RAT Xuất huyết 3 tháng đầu thai kì.....	31
Bài 4 APP Xuất huyết 3 tháng đầu thai kì .....	34
Bài 5 RAT Lượng giá sức khỏe thai .....	38
Bài 5 APP Lượng giá sức khỏe thai.....	41
Bài 6 RAT Quản lí thai nửa sau thai kỳ: Sinh non và thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung.....	45
Bài 6 APP Quản lí thai nửa sau thai kỳ: Sinh non và thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung.....	49
Bài 7 RAT Rối loạn chuyển hóa Carbohydrate trong thai kỳ .....	52
Bài 7 APP Rối loạn chuyển hóa Carbohydrate trong thai kỳ.....	54
Bài 8 RAT Tăng huyết áp trong thai kỳ.....	56
Bài 8 APP Tăng huyết áp trong thai kỳ .....	58
Bài 9 RAT Chuyển dạ bình thường .....	60
Bài 9 APP Chuyển dạ bình thường.....	63
Bài 10 RAT Chuyển dạ bất thường.....	64
Bài 10 APP Chuyển dạ bất thường .....	67
Bài 11 RAT Cấp cứu sản khoa.....	74
Bài 11 APP Cấp cứu sản khoa .....	77
Bài 12 RAT Chăm sóc hậu sản và nuôi con bằng sữa mẹ .....	80
Bài 12 APP Chăm sóc hậu sản và nuôi con bằng sữa mẹ .....	84

## **Bài 1 RAT Dẫn nhập về Y học sinh sản**

### **Buồng trứng, noãn bào, phôi và thai**

1 Yếu tố nào là yếu tố chủ yếu dẫn đến sự khác biệt tính trạng ở thế hệ sau? **Chọn 1 câu đúng**

- A. Do genotype được quy định bởi cả cha và mẹ
- B. Do thiết lập lại chương trình thương di chuyên
- C. Do đột biến trong vật chất di truyền của hợp tử
- D. Cả ba yếu tố trên có tầm quan trọng như nhau

#### **Khái niệm Epigenetic**

- Epigenetic (Thương di truyền hay những biến đổi di truyền ngoại gen): là quá trình điều hòa biểu hiện gen thông qua việc acetyl, methyl hóa ... protein histon trên nhiễm sắc thể.

+ Acetyl hóa đuôi histon giúp mở gen

+ Methyl hóa đuôi histon giúp đóng gen

- Đặc điểm quan trọng của thương di truyền là: Nhanh (1 thế hệ) và có lợi

+ Không biến đổi trình tự ADN

+ Xảy ra nhanh chóng ngay trong những giai đoạn phát triển khác nhau của cùng một cá thể nhằm thích ứng với môi trường (có lợi)

+ Ví dụ: Ba mẹ cùng truyền một gen cho con, nhưng tùy con sống trong môi trường nào mà gen tương ứng sẽ được mở hay tắt để đảm bảo sự thích ứng trong môi trường đó.

#### **Epigenetic và Mutation (Đột biến)**

- Đột biến: là những biến đổi xảy ra ngay trên trình tự ADN, ở mức độ lớn hơn là cả đoạn NST

- Đặc điểm quan trọng của đột biến là: Chậm (nhiều thế hệ) và có thể có lợi / hại

+ Đột biến gây biến đổi trình tự ADN → ảnh hưởng tới việc biểu hiện tính trạng nhưng chưa biết là có lợi hay có hại, phải trải qua nhiều thế hệ dưới tác động của chọn lọc tự nhiên mới biết được

+ Cụ thể: Một đột biến gen lặn cần phải đột biến cả hai allele mới biểu hiện ra, quá trình này cần nhiều thế hệ. Khi đột biến này được biểu hiện, tùy thuộc vào điều kiện môi trường lúc đó mà nó là có hại hay không.

+ Ví dụ: Đột biến mất đuôi có của con người là một đột biến có lợi nên được chọn lọc tự nhiên giữ lại, tuy nhiên quá trình mất đuôi này cần rất nhiều thế hệ → Con người hiện tại không có đuôi.

#### **2 quá trình lớn của Epigenetic**

- Trong epigenetic có hai quá trình lớn là: erasure và imprinting

- Hai quá trình này được gọi chung là reprogramming (tái chương trình hóa)

- Một cách đơn giản là tái chương trình AND mẹ để phù hợp cho đời con.

- Trước khi truyền cho con, việc đầu tiên là tắt tất cả gen (methyl hóa mọi gen). Quá trình này gọi là erasure.

- Sau đó, tùy theo điều kiện môi trường của con mà bật những gen nhất định (khử methyl hóa). Quá trình này gọi là imprinting.

- Reprogramming chính là điểm quan trọng tạo nên tính đa dạng loài. → Đáp án B

2 Đột biến trên một nucleotide duy nhất của một gen mã hóa protein có thể gây ra hệ quả nào? **Chọn 1 câu đúng**

- A. Thay đổi chức năng của protein đó
- B. Đình chỉ sự tổng hợp của protein đó
- C. Tính đa hình của loại protein đó
- D. Đột biến điểm dẫn đến cả ba hiện tượng trên

3 Trong các ncRNA sau, ncRNA nào can thiệp vào tiến trình phiên mã DNA thành RNA? **Chọn 1 câu đúng**

- A. tRNA
- B. Xist
- C. mRNA
- D. miRNA

4 Ở người phụ nữ, sự chiêu mộ noãn nang tại buồng trứng được kích thích bởi yếu tố nào ? **Chọn 1 câu đúng**

- A. Inhibin B
- B. Anti-Mullerian Hormone
- C. Con đường PTEN/PI3K/Akt
- D. Gonadotropin Releasing Hormone

**AMH: Anti mullerian hormone**

- Có tác dụng ức chế sự kích thích phát triển noãn của con đường PTEN/PI3K/Akt nhằm tiết kiệm noãn được chiêu mộ trong mỗi chu kỳ cho người phụ nữ.
- Chú ý: quá trình chiêu mộ này xảy ra trong giai đoạn không phụ thuộc vào gonadotropin → khảo sát AMH là khảo sát số lượng trứng được chiêu mộ trong giai đoạn không phụ thuộc gonadotropin.
- AMH mà thấp thì gợi ý có nhiều trứng được chiêu mộ trong mỗi chu kì.
- Trong giai đoạn phụ thuộc gonadotropin ta sẽ dùng estrogen, inhibin B ...

**AMH: ở nam và nữ**

- Trong giai đoạn phôi thai nam, AMH giúp ức chế sự hình thành ống Muller, sau khi sinh nồng độ AMH giảm xuống rất thấp ở nam.
- Trong giai đoạn phôi thai nữ, AMH không có nhiều vai trò, khi buồng trứng hoạt động, nồng độ AMH tăng lên cao với vai trò quan trọng trong quá trình chiêu mộ noãn.

5 Hiện tượng nội tiết nào trong các hiện tượng sau thể hiện tác dụng paracrine của hormone? **Chọn 1 câu đúng**

- A. Tác dụng của Steroid của buồng trứng thúc đẩy sự phát triển và phân tiết của nội mạc tử cung
- B. Tác dụng của Prolactin của tiền yên ức chế các hoạt động chế biến các Gonadotropin từ tiền yên
- C. Tác dụng của PTEN/PI3K/Akt và AMH trên các phức bộ nang noãn đang ở trạng thái nghỉ ngơi

D. Tác dụng của Gonadotrophin Releasing Hormone của hạ đồi lên chế tiết Gonadotropin từ tiền yên

6 Ở giờ 18<sup>th</sup> sau thụ tinh, thấy chỉ có 1 tiền nhân và 1 cực cầu, vậy đã xảy ra vấn đề gì? **Chọn 1 câu đúng**

- A. Noãn bào không hoàn thành được phân bào giảm nhiễm thứ II
- B. Noãn bào không hoàn thành được phân bào giảm nhiễm thứ I
- C. Sự xâm nhập vào bào tương noãn bào của tinh trùng bị thất bại
- D. Phân bào giảm nhiễm đã hoàn tất nhưng không tạo được hợp tử

7 Khi muốn chẩn đoán di truyền tiền làm tổ, một đột biến gene ở phôi, test nào là lý tưởng? **Chọn 1 câu đúng**

- A. Sinh thiết cực cầu
- B. Sinh thiết phôi bào ngày 3<sup>rd</sup>
- C. Sinh thiết ngoại bì lá nuôi
- D. Sinh thiết khối inner cell mass (ICM)

#### **Không sinh thiết cực cầu**

- Khi được thụ tinh, noãn kết thúc quá trình giảm phân sinh trứng và cực cầu (polar body). Trứng sau đó sẽ thụ tinh với phôi.
- Do đó, cực cầu chỉ phản ánh vật chất di truyền của mẹ chứ không phải của phôi.

#### **Không sinh thiết phôi trước ngày 3 và không sinh thiết khối ICM**

- Nguyên tắc không sinh thiết phôi trước ngày 3
  - + Khi này phôi chỉ mới có 4 tb, việc lấy đi chỉ 2 tb là quá nhiều, 2tb còn lại không đủ sức để phục hồi lại phôi
  - + Từ ngày 3, khi đã tạo phôi rêu với ít nhất 8 tb, các tb này vẫn còn tính toàn năng, khi lấy đi một số tb, những tb còn lại có khả năng nhân lên và lấp lại chỗ trống của những tb đã mất (do chúng giống hết nhau) và phôi sẽ phát triển tiếp được.
  - + Do đó, sinh thiết phôi ngày 3rd: Chấp nhận được, nhưng không phải lý tưởng do vẫn có nguy cơ mất phôi.
- Từ ngày 5, các tb không còn tính toàn năng, đã bắt đầu đi vào biệt hóa theo những hướng khác nhau, việc lấy đi một số tb lúc này:
  - + Không còn nguy cơ mất phôi do có rất nhiều tb
  - + Nhưng có nguy cơ mất các cơ quan do đám tb này tạo ra trong tương lai. Chẳng hạn phôi có nhiều vùng tb, vùng tb bạn sinh thiết sẽ tạo ra tay bé sau này → Từ ngày 5, không sinh thiết ICM.

#### **Sinh thiết ngoại bì lá nuôi: có thể khác biệt với ICM**

- Hợp tử phát triển tới giai đoạn phôi nang sẽ gồm 2 cấu trúc khác nhau rõ rệt là ICM và ngoại bì lá nuôi
- Ngoại bì lá nuôi phát triển và biệt hóa tạo phần phụ: màng đệm, bánh nhau ... còn ICM thì phát triển và biệt hóa tạo phôi
- Đây là hai hướng phát triển hoàn toàn khác nhau, những khác biệt chắc chắn có
- Do đó, việc sinh thiết ngoại bì lá nuôi không phải lúc nào cũng phản ánh đúng những gì đang xảy ra trong ICM



**Trong chẩn đoán tiền làm tổ: chọn ngoại bì là nuôi vì**

- Phản ánh gần chính xác di truyền: cùng có nguồn từ hợp tử
- Nguy cơ mất thai thấp, không ảnh hưởng tới khối ICM

8 Trong thực hành kích thích buồng trứng có thể dùng hCG ngoại sinh phục vụ cho mục tiêu nào?

**Chọn 1 câu đúng**

- A. Duy trì sự phát triển noãn nang thay cho FSH ở thời điểm gần cuối giai đoạn noãn nang
- B. Kích hoạt sự trưởng thành cuối cùng của noãn bào và gây phóng noãn ở nang de Graff
- C. Dùng để bổ sung LH khi kích thích buồng trứng ở những người bị thiếu LH tuyến yên
- D. Human Chorionic Gonadotropin có thể được dùng cho cả ba mục tiêu được nêu ở trên

9 Hành động nào trong các hành động sau sẽ giúp có thai con trai hay con gái theo ý muốn? **Chọn 1 câu đúng**

- A. Không có bất cứ can thiệp y học nào giúp có thai trai hay gái theo ý muốn
- B. Chỉ giao hợp để có thai khi đã xác định rằng đã có phóng noãn qua siêu âm
- C. Chỉ giao hợp để có thai lúc 36-42 giờ sau đỉnh LH xác định bằng que test nhanh
- D. Chỉ giao hợp để có thai khi thân nhiệt căn bản tăng hơn 0.5 độ C so với trước đó

10 Yếu tố nào chịu trách nhiệm chính trong việc để đỉnh LH xảy ra sớm ở phụ nữ tiền mãn kinh?

**Chọn 1 câu đúng**

- A. Bất thường của chế tiết hormone protein buồng trứng
- B. Bất thường của chế tiết hormone steroid buồng trứng
- C. Bất thường của chế tiết hormone autocrine buồng trứng
- D. Bất thường của xung Gonadotropin Releasing Hormone

**Giải thích thêm 1: Quá trình sinh giới tính và gen SRY**

- Gen SRY nằm trên NST Y có vai trò quan trọng trong quá trình sinh giới tính
- Ở người nam 46 XY SRY+
  - + SRY giúp biệt hóa tuyến sd sơ khai thành tinh hoàn. Tinh hoàn sinh AMH ức chế ống Muller. Ống Wolff phát triển tạo đường sinh dục nam → Có kiểu hình nam
  - + Đồng thời người nam có các gen hỗ trợ sinh tinh (DAZ ..) khác nên sinh tinh được → có tinh trùng
- Ở người nam 46 XX SRY+: **Nam vô sinh**
  - + Có gen SRY → có tinh hoàn, đường sinh dục và kiểu hình nam
  - + Không có các gen hỗ trợ sinh tinh → Không có tinh trùng, vô sinh
- Ở người nữ 46 XX:
  - + Không có gen SRY nên không có tinh hoàn → không sinh AMH. Do đó, ống Muller phát triển tạo được đường sinh dục nữ.
  - + Có gen hỗ trợ tạo buồng trứng (SOX9 ..), tạo được buồng trứng, sinh được estrogen → kiểu hình nữ
- Ở người nữ 46 XY SRY-: **Dữ nam dữ nữ**
  - + Không có gen SRY nên không có tinh hoàn → dữ nam
  - + Không có tinh hoàn nên không sinh AMH. Ống Muller phát triển tạo được đường sinh dục

nữ. Tuy nhiên, không tạo được buồng trứng do thiếu gen hỗ trợ tạo buồng trứng (SOX9 ..) → đờ nữ.

Bài này bao gồm những kiến thức sâu về di truyền học. Phần trên là những ý niệm mình ghi nhận lại theo bài giảng trên giảng đường. Để hiểu thêm và tự kiểm tra lại nội dung kiến thức, các bạn có thể tham khảo thêm TBL và giáo trình di truyền học năm 1.

## **Bài 1 APP Dẫn nhập về Y học sinh sản**

### **Buồng trứng, noãn bào, phôi và thai**

#### **TÌNH HUỐNG 1: VÔ KINH NGHUYÊN PHÁT**

Cô A, một nữ vận động viên thể dục dụng cụ đến khám vì chưa bao giờ hành kinh dù rằng năm nay cô đã được 19 tuổi.

Khám lâm sàng cho thấy cô cao 167 cm, cân nặng 55 kg.

Bắt đầu sự nghiệp vận động viên từ 8 tuổi. Là vận động viên chuyên nghiệp từ năm 10 tuổi. Hiện cô là vận động viên thể dục dụng cụ chuyên nghiệp của đội tuyển quốc gia.

Khám ghi nhận cơ quan sinh dục ngoài nguyên phát là kiểu nữ. Các đặc tính sinh dục thứ phát kém phát triển.

Siêu âm cho thấy một tình trạng thiếu sản của tử cung, 2 buồng trứng có kích thước bình thường, với hình ảnh của các nang noãn thứ cấp.

MRI sọ não xác nhận tăng cô ta không có bất thường thực thể của hạ đồi và tuyến yên.

Các khảo sát nội tiết ghi nhận nồng độ các gonadotropin tuyến yên ở mức rất thấp, nồng độ các steroid buồng trứng rất thấp, nồng độ AMH ở mức bình thường.

Hãy cho biết khả năng nào là nguyên nhân của vô kinh ở cô A. Chọn 1 câu đúng:

- A. Vô kinh do truyền nhân hạ đồi
- B. Vô kinh do nguyên nhân tuyến yên
- C. Vô kinh do nguyên nhân tuyến sinh dục

Hãy cho biết liệu pháp dung nội tiết thích hợp nhất (không kể đến các liệu pháp không dung nội tiết).

Chọn 1 phương án

- D. Dùng GnRH ngoại sinh
- E. Dùng gonadotropin ngoại sinh
- F. Dùng steroid ngoại sinh

Ở câu này, đáp án tùy vào việc người phụ nữ muốn sinh con (chọn câu E) hay chưa muốn sinh con mà chỉ điều trị triệu chứng (chọn câu F)

#### **Vấn đề của bệnh nhân này: VĐV chuyên nghiệp**

- Khi tiếp cận, chúng ta cần cá thể hóa từng bệnh nhân. Cô này là một VĐV chuyên nghiệp và VĐV thì thường gặp tình trạng vô kinh do ảnh hưởng của nhiều yếu tố: stress, luyện tập căng thẳng, chế độ ăn ...

- Chú ý: ở người phụ nữ, lượng mỡ cơ thể có vai trò quan trọng trong việc cung cấp tiền chất là cholesterol để tạo estrogen.

+ Khi xét lượng mỡ, ta không chỉ dựa vào BMI, đặc biệt ở đối tượng vận động cơ bắp nhiều.

VD: một người nặng 65kg nhưng toàn cơ khác 65kg nhưng toàn mỡ

→ Phải hỏi rõ chế độ ăn và luyện tập.

+ Bản thân mình được biết: hiện nay có những máy có thể đo lượng mỡ cơ thể. Những máy này có thể cho nhiều thông tin hữu ích.

**Siêu âm: Không do tuyến sinh dục**

- Siêu âm ghi nhận 2 buồng trứng có kích thước bình thường, với hình ảnh của các nang noãn thứ cấp: không nghĩ do nguyên nhân tuyến sinh dục.

### **MRI: Ít nghĩ tuyến yên**

- Vô kinh do tuyến yên thường do nguyên nhân U tuyến yên
- MRI sọ não xác nhận tăng cô ta không có bất thường thực thể của hạ đồi và tuyến yên → Không nghĩ nhiều do tuyến yên, vì nếu do tuyến thường thấy có u.
- Nội tiết: nồng độ các gonadotropin tuyến yên ở mức rất thấp, nồng độ các steroid buồng trứng rất thấp → Nghĩ nhiều do rối loạn đầu dòng tại hạ đồi.

### **Dùng GnRH ngoại sinh: Không khả thi**

- Hạ đồi tiết GnRh theo xung để kích thích tuyến yên.
- Việc chích hoặc dùng thuốc theo đúng xung này là rất khó.

### **Dùng gonadotropin ngoại sinh (FSH và LH): khi muốn có con**

- Có FSH và LH, chu kỳ buồng trứng và chu kỳ kinh được khôi phục
- FSH và LH kích thích phóng noãn, sinh estrogen cải thiện triệu chứng thiếu sản tử cung, loãng xương cũng như tăng cường các đặc tính sinh dục phụ khác
- Tác dụng của liệu pháp này rất tốt nhưng rất đắt (1 triệu 1 mũi) nên không thể dùng kéo dài → phù hợp khi cô ấy muốn có con. Dùng để quá trình phóng noãn xảy ra.

### **Dùng steroid: Hợp lý**

- Cô này là VĐV chuyên nghiệp, không thể nào ngưng chế độ ăn và luyện tập của mình: cần một liệu pháp điều trị kéo dài.
- Việc sử dụng steroid không quá tốn kém và giúp cải thiện hầu hết các triệu chứng của cô ta. Tuy nhiên không có FSH và LH nên không có phóng noãn  
→ Điều trị triệu chứng, thích hợp khi cô ta chưa muốn có con.
- Lưu ý: cần cho đúng liều steroid để không ức chế ngược quá mức lên tuyến yên gây suy tuyến yên.

## **TÌNH HUỐNG 2: VÒNG KINH NGẮN**

Cô B, 22 tuổi, mới lập gia đình 6 tháng, đến khám vì mong con.

Cô B, hành kinh lần đầu năm 15 tuổi. Trong năm năm đầu tiên, cô có kinh tương đối đều.

Khoảng hơn một năm nay, vòng kinh trở nên ngắn dần, với độ dài chu kỳ chỉ còn lại khoảng 21-24 ngày, với lượng kinh thay đổi, khi nhiều khi ít. Vì lo lắng, nên cô B đi khám.

Khám lâm sàng cho thấy cô cao 160 cm, cân nặng 52 kg.

Khám ghi nhận các đặc điểm sinh dục thứ phát bình thường.

Hôm nay là ngày đầu tiên của chu kỳ kinh. Cô B, được siêu âm hôm nay, với kết quả tử cung có kích thước bình thường, nội mạc tử cung dày 6 mm, 2 buồng trứng có kích thước bình thường, với hình ảnh của một vài nang noãn thứ cấp và một nang noãn kích thước gần với kích thước của một nang de Graaf.

Các khảo sát nội tiết ghi nhận nồng độ các gonadotropin tuyến yên ở mức không cao (so với người bình thường cùng tuổi) nồng độ các steroid buồng trứng ở mức rất cao (gần với mức giữa chu kỳ của

người bình thường cùng tuổi), nồng độ AMH ở mức rất thấp.

Hãy cho biết khả năng nào là nguyên nhân của rối loạn kinh nguyệt ở cô B. Chọn 1 câu đúng:

- A. Rối loạn kinh nguyệt do nguyên nhân hạ đồi
- B. Rối loạn kinh nguyệt do nguyên nhân tuyến yên
- C. Rối loạn kinh nguyệt do nguyên nhân tuyến sinh dục

Có cách nào khôi phục lại hoạt động bình thường của buồng trứng ở cô B không?

- D. Có
- E. Không

Câu này chưa được giảng viên sửa, đây là đáp án theo ý kiến của mình.

### **TÌNH HUỐNG 3: HIỂM MUỘN**

Bà C, đến khám vì hiếm muộn. Ba năm trước, bà C có thai dễ dàng và sinh thường không biến chứng một bé gái.

Từ hơn một năm nay, bà C, mong muốn có thêm một đứa con trai.

Theo các hướng dẫn trên Internet và sách báo, bà ta canh con trai bằng cách như sau:

Do chu kỳ kinh rất đều, 28 ngày, nên khoảng ngày thứ 13 của chu kỳ, bà thử que định tính tìm đỉnh LH tiền phong noãn. Khi xác định đã có đỉnh LH tiền phong noãn, bà đi siêu âm để thấy nang trứng trưởng thành. Khi biết có nang trứng trưởng thành, bà chờ đến khi siêu âm thấy phóng noãn. Đồng thời, để cho chắc chắn rằng đã có phóng noãn, bà kiểm tra thêm bằng thân nhiệt cơ bản.

Tính cho đến thời điểm siêu âm thấy đã phóng noãn và thân nhiệt cơ bản đã lên cao, bà vẫn kiên trì giao hợp.

Bà chỉ giao hợp để có thai khi cả hai điều kiện là có phóng noãn qua siêu âm và thân nhiệt cơ bản cao cùng thỏa.

Bà canh như vậy hơn một năm, nhưng vẫn không có thai.

Hãy nhận định về hành động của bà C. Chọn 1 câu đúng

- A. Bà C thực hiện sinh con theo ý muốn, nhưng không hiệu quả vì vận dụng phương pháp sai
- B. Bà C thực hiện sinh con theo ý muốn, nhưng bà ta có vấn đề khác gây hiếm muộn
- C. Bà C không có thai bởi vì bà ta đang thực hiện tránh thai một cách hoàn hảo

Có cách nào đó để giúp bà C có thai con trai không. Chọn 1 câu đúng

- D. Hoàn toàn không có cách nào cả.
- E. Có, và không cần phải thụ tinh trong ống nghiệm
- F. Có, nhưng phải thụ tinh trong ống nghiệm. Nhưng điều này bị cấm ở Việt Nam

### **Không có biện pháp tự nhiên nào để chọn lựa giới tính thai nhi**

- Có một số tài liệu gợi ý phương thức chọn giới tính thai nhi dựa trên sự khác biệt về tốc độ bơi và sức sống của tinh trùng X và Y. Tuy nhiên, không hề có bằng chứng khoa học.

- Việc tinh trùng nào được thụ tinh phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố:

+ Tuổi của tinh trùng: Tinh trùng không trao đổi năng lượng với môi trường, nó chỉ có một nguồn dự trữ năng lượng duy nhất. Do đó, tinh trùng càng già năng lượng càng giảm, bơi càng yếu.

- + Đoạn đường tới trứng tồn tại nhiều trắc trở, tinh trùng có thể bị kẹt hay nhầm đường ở bất cứ chỗ nào. Bơi nhanh hay bơi chậm mà bơi nhầm bên thì cũng không được thụ tinh.
- + Dù bơi nhanh, đúng đường tới được trứng thì chưa chắc đã vượt qua được màng trắng ZP để vào gặp trứng.
- Đây là một quá trình phức tạp, việc chọn lựa giới tính thai nhi một cách tự nhiên là không thể.

#### **Chọn lựa giới tính dựa vào chẩn đoán tiền làm tổ về lý thuyết là được**

- Tuy nhiên thực tế, điều này bị nghiêm cấm trừ một số trường hợp hãn hữu khi gia đình bé có những bệnh di truyền liên kết với NST giới tính X hoặc Y (bệnh di truyền liên kết giới tính)
- lúc này việc chọn lựa giới tính để tránh dị tật thai là một chỉ định y khoa.

#### **Trường hợp bà C:**

- Việc bà ta làm là tránh thai chứ không phải chọn giới tính thai và cũng chả có phương pháp nào để lựa chọn giới tính thai như bà C nghĩ.
- Trứng sau khi rụng duy được khả năng thụ tinh trong một thời gian ngắn, thường là 24h và lý tưởng là trong 12h đầu.
- Khi có phóng noãn và tăng thân nhiệt gợi ý đã có sự tác động của estrogen. Nói cách khác đã hình thành hoàng thể (quá 24h), khi này trứng mất khả năng thụ tinh.
- Bà C quan hệ sau giai đoạn này thì không thể có thai.

### **TÌNH HUỐNG 4: GÂY PHÁT TRIỂN NOÃN NANG KHI NGƯỜI PHỤ NỮ KHÔNG PHÓNG NOÃN**

Rối loạn phóng noãn là một nguyên nhân gây hiếm muộn thường gặp, do không có hiện tượng phát triển noãn nang. Để điều trị hiện tượng không có phát triển noãn nang này, người ta phải tìm cách giúp các noãn nang thứ cấp vượt qua được hiện tượng chọn lọc noãn nang, bằng cách triệt tiêu feedback thứ nhất hay làm feedback này không phát huy được hiệu lực. Nhờ vậy, noãn nang sẽ phát triển và vượt qua được hiện tượng chọn lọc, để cho ra một hay nhiều nang de Graff. Hãy chỉ ra phương pháp nào có thể dung để đạt được mục đích này. Hãy chọn 3 câu đúng.

- Dùng FSH ngoại sinh
- Dùng hoạt tính LH của hCG ngoại sinh
- Dùng estradiol ngoại sinh
- Dùng chất ức chế men aromatase  $P_{450}$
- Dùng chất cạnh tranh với estrogen trên thụ thể ở hạ đồi-yên và phong bế thụ thể này
- Dùng progesterone ngoại sinh

#### **Feedback 1 và 2: Chọn nang mạnh nhất và kích thích nang này phóng noãn**

- Feedback 1: Chọn nang mạnh nhất.
- + Cụ thể lúc này có nhiều nang thứ cấp cùng phát triển. Lớp tb hạt của những nang này sinh nhiều Estrogen.
- + Việc tăng estrogen làm giảm FSH. Nang nào phát triển được trong tình trạng thiếu FSH này sẽ tiếp tục phát triển → Chọn ra nang mạnh nhất
- Feedback 2: Kích thích nang mạnh nhất phóng noãn.

+ Cụ thể, nang mạnh nhất tiếp tục phát triển, lớp tb hạt tăng tiết estrogen. Việc tăng estrogen lần này làm tăng tiết LH để gây rụng trứng.

**Điều trị hiếm muộn: Ức chế feedback 1 để nhiều nang noãn cùng phát triển**

- Để thực hiện được việc này chỉ cần tăng được FSH, không gây ra việc thiếu FSH. Như vậy các nang sẽ cùng được phát triển.

**Hai cách tăng FSH: bổ sung ngoại sinh hoặc làm mất ức chế nội sinh**

1) Bổ sung FSH ngoại sinh: Chích thêm FSH

2) Làm mất ức chế nội sinh: FSH được tiết ra dựa trên feedback của estrogen, giảm estrogen làm mất feedback âm tính sẽ tăng lượng FSH được tiết ra.

- Dùng chất cạnh tranh với estrogen

+ Dùng chất cạnh tranh với estrogen trên thụ thể ở hạ đồi-yên và phong bế thụ thể này. Khi đó, Estrogen không ức chế được vùng hạ đồi → hạ đồi tiếp tục kích thích tuyến yên sinh FSH.

- Dùng chất ức chế men aromatase P450

+ Theo chu trình bên dưới, khi men này bị ức chế, lượng estrogen trong máu sẽ giảm xuống và không còn gây feedback âm tính lên việc tiết FSH → lượng FSH được tiết ra sẽ tăng lên.

## Bài 2 RAT Nửa đầu thai kỳ

### Tầm soát lệch bội và bất thường thai

#### Câu 1:

Trong trường hợp siêu âm cuối tam cá nguyệt thứ nhất phát hiện thai có độ dày khoảng thấu âm gáy (NT) lớn hơn bách phân vị 95<sup>th</sup> so với chiều dài đầu mông, người ta cần thực hiện thêm các khảo sát bổ sung. Trong các khảo sát bổ sung được liệt kê sau, khảo sát nào được xem là có giá trị thực hành kém nhất?

- a. NIPS
- b. **Quadruplet test**
- c. Triple test
- d. Double test

#### Giải thích:

Giá trị thực hành kém nhất: tức là nếu được quyền lựa chọn thì chọn lựa này ít nằm trong suy nghĩ của bạn nhất.

Quadruplet-test có giá trị không hơn các test trước đó, thậm chí còn làm chậm trễ test xâm lấn. Vì vậy chiến lược tốt hơn vẫn là làm tăng giá trị các test trước.

#### Câu 2:

Người ta khuyến cáo thực hiện chương trình tầm soát lệch bội cho các đối tượng nào?

- a. Các thai phụ với dấu hiệu bất thường trong phát triển bào thai
- b. Các thai phụ với dấu hiệu lâm sàng gợi ý có tình trạng lệch bội
- c. Mọi thai phụ đến khám, không có bất cứ trường hợp ngoại lệ nào
- d. Mọi thai phụ có nguy cơ cao dựa trên tiền sử hay yếu tố nguy cơ

#### Câu 3:

Quản lý kết quả các test tầm soát lệch bội được dựa vào “điểm cắt của nguy cơ tính toán” (cut-off point) của test. Các cut-off point được quyết định dựa trên nguyên lý nào?

- a. Dựa vào các kết quả thống kê về bệnh suất của lệch bội trong dân số khảo sát
- b. Mục đích chính là hạn chế số trường hợp phải thực hiện test xâm lấn không cần thiết
- c. Mục đích chính là làm giảm nguy cơ sảy thai gây ra do thực hiện test xâm lấn
- d. Mục đích chính là làm loại trừ tới mức cao nhất khả năng bỏ sót tình trạng lệch bội

#### Câu 4:

Bạn làm gì khi nhận được một kết quả khảo sát huyết thanh triple test của một thai phụ nằm trong vùng xám (grey zone)?

- a. Siêu âm khảo sát các soft-markers
- b. Tìm thêm thông tin từ Quadruplet test
- c. Test tiền sản không xâm lấn
- d. Có chỉ định trực tiếp của test xâm lấn



**Câu 5:**

Siêu âm soft-markers ở một thai phụ mang thai 17 tuần cho thấy có nốt echo dày (đơn độc) ở tâm thất trái. Hãy cho biết ý nghĩa của hình ảnh này?

- a. Là dấu hiệu gợi ý rất mạnh của tình trạng lệch bội
- b. Là dấu hiệu gợi ý rất giá trị khả năng có bất thường tim
- c. Cần diễn giải theo bối cảnh lâm sàng, kết quả test huyết thanh
- d. Là dấu hiệu thường gặp, ít có ý nghĩa về mặt tầm soát lệch bội

**Câu 6:**

Bạn đề xuất giải pháp nào cho thai phụ khi nhận được kết quả combined test của bà ta nằm trong vùng xám (grey zone)?

- a. Test xâm lấn chẩn đoán lệch bội (sinh thiết gai nhau hay chọc ối)
- b. Test tiền sản không xâm lấn (NIPS)
- c. Chờ thêm vài tuần để thực hiện triple test và siêu âm soft-markers
- d. Các giải pháp trên đều hợp lý, lựa chọn tùy theo điều kiện thực hành

**Giải thích:**

SA tìm soft-markers gọi là genetic-scan chứ không phải SA hình thái, có thể thực hiện sớm chứ không phải ở 20-22 tuần. Mục đích để tìm có hơi hướng lệch bội hay không. Trong khi đó SA hình thái cho kết quả chung trên cơ thể xem có bất thường về cấu trúc ở đâu, để nhà di truyền quyết định đây là bất thường của lệch bội hay nhiễm trùng bào thai hay do sử dụng thuốc.

13 bất thường có chuỗi bất thường theo kiểu đường giữa. 18 có bất thường theo kiểu 1 chuỗi bất thường thai nhỏ, rất nhỏ, tay co quắp,... 21 có bất thường điển hình như dị tật bẩm sinh tim, hẹp tá tràng, thai tích dịch ở ổ bụng,... Hoặc VD ở câu 10, bất thường của thân nón động mạch ở tim gợi ý bất thường liên quan NST 22 → Thái độ chờ đợi đến lúc làm SA có lợi, đó là sẽ cho ta định hướng cụ thể nếu làm xâm lấn thì tìm nhiễm trùng bào thai, hay NST nào, vị trí,...

⇒ Nếu kết quả ở vùng xám, có thể lựa chọn nhiều phương án tùy điều kiện thực hành.

**Câu 7:**

Chiến lược tầm soát lệch bội cho thai kỳ đa thai gặp nhiều khó khăn chuyên biệt. Hãy cho biết phương tiện nào có biểu hiện độc lập (independent) với tình trạng đa thai, và do đó là khảo sát có giá trị nhất?

- a. Siêu âm khảo sát độ dày khoảng thấu âm sau gáy (Nuchal Translucency)
- b. Nguy cơ tính toán từ các chỉ báo huyết thanh (double hay triple test)
- c. Khảo sát tiền sản không xâm lấn (NIPS: cell-free DNA)
- d. Cả ba nhóm test trên cùng có giá trị như nhau về mặt tầm soát lệch bội ở đa thai

**Câu 8:**

Vì sao không dùng thường quy cộng hưởng từ cho tầm soát bất thường thai nhi?

- a. Vì độ tin cậy của cộng hưởng từ thấp hơn độ tin cậy của siêu âm
- b. Dù siêu âm có giá trị thấp hơn cộng hưởng từ, nhưng siêu âm rẻ hơn
- c. Khảo sát chỉ có ưu thế hơn siêu âm tại một số cơ quan chuyên biệt
- d. Vì không thể lặp đi lặp lại nhiều lần để theo dõi diễn tiến hình ảnh

**Câu 9:**

Một thai kỳ có combined test cho kết quả nguy cơ cao của T21, tuy nhiên NIPS nguy cơ thấp. Siêu âm lúc thai 17-18 tuần phát hiện thai nhi có sứt môi kèm chẻ vòm khẩu. Cần làm gì tiếp theo?

- a. Có chỉ định chấm dứt thai kỳ vì có bằng chứng nhiễm trùng bào thai
- b. Theo dõi bằng siêu âm hình thái học ở giai đoạn tiếp
- c. Làm thêm MRI xác định bất thường hình thái
- d. Chọc ối tìm thông tin giải thích bất thường

**Câu 10:**

Một thai nhi có kết quả khảo sát hình thái học 3 tháng giữa xác định bất sản các xương chính mũi kèm theo thông liên thất phần màng. Xem lại hồ sơ khám thai của 3 tháng đầu ghi nhận NT là 3.5 mm. Người ta không thực hiện NIPS mà đã thực hiện CVS. Qua CVS người ta đã thực hiện FISH, không thực hiện karyotype. Kết quả FISH tại thời điểm đó là không có bất thường về số lượng tín hiệu FISH của các NST 13, 18, 21 và giới tính. Bạn nghĩ gì về khả năng có lệch bội?

- a. Được phép loại trừ hoàn toàn khả năng lệch bội
- b. Khả năng thai nhi bị lệch bội là có, nhưng rất thấp
- c. Rất nhiều khả năng có tình trạng lệch bội ở thai nhi
- d. Chắc chắn rằng tình trạng thai nhi bị lệch bội đã bỏ sót

**Giảng thêm 1:**

**NIPS có thể dùng thay thế test huyết thanh trong tầm soát lệch bội hay không? Tại sao?**

Hiện nay, NIPS là một công nghệ mới dựa trên khảo sát cell-free DNA.

Về các test tầm soát lệch bội, VD double test định lượng PAPP-A và  $\beta$ -hCG. Người ta đo lường toàn bộ chất này trên dân số. Chất này được thể hiện trên tập “sanh con có bệnh down” tạo thành 1 hình chuông thứ nhất. Tập “sanh con không có bệnh down” tạo thành hình chuông thứ hai. Độ chênh giữa 2 đỉnh chuông tạo thành Likelihood Ratio (LR) dương của sự khác biệt khi người này có con bị Down với test (+) và không có con bị Down với test (-).

Đây là 1 sự dự đoán dựa trên nguyên lý nôm na là hoạt động khác nhau của đơn vị bánh nhau trên 1 tập thai bất lượng và 1 tập thai định lượng → Định ra nguy cơ cao hoặc thấp.

Độ nhạy (Detection Rate-DR = Sensitivity) nếu được đẩy lên càng cao thì dương tính giả (False Positive Rate-FPR) càng cao.

Những marker của test huyết thanh sẽ còn giúp ta định được thêm những nguy cơ về LS, những bệnh lý liên quan đặc hiệu đến sự suy bánh nhau sớm,... trên một dân số chung lớn.

Tóm lại không sa lầy vào câu hỏi trên vì những lợi ích mà test đem lại không chỉ dừng lại ở tầm soát lệch bội mà còn hướng đến những giá trị khác cho thai phụ và các nhà di truyền học,...

**Giảng thêm 2:**

**Nếu phải làm test xâm lấn thì nên dùng FISH hay karyotype?**

FISH (lai huỳnh quang) cho biết về số lượng NST.

Karyotype cho biết về số lượng và cấu trúc NST.

Có những trường hợp không có bất thường số lượng NST nhưng có đột biến chuyển đoạn xảy ra.

FISH là test nhanh, karyotype là test chuẩn (gold standard). FISH có ngay câu trả lời về bất thường số lượng NST. Tuy nhiên, có thể bỏ qua những trường hợp ít xảy ra như chuyển đoạn Robertson trên NST 21,...

Dùng cả FISH và karyotype

VD: có thể dùng ở mức nào? Có 1 thai siêu âm thấy phân cổ thai phình to thành cấu trúc nang thanh dịch, một bất thường rõ ràng thì có thể dừng lại ở FISH. Nếu test tầm soát nghi ngờ ở 1 tuổi thai lớn, nên chờ đợi karyotype.

Dựa vào SA và karyotype để quyết định FISH hay karyotype.

Thời học mô phôi, đầu tiên phôi dâu → phôi nang → đĩa phôi, có 1 dòng tế nào là Inner Mass Cell (ICM) – dòng tế bào lá nuôi. Từ ICM mọc ra thành gai nhau nguyên thủy, sau đó một ít tế bào của đĩa nuôi này bắt đầu di trú ra và mọc vào chính giữa các gai nhau tạo thành trục trung mô – mạch máu của gai nhau. Gai nhau trong CVS có nguồn gốc từ 2 nhóm tế bào: TB lá nuôi và TB từ chính bản thân thai → Khi làm CVS, ta sẽ có 1 chùm TB có 2 nguồn gốc. Kỹ thuật FISH nhìn trực tiếp tất cả TB có trên này, đại đa số TB thuộc phần vỏ lá nuôi của gai nhau, không đủ lượng TB và tín hiệu để nhìn thấy bản chất dòng TB từ trung mô → có thể bỏ mất thông tin → sai sót 1% → karyotype. Có 2 trường hợp cực hiếm có thể xảy ra: thể khảm, hoặc bất thường trên NST 22 chứ không phải 13, 18, 21.

## Bài 2 APP Nửa đầu thai kỳ Tầm soát lệch bội và bất thường thai

### Câu 1:

#### NUCHAL TRANSLUCENCY

Bà D. 26 tuổi, có thai lần đầu tiên. Vào lúc tuổi thai là 12 tuần vô kinh, xác nhận qua lâm sàng và sinh trắc, bà được siêu âm tầm soát lệch bội, với kết quả BPD = 19mm, CRL = 50mm, NT = 4.5mm.

Double test thực hiện cùng ngày cho kết quả nguy cơ với T18 là 1:10000, và với T21 là 1:4500. Do kết quả này không phù hợp với NT nên bà D. được người ta đề nghị thực hiện NIPT. NIPT cho kết quả nguy cơ có T21 và T18 thấp hơn 1:10000.

Hãy bình luận về xử trí người ta đã làm và cho biết thai độ xử trí sắp đến của bạn. Chọn 2 câu đúng:

- a. **Thật ra thì việc thực hiện Double-test là thừa, là không cần thiết**
- b. **Thật ra thì việc thực hiện NIPT là thừa, là không cần thiết**
- c. Người ta đã đúng khi thực hiện cả Double-test và NIPT khi có mâu thuẫn giữa NT và sero-markers
- d. Tôi sẽ hẹn làm thêm Triple-test
- e. Tôi sẽ hẹn thêm siêu âm soft-markers của lệch bội
- f. Tôi sẽ chỉ quan tâm đến siêu âm hình thái học chi tiết ở giữa tam cá nguyệt 2<sup>nd</sup>

#### Giải thích:

Double-test: sử dụng combo 2 markers PAPP-A và  $\beta$ -hCG. Đây chỉ thuần túy là huyết thanh – bio-marker.

NT: tức Nuchal Translucency là 1 sono-marker lấy từ siêu âm.

Prior Risk hay Background Risk: tức Age, nguy cơ về mặt lịch sử của người mẹ.

Công thức: Combined-test = Prior Risk x Double-test x NT

Khi đi LS, phương thức gần như nhất quán, được tất cả trung tâm chẩn đoán trước sanh áp dụng đó là:

Khi **NT > 3.5mm** → chỉ số NT tương ứng ở công thức trên sẽ rất lớn, đủ làm **combined- test nằm xung quanh ngưỡng cut-off 1:250** → **tiến hành xâm lấn ngay.**

Hơn nữa khi **NT > 3.5mm**, bất thường đã vượt ra khỏi T13,18,21 càng củng cố thêm hướng xử trí này.

Vì vậy NIPT cũng không thích hợp trong trường hợp này. NIPT chỉ dừng lại ở T13,18,21 và có thể cả NST giới tính. Việc đi tìm nguy cơ bất thường NST dựa trên DNA có nguồn gốc từ NST nào, người ta giải trình tự để biết nguồn gốc DNA trội lên này là 13,18,21 hay giới tính (chỉ giới hạn trong 4 cặp NST này thôi).

**Không chờ SA soft-markers, vì không đặc hiệu và không vượt qua được gì so với NIPT trong tầm soát lệch bội.**

Bắt buộc quan tâm đến **SA hình thái học giữa TCN 2**, chữ “chỉ” làm mất đi độ mạnh của vấn đề. Phải quan tâm đến tổng thể cấu trúc của em bé chứ không phải chỉ dừng ở T21.

### Câu 2:

#### SERO-MARKERS VÀ SOFT-MARKERS

Bà E. 45 tuổi, trong **tiền sử đã có 3 lần phải chấm dứt thai kỳ. 2 lần đầu vì thai ngưng phát triển ở 8 tuần vô kinh.** Lần thứ ba vì **nang thanh dịch vùng gáy** (cystic hygroma). 2 vợ chồng bà E. đã được khảo sát di truyền, với kết quả bình thường ở cả 2 vợ chồng. Sau khi được tư vấn, bà E. quyết định có thai với noãn bào của cháu ruột gọi bà bằng dì, 26 tuổi, đã từng sanh 2 con bình thường, bằng thụ tinh

trong ống nghiệm. Bà có thai trong lần thụ tinh trong ống nghiệm này. Lúc 12 tuần, bà được thực hiện siêu âm tầm soát lệch bội, với kết quả BPD = 19mm, CRL = 50mm, NT = 1.1mm. Không có bất thường về hình thái học. Double-test thực hiện cùng ngày cho kết quả nguy cơ cao với T21. Kết quả cho thấy nguy cơ nền tảng là 1:2; và nguy cơ tính toán là 1:120. Người ta đã đề nghị CVS, nhưng do bà E. từ chối, nên người ta đã hẹn thực hiện Triple-test và soft-markers. Kết quả siêu âm cho thấy không có sự hiện diện của các soft-markers của lệch bội. Hôm nay, kết quả Triple-test được trả về cho thấy nguy cơ nền tảng là 1:2; và nguy cơ tính toán là 1:125.

Hãy bình luận về xử trí người ta đã làm và cho biết thái độ xử trí sắp đến của bạn. Chọn 2 câu đúng.

- Từ các dữ kiện đã có, có thể kết luận nguy cơ thật sự của lệch bội ở bà E. là cao
- Từ các dữ kiện đã có, có thể kết luận nguy cơ thật sự của lệch bội ở bà E. là thấp
- Từ các dữ kiện đã có, có thể kết luận rằng đã có sai lầm trong quá trình tính toán nguy cơ lệch bội ở bà E.
- Hôm nay, cần phải thực hiện NIPT cho bà E.
- Hôm nay, cần phải thực hiện chọc dò ối cho bà E.
- Cần phải xem lại và điều chỉnh sai sót của quá trình tính toán nguy cơ lệch bội trước khi có quyết định.

### Giải thích:

Prior Risk dựa trên tuổi thực chất là tuổi của trứng. Như trường hợp trên thì đã sai ngay từ đầu.

NIPS dựa trên phân mảnh DNA. Thứ cell-free DNA ta lấy được từ 10cc máu để làm test là hỗn dịch gồm 2 nguồn chủ thể: mẹ và con. Trong đó, con chỉ chiếm khoảng mười mấy % trong tổng số cell-free DNA ta lấy được.

NIPS chỉ có thể chính xác khi chúng ta nhận diện được phần của con trong lượng máu lấy để làm test. Muốn nhận dạng được phần của con, cần phải nhận diện được những mảnh DNA này. Một trong những cách đó là phải biết được nó khác với người mẹ (nó không chỉ đi đến từ nguồn gốc người mẹ mà còn có hơi hướng 1 nửa của cha).

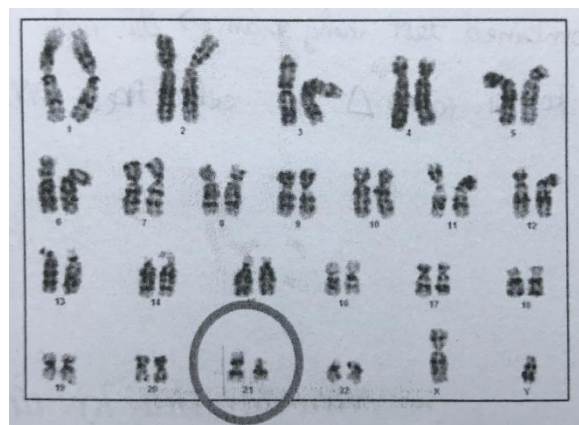
Trường hợp này, ta có 3 chủ thể trong cùng 1 mẫu: 1 DNA từ con do ông B + bà C, thêm nguồn cell-free DNA từ mẹ là bà A mang thai → không thể định ra được → NIPS không thể áp dụng trong trường hợp này → Kết luận: không thể làm NIPS cho 1 người mang thai hộ hoặc xin trứng. Cách duy nhất là chẩn đoán tiền làm tổ để xem có lệch bội hay không (không phải thường quy).

### Câu 3:

#### NIPT, FISH VÀ NHIỄM SẮC THỂ ĐỒ

Bà G. 28 tuổi, có thai lần đầu tiên. Vào lúc tuổi thai là 12 tuần vô kinh, xác nhận qua lâm sàng và sinh trắc, bà được siêu âm tầm soát lệch bội, với kết quả BPD = 19mm, CRL = 50mm, NT = 2.3mm. Do kết quả này, bà G. được đề nghị thực hiện NIPT. NIPT cho kết quả nguy cơ có T21 là 99:100. Người ta đã quyết định thực hiện CVS để xác định chẩn đoán bằng FISH và NST đồ. 48 giờ sau, kết quả karyotype của CVS cho kết quả 46,XY,der(21,21)(q10,q10),+21 (Hình). Hãy chọn 3 câu đúng.

- Thai của bà G. bị T21
- Thai của bà G. không bị T21
- Tình trạng của bà G. có thể lý giải hoàn toàn mọi kết quả của các tầm soát và các test chẩn đoán lệch bội
- Ở bà G. có những kết quả của các tầm soát và các test chẩn đoán lệch bội hoàn toàn không thể lý giải được



- e. Chỉ định và trình tự các test tầm soát lệch bội đã được thực hiện là chính xác
- f. Lẽ ra nên chọn các test tầm soát khác và thay đổi trình tự thực hiện của các test tầm soát và chẩn đoán này

#### **Giải thích:**

Với NT ở bách phân vị 95<sup>th</sup> thì việc dùng NIPT là hợp lý. Nhưng vì sao không làm CVS luôn? Vì mới chỉ ở bách phân vị 95<sup>th</sup> và nguy cơ bất lợi cao. Nếu NIPT cho kết quả nguy cơ cao mới tiến hành xâm lấn.

Thai của bà G. bị T21 thể hiện bởi kết quả karyotype và hình ảnh chuyển đoạn Robertson.

Có 2 phương pháp làm FISH: 1 là lai centromere tìm đúng tâm động của NST → trường hợp bà G. không thấy cs 2 nhánh dài trên cùng 1 NST ở cặp NST 21 (đây là trisomy thể chuyển đoạn Robertson). 2 là loại FISH có thể quan sát được hình dạng NST (không rõ tên) nhưng **mắc tiền và ít dùng.**

Ở bà G. không xài double-test, tại sao? Bà G. said: “Vì tôi thích, có kết quả XN này còn làm tôi lo lắng hơn. Nhà tôi không có gì ngoài điều kiện nên tôi muốn làm NIPT luôn”.

FISH là test nhanh cho kết quả về số lượng NST. Trường hợp này không thể phát hiện được T21 chỉ dựa vào FISH mà phải dùng kết quả karyotype để lý giải. Muốn có kết quả karyotype phải đợi với thời gian lâu hơn. Vì vậy 1 chẩn đoán xâm lấn bao giờ cũng nên có bước cấy. Chọc ối có hỗ trợ của hình ảnh học cũng giúp chúng ta nhiều hơn, VD: bất thường hình ảnh học cần làm test nhanh, CLS,...

NIPS có hiệu quả thấp hơn khi phát hiện T13,18 và chưa được khuyến cáo cho NST giới tính vì khả năng gặp thể khảm tiềm ẩn ở người mẹ là rất nhiều.

NIPS (-), ta cần xem lại Labo làm test này, có thể fetal fraction quá thấp → không tìm thấy phần trôi ra của NST 21 mà vẫn kết luận low-risk là sai. High hay low risk dựa trên nhiều tiêu chí về chất lượng, 1 trong số đó là fetal fraction. Ở đây anh đề cập khái niệm no-call test – test không lý giải được gì cả.

Nếu thực sự low-risk với NIPS → chỉ kết luận tại thời điểm này, chúng tôi xác định không có nguy cơ cao của T21 nhưng không chắc chắn là không có → không bỏ đối tượng ra khỏi sàng lọc chuẩn của thai kỳ là siêu âm hình thái học.

#### **Giảng thêm 1:**

**NT = 3.4mm VS 3.6mm?**

Nguyên tắc của người tư vấn tiền sản là đưa ra nhiều lựa chọn cho thai phụ để họ hiểu rằng họ đang ở ngưỡng nguy cơ nào cho họ lựa chọn, không có quyền chỉ định.

Theo 1 nghiên cứu hồi cứu, với NT từ 3 – 3.5mm, đem tất cả mẫu CVS làm phóng đại karyotype thì có 6.6% có bất thường cấu trúc NST có thể dẫn đến bất thường về hình thái ảnh hưởng đến thai. Khi NT > 3.5mm, con số này tăng lên #13%, còn khi NT < 3mm thì chỉ dao động 1-2%.

Vậy nếu NT = 3.4mm. Cần tư vấn cho thai phụ hiểu và lựa chọn vì đã vượt 99<sup>th</sup> percentile.

#### **Giảng thêm 2:**

**Hướng xử trí khi **Combined-test gần ngưỡng cut-off****

Làm NIPT, tùy NIPT (+) hay (-) thì dùng giá trị combined-test nhân với Likelihood Ratio của NIPT để ra được 1 con số **khác hơn nhiều so với ngưỡng cut-off (có thể rơi vào nguy cơ cao hoặc thấp rồi).**

**Từ đó đưa ra kết quả tư vấn.**

Nhưng phải nhớ là chỉ kết luận về kết quả tương ứng với mục đích của test. Chứ không được kết luận không có bất cứ bất thường gì vội vàng.

### **Giảng thêm 3:**

#### **Vì sao NIPS không phải test chẩn đoán**

Cell-free DNA: DNA không tồn tại trong tế bào mà ở ngoài tế bào. Nguồn gốc: gai nhau nhúng trực tiếp từ khoảng tuần hoàn mẹ đổ vào trong bánh nhau (có thể tưởng tượng gai nhau là rễ cây). Quá trình apoptosis hội bào nuôi phóng thích các thể apoptosis có chứa những mảnh DNA bị phân mảnh và trôi vào tuần hoàn máu mẹ. Vì những mảnh DNA này nhỏ nên chúng nằm trong những thể apoptosis và được gọi là cell-free DNA - DNA ngoại bào. 99% trường hợp phản ánh karyotype của thai nằm trong trực trung mô, 1% còn lại có thể là thể khảm.

NIPS cùng lắm chỉ tương ứng với CVS mà không có sinh thiết, không phản ánh bản chất thai mà là bánh nhau của thai → vẫn chỉ được xem là test tầm soát.

### Bài 3 RAT Quản lý thai nửa đầu thai kỳ: **Thiếu máu và nhiễm trùng**

#### Câu 1:

**Cần lưu ý điều gì trong thực hành chích ngừa Rubella cho một người phụ nữ khi họ có kế hoạch mang thai?**

- Phải nói với và ta rằng cần phải tránh thai hiệu quả trong thời gian ít nhất là 3 tháng.
- Nếu đã chích ngừa khi đang có thai (mà không biết) thì buộc phải chấm dứt thai kỳ.
- Khuyến cáo chích ngừa trước mang thai không cần kiểm tra kháng thể Rubella IgG.**
- Cần xét nghiệm lại kháng thể Rubella IgG sau chích ngừa để cho phép bà ta có thai.

Giải thích:

Chương trình chủng ngừa quốc gia cần phải đạt nhiều mục đích khác nhau: trong toàn bộ dân số chung, 1 cô trong độ tuổi mang thai, chích rubella 1 mũi (thay vì 2 như trước đây) đã tạo đủ KT đến 95% trường hợp → Không khuyến cáo thử lại kháng thể rubella trước khi mang thai (vì không đạt được lợi ích trên dân số chung).

#### Câu 2:

**Khi thực hiện chẩn đoán nhiễm Rubella cấp trong 3 tháng đầu thai kỳ, cần lưu ý đến vấn đề thực hành gì?**

- Rubella IgM (-), IgG (-) vẫn không loại trừ được chẩn đoán nếu như lâm sàng có nghi ngờ.**
- Sốt và phát ban là triệu chứng lâm sàng thường gặp, là tiêu chuẩn phải có để xác lập chẩn đoán.
- Khi xác định đã có nhiễm Rubella, siêu âm sẽ giúp tìm dấu hiệu của nhiễm Rubella bẩm sinh.
- Trong trường hợp nghi ngờ, cần thử Rubella IgG avidity, do tăng cao trong trường hợp nhiễm cấp.

#### Câu 3:

**Cần làm gì khi tổng soát thường quy 3 tháng đầu thai kỳ về viêm gan B cho kết quả HbsAg (+), HbeAg (-), men gan bình thường?**

- Theo dõi như một thai kỳ bình thường.
- Khảo sát HBV DNA ngay lúc phát hiện.
- Khoả sát HBV DNA khi thai 24-26 tuần.**
- Mổ lấy thai chủ động để giảm lây truyền mẹ con.

#### Câu 4:

**Cần làm gì khi tổng soát thường quy tại thời điểm thai 12 tuần VDRL (+), TPHA (-)?**

- TPHA (-) cho phép khẳng định thai phụ này không nhiễm giang mai, nên không xử trí gì.
- Dù TPHA (-) nhưng vẫn có khả năng đã nhiễm giang mai, cần theo dõi bằng VDRL và TPHA.**
- Do VDRL (+) nên có thể xác định đã có nhiễm giang mai, vì thế điều trị ngay với Penicillin G.
- Khảo sát giang mai ở (các) người phối ngẫu. Nếu kết quả dương tính sẽ điều trị cho thai phụ này.

Giải thích:

VDRL (+) (dương sớm hơn TPHA) → XN TPHA (đánh giá có từng bị nhiễm hay không? Nếu đã nhiễm rồi thì (+) suốt đời).

TPHA có độ đặc hiệu cao hơn, có thể (-) giả vì VDRL dương sớm hơn → hẹn tái khám XN lại.



**Câu 5:**

Thai phụ có tiền căn sanh một bé bị bại não vì hội chứng nhiễm Cytomegalovirus (CMV) bẩm sinh. Khảo sát huyết thanh CMV thực hiện lúc **thai 11 tuần CMV IgM (-), IgG (+)**. Hiện thai 22 tuần, siêu âm hình thái học thai bình thường. Huyết thanh CMV **IgM (+), IgG (+)**. Chọn một hành động phù hợp nhất.

- a. **Chọc ối thực hiện PCR – CMV, không cần thêm bất cứ test nào khác.**
- b. Thực hiện CMV IgG avidity trước, chọc ối căn cứ vào kết quả này.
- c. Khảo sát lại hình thái học sau 4 tuần, chọc ối nếu siêu âm bất thường.
- d. Chẩn đoán CMV đã rõ, tiến hành điều trị ngay với liệu pháp kháng virus.

**Câu 6:**

Một phụ nữ có thai 3 tháng đầu, được thực hiện bộ đôi xét nghiệm Dengue và Zika vì sốt cao liên tục 5 ngày. Kết quả Dengue IgM (+) và IgG (+), đồng thời Zika virus IgM (+). Chọn một hành động thích hợp nhất.

- a. **Khảo sát Zika virus NAT (Nucleic acid test).**
- b. Thử lại các xét nghiệm huyết thanh sau 2 tuần.
- c. Theo dõi thai kỳ bằng siêu âm lặp lại mỗi 2 tuần.
- d. Đã có đủ chỉ định để phải chấm dứt thai kỳ ngay.

**Câu 7:**

Việc quản lý một thai phụ có  $\alpha$ -Thalassemia có gì khác biệt so với việc quản lý một thai phụ có  $\beta$ -Thalassemia? Hãy chỉ ra một điểm khác biệt

- a. Chiến lược tiếp cận cho sàng lọc (các xét nghiệm, trình tự thực hiện) là khác nhau.
- b. Phương thức xác lập chẩn đoán thể nặng: siêu âm nếu  $\alpha$ -Thalassemia, chọc ối nếu là  $\beta$ .
- c. Nội dung theo dõi thai kỳ khác biệt tùy thuộc vào thể Thalassemia của mẹ là  $\alpha$  hay  $\beta$ .
- d. **Khi xác nhận thai nhi có Thalassemia, mức độ thiếu máu bào thai tùy thuộc vào thể loại bệnh.**

**Câu 8:**

Tại Việt Nam, chính sách (chương trình) sàng lọc thiếu máu thiếu sắt và thiếu máu di truyền Thalassemia chủ yếu được thực hiện dựa trên công cụ nào?

- a. Điện di hemoglobin
- b. Transferin huyết thanh
- c. **Ferritin huyết thanh**
- d. Tiền sử gia đình

**Câu 9:**

Một thai phụ đã từng sanh con bị Thalassemia nặng, hiện có thai với cùng một người chồng. Cần phải làm gì?

- a. Ferritin huyết thanh
- b. Huyết đồ chồng
- c. Điện di hemoglobin
- d. **Sinh thiết gai nhau hoặc chọc ối**

### Câu 10:

**Toxoplasma gondii là một ký sinh trùng nội sinh tế bào. Chọn một nhận định đúng về nhiễm Toxoplasma gondii trong thai kỳ.**

- a. Thai phụ cần được tầm soát thường quy T.gondii trong thai kỳ bằng IgM, IgM mẹ
- b. Điều trị ngay với Spiramycine có thể ngăn ngừa di chứng cho thai nhi khi biết mẹ bị nhiễm.
- c. Hầu hết trẻ sơ sinh sẽ có biểu hiện nhiễm T.gondii bẩm sinh khi IgM mẹ (+).
- d. Hơn 50% trẻ sơ sinh mà mẹ bị nhiễm T.gondii vào 3 tháng cuối có IgG ở con (+).

### Giảng thêm 1:

#### Chích ngừa Rubella

Khuyến cáo cứ chích ngừa Rubella dù không kiểm tra KT. Tuy nhiên không phải lúc nào việc chích ngừa cũng có lợi, VD ốm yếu, SGMD (vaccine rubella là vaccine sống giảm độc lực), có thai. Chương trình chủng ngừa chỉ là hỗ trợ NVYT để đảm bảo làm việc trên 1 cộng đồng chung.

### Giảng thêm 2:

#### Có thai sau chích ngừa Rubella

Khuyến cáo chỉ nên có thai sau khi chích ngừa rubella 1-3 tháng (1 tháng là đã đủ KT rồi). Hơn nữa, theo quan điểm của WHO, không ghi nhận trường hợp mắc HC rubella bẩm sinh cho hơn 1000 phụ nữ mang thai vô tình tiêm vaccine rubella mà họ không biết mình đang mang thai trong 3 tháng đầu thai kỳ (Khánh's quote :>>) → nếu xảy ra trường hợp như thế này, tiếp tục theo dõi và đánh giá trong thai kỳ chứ không chỉ định chấm dứt thai kỳ lúc này.

### Giảng thêm 3:

#### XN huyết thanh TPHA

Trong các XN huyết thanh, sự chuyển đổi huyết thanh rất quan trọng (các XN có thể dương giả âm giả), kèm theo dấu hiệu lâm sàng → hướng đến chẩn đoán nhiễm trùng bào thai.

Khả năng xâm nhập của giang mai vào thai nhi cao hơn từ tuần 16 trở đi → phát hiện càng sớm càng tốt.

### Giảng thêm 4:

#### Huyết đồ với tầm soát thiếu máu

Huyết đồ: tầm soát thiếu máu, thiếu máu có 2 loại chính là thiếu máu thiếu sắt và thalassemia.

Huyết đồ bình thường không thể nói lên rằng có bị thalassemia hay không (thalassemia thể  $\alpha$  có thể nặng, nhẹ, ẩn).

### Giảng thêm 5:

#### Tầm soát Thalassemia và giải thích

Nếu vợ có thalassemia thì nên làm XN di truyền của chồng để đánh giá khả năng bị thalassemia của thai hiện tại hoặc những lần mang thai tiếp.

Thalassemia là bệnh lý di truyền lặn trên NST thường. VN nằm trong vùng dịch tễ thalassemia, cứ 70 người mang thai thì có 1 người mang gen liên quan bệnh lý di truyền thalassemia, thường là người lành mang bệnh. Đây là bệnh lý đơn gen. Ở thể  $\alpha$ , đột biến nằm trên NST số 11, gen  $\alpha$  liên quan 4 đoạn đơn gen nên  $\alpha$  phức tạp hơn  $\beta$  ( $\beta$  nằm trên NST 16).

Vì là di truyền lặn nên thường ở dạng di hợp tử. Sàng lọc bước đầu là CTM, thấy MCV và MCH giảm. Bước tiếp theo là sàng lọc cho chồng. Nếu XN của chồng bình thường thì ko liên quan thiếu máu di truyền, ngừng sàng lọc. Nếu MCV và MCH cũng giảm → nghi ngờ có dị hợp → điện di Hb để định hướng để làm tiếp theo các cặp gen liên quan  $\alpha$  hay  $\beta$  → XN di truyền tìm đột biến.

Tổng của điện di là 100%, chuỗi  $\alpha$  kết hợp trên toàn bộ các Hb, nếu thiếu chuỗi  $\alpha$  làm giảm đồng loạt các Hb → trong tổng 100% sẽ không có thay đổi về tỉ lệ. Thiếu chuỗi  $\beta$  làm giảm chuỗi A2 → điện di thay đổi → gợi ý làm tiếp XN di truyền cho cặp vợ chồng. Nếu cả 2 cùng mang 1 dạng  $\alpha$  hay  $\beta$  thì làm tiếp XN di truyền cho thai.

Phải điện di để định hướng XN cho thể  $\alpha$  hay  $\beta$  (nguyên nhân kinh tế).

Sử dụng cut-off  $MCV = 80$ ,  $MCH = 27$  đã đủ để sàng lọc. Nếu thấy cô này được chẩn đoán  $\alpha$  hay  $\beta$  từ thể trung bình đến nặng, nếu chồng gấp nghe ngưỡng thì xem xét làm thêm. Nếu **XN chồng ko có hồng cầu nhỏ nhược sắc** thì dừng lại không làm nữa. Đa số thể thalasemia từ trung bình đến nặng rất khó đậu thai, thể  $\alpha$  từ 3 gen trở lên khó sống qua thời kỳ chu sinh hoặc nhũ nhi, BN lớn lên rồi sinh con rất hiếm gặp.

## Bài 3 APP Quản lý thai nửa đầu thai kỳ: thiếu máu và nhiễm trùng

### Câu 1:

#### NHIỄM GIANG MAI TRONG THAI KỲ

Cô AM, 26 tuổi, PARA 0000. Hiện cô A đang mang thai 12 tuần được làm xét nghiệm thường quy có VDRL (+), khám lâm sàng hiện không phát hiện bất thường.

Cách 2 năm cô A có nổi 1 vết loét vùng âm hộ không đau, không điều trị gì, tự khỏi.

Chọn 2 hành động phù hợp nhất:

- a. TPHA âm tính. Theo dõi thai kỳ bình thường
- b. TPHA âm tính. Thực hiện lại TPHA và VDRL sau 3-4 tuần
- c. TPHA dương tính. Điều trị với Benthazine Penicilline G
- d. TPHA dương tính. Theo dõi thai kỳ bình thường
- e. TPHA dương tính. Chấm dứt thai kỳ

#### Giải thích:

Nhận biết sang thương giang mai: vết loét vùng âm hộ, bờ tròn đều, không đau, không dấu hiệu viêm, không dịch, không mủ, sờ nhẹ không đau → lấy bệnh phẩm soi dưới KHV xem có xoắn khuẩn giang mai hay không. Hoặc làm XN huyết thanh VDRL, TPHA; hoặc PCR.

Tại VN sử dụng phổ biến 2 XN huyết thanh trên để chẩn đoán. Trên 1 BN có tiền căn và chưa loại trừ được → làm theo phác đồ tầm soát nhiễm giang mai thai kỳ trong bộ 3 HIV, VGB, giang mai: Nếu VDRL (+) → TPHA. Nếu TPHA (+) thì tiến hành điều trị, nếu TPHA (-) thì XN lại sau vài tuần.

Tại sao phải điều trị trước 16 tuần? Vì từ 16 tuần trở đi khả năng xoắn khuẩn xâm nhập vào bào thai cao hơn so với trước 16 tuần

Điều trị xong có theo dõi tiếp không? Có, theo dõi bằng VDRL. Điều trị có đáp ứng là VDRL trở về (-).

### Câu 2:

#### NHIỄM CYTOMEGALOVIRUS CẤP, TÁI HOẠT HAY TÁI PHÁT?

Cô B, 32 tuổi, có 1 con hiện 14 tháng tuổi bị bại não-đầu nhỏ do nhiễm Cytomegalovirus. Cô mới mang thai lại lúc 12 tuần, được xét nghiệm CMV IgM (+), IgG (+). Trong thai kỳ này thỉnh thoảng có có triệu chứng giống cúm, sốt nhẹ, không phát ban, không nổi hạch. Cô B rất lo lắng vì sợ thai sẽ bị nhiễm CMV. Chọn 1 hành động thích hợp tại thời điểm này:

- a. Thực hiện CMV IgG avidity, nếu tăng cao sẽ chấm dứt thai kỳ
- b. Thực hiện CMV IgG avidity, nếu tăng cao chọc ối lúc 21 tuần xét nghiệm PCR-DNA CMV
- c. Chọc ối lúc 21 tuần xét nghiệm PCR-DNA CMV mà không cần làm thêm bất cứ xét nghiệm nào khác
- d. Siêu âm hình thái học lặp lại tìm nhiễm trùng bào thai. Chọc ối khi có chỉ định
- e. Thai phụ đã bị nhiễm CMV tái phát, dùng liệu pháp kháng virus lúc này
- f. Thai phụ đã bị nhiễm CMV cấp. Chấm dứt thai kỳ ngay

#### Giải thích:

PCR chỉ làm trong trường hợp mẫu bệnh phẩm quá khó để tìm vi trùng, virus nên buộc phải nhân lên bằng PCR. Thông thường đối với XN liên quan cấu trúc NST thì không cần làm như vậy, người ta sẽ dùng bạch cầu lấy nhân tế bào nuôi cấy để ra được cấu trúc NST luôn. Hoặc dùng XN hiện đại như chẩn đoán tiền làm tổ (không phải XN thường quy và chỉ sau thụ tinh ống nghiệm).

CMV là 1 dạng nhiễm trùng mà đa số ở 1 người bình thường không có thai sẽ có hội chứng giống NT biểu hiện của BC đơn nhân: sốt, phát ban, mệt mỏi, sưng hạch, gan lách to; trong thời gian ngắn (2-7 ngày) sẽ hồi phục.

Đáp ứng miễn dịch của CMV trong thời kỳ bào thai khác với những con khác. VD: nhiễm Rubella đa số 3 tháng đầu sẽ diễn tiến thành hội chứng Rubella bẩm sinh → bỏ thai, nếu bị trễ sau 20 tuần thì đa số thai phát triển bình thường. CMV nguy hiểm hơn, thời gian ủ bệnh từ 1-2 tuần.

Sau giai đoạn ủ bệnh → biểu hiện của nhiễm cấp: có thể có hoặc không triệu chứng. Trong đó, IgM tăng trước, IgG tăng sau. Với CMV, IgM kéo dài (lên đến 1 năm), đặc biệt có thể tái hoạt → IgM, IgG tăng lại, hoặc nhiễm tái phát và thường là IgG kéo dài luôn. Còn với Rubella hầu như 1 tháng IgM đã (-) rồi.

IgG avidity (ở VN hiện chưa có) thể hiện ái tính của kháng thể, khi lần đầu nhiễm, IgG không thành thực như lúc sau, khả năng tạo phức bộ KN-KT kém hơn lúc sau. Nên trong nhiễm cấp, ái tính của IgG sẽ thấp. IgG avidity chỉ phân biệt nhiễm cấp hay nhiễm lại, không phân biệt tái hoạt hay tái phát.

Chọc ối làm PCR tuần 21 vì: KT bắt được vi khuẩn sẽ thải ra qua nước tiểu → chọc lấy XN. Tuy nhiên, chọc ối, PCR (-) cũng không loại trừ được nhiễm trùng 100%.

CMV chưa có vaccine cũng như thuốc.

BN có tiền căn sanh con đầu nhỏ → nguy cơ cao với CMV (có thể là không triệu chứng hoặc tái hoạt) → việc theo dõi thai kỳ rất quan trọng

Nhiễm lần đầu nguy hiểm hơn nhiễm lần sau.

CMV thứ phát, nguy cơ lây nhiễm cho thai rất thấp < 10%.

### Câu 3:

#### THIẾU MÁU DI TRUYỀN THALASSEMIA

Cô C, 27 tuổi, bị  $\beta$ -Thalassemia phải truyền máu sắt mỗi 6 tháng.

Cô mang thai lần đầu hiện 8 tuần, được làm xét nghiệm máu Hb 7.8 g/DL, Hct 28%, MCV và MCH đều giảm thấp.

Chọn 1 hành động thích hợp tại thời điểm này:

- Huyết đồ chồng
- Điện di Hemoglobin chồng
- Xét nghiệm sinh học phân tử tìm đột biến gen cho chồng cô C
- Sinh thiết gai nhau hoặc chọc ối tìm đột biến gen  $\beta$ -Thalassemia cho thai
- Chấm dứt thai kỳ ngay

#### Giải thích

Làm CTM chồng trước vì đây là XN rẻ tiền, đa số MCV, MCH bình thường. Nếu MCV, MCH không giảm thì ngưng sàng lọc.

Thai phụ bị  $\beta$ -thalassemia, đầu tiên xem tiền căn sanh con, thai lưu, thiếu máu bào thai, thalassemia. Phải tuân thủ chương trình sàng lọc.

Mục tiêu của chương trình sàng lọc: giảm tối đa số bé bị đồng hợp tử thalassemia nặng. Mục tiêu này được xem xét trên dân số chung và cả hiệu quả về kinh tế, y tế.

XN sinh học phân tử là 1 XN lâu (khoảng 1 tháng) và mắc tiền. Hơn nữa XN này phải được định hướng vì có những bộ kit riêng dành cho từng loại thalassemia, không phải cứ muốn là làm được.



## Bài 4 RAT Xuất huyết 3 tháng đầu thai kì

1. Khi theo dõi sau sảy thai, khảo sát nào ít được dùng do hiếm khi nó cung cấp thông tin hữu ích
- A. Diễn biến ra huyết âm đạo sau những lần khám
  - B. Kết quả mô bệnh học của những sản phẩm tổng xuất
  - C. Diễn biến siêu âm qua những lần khám
  - D. Diễn biến câu sủa giám beta-hCG qua những lần khám

Giải thích: Trong theo dõi sau sảy thai, theo dõi beta-hCG ít có giá trị. Trong nhiều trường hợp sảy thai, kể cả xảy thai trọn, beta- hCG vẫn không giảm.

2. Khi nghi ngờ thai nghén thất bại sớm, khảo sát nào là cần thiết nhất? Chọn một khảo sát cần thiết nhất.
- A. Theo dõi diễn tiến hình ảnh học qua những lần siêu âm
  - B. Theo dõi triệu chứng ra huyết âm đạo qua những lần khám
  - C. Theo dõi triệu chứng đau bụng qua những lần khám
  - D. Theo dõi diễn tiến động học beta-HCG

3. Trong các yếu tố nguy cơ sau của thai ngoài tử cung, yếu tố nào có mối liên quan kém nhất với khả năng có thai ngoài tử cung? Chọn yếu tố ít liên quan nhất
- A. Phẫu thuật triệt sản trước đó bị thất bại
  - B. Phẫu thuật tái tạo ống dẫn trứng bị tắc ứ dịch
  - C. Dùng thuốc tránh thai khẩn cấp bằng progestin
  - D. Viêm sinh dục do Chlamydia trachomatis

Giải thích: thuốc ngừa thai khẩn cấp chứa progestin không được xem là yếu tố nguy cơ gây thai ngoài tử cung. Do thuốc có hiệu quả rất cao trong tránh thai ( cả thai trong và thai ngoài tử cung) Tuy nhiên, nếu đã sử dụng thuốc khẩn cấp mà lại có thai thì cần nghi ngờ thai đó là TNTC cho đến khi có ăng chuwns ngược lại

4. Phát biểu nào trong các phát biểu sau về ngưỡng phân định là đúng nhất? Chọn một phát biểu đúng
- A. Khi siêu âm không thấy thai trong TC và bata-hCG dưới ngưỡng phân định giúp ta không quá lo sợ về khả năng TNTC
  - B. Khi beta-hCG trên ngưỡng phân định mà siêu âm không thấy thai trong TYC giúp ta xác lập chẩn đoán TNTC
  - C. Khi ta nâng giá trị cutoff của ngưỡng phân định lên, sẽ giúp nghi ngờ nhiều trường hợp TNTC hơn là thực sự
  - D. Khi ta giảm giá trị cutoff của ngưỡng phân định xuống, sẽ giúp ta giảm chẩn đoán quá các trường hợp không cần thiết
5. Tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết 3 tháng đầu thai kì, động học beta-hCG có giá trị ra sao? Chọn một câu đúng
- A. Diễn biến động học beta-hCG là yếu tố quan trọng nhất trong chẩn đoán TNTC
  - B. Trong TNTC, diễn biến động học beta-hCG không thể có nồng độ tăng gấp đôi sau 48 giờ
  - C. Trong TNTC, beta-hCG chỉ phản ánh hoạt động của tế bào nuôi, không giúp chẩn đoán vị trí làm tổ của thai
  - D. Trong TNTC, động học beta-hCG không thể có dạng bình nguyên hay dạng giảm dần
6. Phẫu thuật là thích hợp nhất trong trường hợp TNTC nào sau đây? Chọn một câu đúng

- A. Bệnh nhân chưa từng có thai và chưa có con, hiện bị thai ngoài tử cung
- B. Thai ngoài tử cung được phát hiện sớm, có tiền căn thai ngoài tử cung cùng bên
- C. Thai ngoài tử cung phát hiện trễ, có nồng độ beta-hCG rất cao: từ 5000-1000 UI/ml
- D. BN có kích thước khối thai >3.5cm

Giải thích

- Câu B: trong trường hợp có tiền căn thai ngoài tử cung cùng bên, điều trị ngoại khoa có ưu điểm hơn. Do trong trường hợp này nhiều khả năng vòi trứng này xem như đã bị hư hại, điều trị nội khoa khó thành công. Đồng thời điều trị ngoại khoa giúp khóa sát toàn bộ buồng chậu giải quyết các vấn đề khác còn tồn tại ở vùng chậu
- Câu C sai: có thể sử dụng phác đồ đa liều đối với trường hợp beta-hCG tăng cao
- Câu D sai: kích thước không là yếu tố quan trọng nhất trong quyết định điều trị nội khoa/ ngoại khoa

Giảng thêm

Tiêu chuẩn chẩn đoán TNTC

1. Siêu âm thấy rõ khối thai có tim thai ở ngoài tử cung
2. Không thấy rõ khối thai: dựa vào beta-hCG vượt ngưỡng (>1500) + 4 hình ảnh siêu âm đặc trưng ( NMTC mỏng dưới 4mm, lòng tử cung trống, cạnh buồng trứng có khối echo hỗn hợp, có dịch cùng đồ. Trong đó yếu tố cạnh buồng trứng có khối echo hỗn hợp là quan trọng nhất)
3. Không thấy rõ khối thai + beta hCG dưới ngưỡng: dựa vào 4 tiêu chuẩn trên siêu âm + động học beta hCG phù hợp

▪ Chỉ định điều trị nội khoa

- Huyết động học ổn định
- Beta hCG <5000 (đối với đơn liều)
- Kích thước < 3.5 cm

▪ Lưu ý: yếu tố tiên quyết giúp điều trị thành công nội khoa là beta hCG trong khi kích thước không quan trọng bằng. Do kích thước thai to thường là do tụ máu trong vòi trứng, dẫn tới không phân biệt được trên siêu âm. Tuy nhiên nếu kích thước thai quá to thì sẽ có khả năng vỡ → điều trị nội khoa thất bại. Do vậy kích thước thai vẫn là một trong những yếu tố quyết định điều trị nội khoa

7. Điều trị nội soi là thích hợp nhất cho trường hợp thai ngoài tử cung nào sau đây. Chọn một câu đúng
- A. Song thai một túi thai làm tổ ngoài tử cung, túi thai thứ hai làm tổ trong tử cung
  - B. Đã có tiền căn mổ: xé vòi trứng lấy khối thai ngoài, lần này bị thai ngoài tử cung cùng bên
  - C. Thai ngoài tử cung ở người bị hiếm muộn do vòi Fallope nhưng được phát hiện sớm beta-hCG <5000 mUI/ml
  - D. Thai ngoài tử cung phát hiện trễ beta-hCG= 7000 UI/ml và bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật vùng chậu nhiều lần

Giải thích

Câu C sai: do đã biết nguyên nhân do vòi Fallope, có thể mổ nội soi để giải quyết nguyên nhân thực thể

Câu D đúng: bn có tiền căn phẫu thuật nhiều lần → hạn chế mổ lại do sẽ có nhiều tai biến (do bụng dính). Beta hCG cao nhưng có thể điều trị nội khoa đa liều



8. Điều nào sau đây là đặc trưng cho thai trứng?
- A. Hình ảnh siêu âm rất đặc trưng buồng tử cung có cấu trúc dạng tổ ong, bão tuyết
  - B. Giải phẫu bệnh: vì thể có gai nhau thoái hóa nước, tăng sinh nguyên bào nuôi
  - C. Nồng độ huyết tương của beta-hCG đạt mức rất cao, trên 100.000 UI/ml
  - D. Tất cả các đặc điểm trên cùng là đặc trưng điển hình của thai trứng

Giải thích

Câu A sai: do hình ảnh cấu trúc dạng tổ ong chỉ đặc trưng cho thai trứng toàn phần, sẽ khó khăn hơn trong trường hợp thai trứng bán phần, do hình ảnh không điển hình. Thai lưu với nhau thoái hóa có thể cho hình ảnh tương tự thai trứng

Câu C sai: những trường hợp song thai cũng có thể cho beta-hCG trên 100.000 UI/ml

9. Lý do chính yếu cho việc điều trị hóa dự phòng trong thai trứng nguy cơ cao ngày càng ít vào trò?
- A. Sự hiểu biết và hợp tác giúp cho việc theo dõi thai trứng chặt chẽ
  - B. Tỷ lệ thai trứng diễn biến thành ung thư nguyên bào nuôi thấp
  - C. Hóa dự phòng có nhiều tác dụng phụ hơn là lợi ích mang lại
  - D. Tăng tỉ lệ kháng thuốc nếu thai trứng diễn tiến thành thai trứng nguy cơ cao
10. Trong các nguyên nhân xảy thai sớm, nguyên nhân nào thường gặp nhất.
- A. Bất thường di truyền ở cha hoặc mẹ
  - B. Bất thường di truyền ở phôi
  - C. Bất thường di truyền ở giao tử
  - D. Bệnh lý nhiễm trùng TORCH

## Bài 4 APP Xuất huyết 3 tháng đầu thai kì

### TÌNH HUỐNG 1: CÓ THAI SAU THỤ TINH TRONG ống NGHIỆM

Bà A. 39 tuổi, tiền sử 2 lần phẫu thuật cắt ống dẫn trứng qua nội soi vì thai ngoài tử cung. Hiện tại bà không còn ống dẫn trứng, do đã bị cắt. Bà A. đến khám thai lần đầu. Thai có được bằng thụ tinh trong ống nghiệm.

Đúng 4 tuần trước, bà A. được lấy noãn bào để thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm. 5 ngày sau đó, bà được chuyển phôi. Người ta chuyển 1 phôi vào buồng trứng bà ta. 14 ngày sau khi lấy noãn, tức 9 ngày sau chuyển phôi, bà ta được thử beta-hCG định lượng, với kết quả beta-hCG = 140 mIU/ml. 2 ngày sau đó, bà A còn được thực hiện định lượng beta-hCG lần thứ nhì, với kết quả beta-hCG 200 mIU/mL. Hôm nay, bà A. đến khám và được siêu âm lần đầu tiên.

Khám mở vạt thấy cổ tử cung hồng lợt, không ra máu bất thường trong lòng tử cung. Khám âm đạo thấy tử cung có kích thước to bằng tử cung mang thai 8 tuần, mềm eo tử cung mềm, 2 phần phụ không sờ thấy. Các túi cùng trống

Kết quả siêu âm như sau: tử cung mang thai, trong lòng tử cung có một hình ảnh túi thai, với MSD=25cm, bên trong có một yolk sac= 7mm, không quan sát thấy hoi âm thai. Không thấy hình ảnh tụ máu màng đệm

Hãy cho kết luận của bạn về tình trạng thai của bà A ở ngày hôm nay. Kế hoạch của bạn. chọn 2 câu đúng

- A. Chưa định chính xác tình trạng thai. Tuy nhiên các dữ liệu là tương thích, không có dấu hiệu đe dọa thai
- B. Dựa trên các dữ kiện đã có, nghĩ đến khả năng cao có thể xảy ra tình trạng thai nghén thất bại sớm
- C. Dựa trên các dữ kiện đã có, có thể xác định thai ngưng phát triển trong tử cung
- D. Hẹn khám thai định kì theo lịch khám thai bình thường, tức khoảng 2-4 tuần nữa
- E. Thực hiện thêm một loạt định lượng beta-hCG, để xem diễn tiến beta-hCG
- F. Thực hiện thêm một loạt siêu âm khác qua đường âm đạo, để xem diễn biến của dấu hiệu hình ảnh

Giải thích

Câu B: nghĩ thai nghén thất bại sớm vì:

Động học beta hCG bất thường, chỉ tăng 42% sau 2 ngày.

Không thấy hoạt động phôi thai khi MSD=25mm.

Câu C; sai vì. Chưa thỏa điều kiện để chẩn đoán thai ngưng phát triển trong tử cung. (MSD=25, không thấy cả phôi thai và yolk sac) Trong trường hợp này, mặc dù khi MSD=25mm không thấy phôi thai nhưng vẫn còn phát hiện yolk sac.

### TÌNH HUỐNG 2: PHÁT TRIỂN PHÔI THAI TRONG 3 THÁNG ĐẦU

Bà B. 35 tuổi, có thai lần đầu, đến khám thai. Chu kì kinh của bà B. trước đây rất đều, 28 ngày một lần, mỗi lần kéo dài 3 ngày. Bà B. nhớ chính xác ngày bắt đầu có kinh cuối cùng là cách hôm nay trong 12 tuần. Lần hành kinh này có tất cả các đặc tính của lần hành kinh bình thường. Bà B. cũng nhớ chính xác ngày có kinh lần trước, ở thời điểm trước 4 tuần của lần hành kinh cuối cùng.

Đúng 8 tuần trước, vì nghi có thai bà B. có thực hiện test định lượng beta-hCG với kết quả =100 mIU/mL

Sau khi biết có thai được 2 tuần, bà B bị ra huyết âm đạo bất thường lượng ít, đen sẫm nên có đi siêu âm, với kết quả, tử cung mang thai, trong lòng tử cung có một hình ảnh túi thai, với MSD=6mm, bên trong có một yolk sac= 2.5mm, và phôi thai CRL=2.5mm, chưa quan sát thấy hoạt động tim thai. Không thấy hình ảnh tụ máu màng đệm.

Cách nay 4 tuần, bà đi khám theo hạn. Bà không bị xuất huyết âm đạo nữa. Khám âm đạo thấy tử cung có kích thước to bằng tử cung mang thai 8 tuần, mềm eo tử cung mềm 2 phần phụ không sờ thấy. Các túi cùng trống. Siêu âm thực hiện cùng ngày cho kết quả: tử cung mang thai, trong lòng tử cung có hình ảnh một túi thai, với MSD=13mm, bên trong có yolk sac d=5mm, và phôi thai CRL=9mm, có hoạt động tim thai. Không thấy hình ảnh tụ máu trong màng đệm

Hôm nay bà B. được siêu âm một lần nữa cho kết quả: tử cung mang thai, trong lòng tử cung có hình ảnh một túi thai, trong có phôi thai CRL=40mm, BPD=15mm, có hoạt động tim thai. Không thấy hình ảnh tụ máu trong màng đệm. Chưa đủ điều kiện để khảo sát NT do CRL chưa đạt tiêu chuẩn 45mm

Bạn kết luận ao về tình trạng thai của bà B và kế hoạch can thiệp. Chọn 2 câu đúng

- A. Diễn tiến này là hoàn toàn bình thường
- B. Diễn tiến này đang có chiều hướng bất thường
- C. Tiếp tục các quy trình thường quy cho một thai kì bình thường
- D. Thực hiện khảo sát NIPT trực tiếp
- E. Chờ đợi thực hiện các khảo sát tầm soát lệch bội thường quy để có quyết định
- F. Thực hiện khảo sát xâm lấn chẩn đoán lệch bội

Câu B: các yếu tố để nhận định đây là thai có diễn tiến bất thường

bà B. 35 tuổi

beta hCG 100 mIU/mL vào thời điểm 4 tuần là thấp so với bình thường

MSD= 6mm; CRL=2.5mm ở giai đoạn 6 tuần là bất thường

MSD= 13mm, CRL=9mm, YS=5mm là bất thường ở giai đoạn 8 tuần

BPD=12mm là không phù hợp ở giai đoạn 12 tuần

Câu D: giữa NIPT và các test tầm soát lệch bội khác, nên làm NIPT vì có độ nhạy và đặc hiệu cao hơn hẳn

### TÌNH HUỐNG 3: DISCRIMINATION ZONE

Cô C. 24 tuổi, được nhập viện vì xuất huyết tử cung bất thường sau trễ kinh. Máu âm đạo từ vài ngày nay, nhưng cô không nói rõ được tính chất

Cô C. từng bị thai ngoài tử cung. Lần trước, cô ta được điều trị thành công với MTX

Cô C. hiện chưa có gia đình, với cuộc sống phogns khoáng, có quan hệ trong cùng thời gian với một số bạn trai. Do họ từ chối dùng condom, nên cô thường tránh thai bằng thuốc tránh thai khẩn cấp lẫn lộn với những lúc có dùng condom.

Hiện tại sinh hiệu ổn, khám bụng mềm không đau. Khám mô vạt thấy có huyết sậm màu đen từ lỗ cổ tử cung. Khám âm đạo thấy **cạnh trái tử cung nền, khó chịu khi chạm**

Kết quả beta-hCG định lượng: của **2 ngày trước 800 mIU/mL**, của **ngày hôm nay = 750 mIU/mL**

Siêu âm thấy có một **khối phản âm hỗn hợp nằm ở cạnh trái tử cung**, **khó phân biệt khối này và buồng trứng do giới hạn không rõ, buồng tử cung trống**, có một **lam dịch mỏng trong lòng tử cung**, **nội mạc mỏng, không dịch cùng đồ.**

Bạn chẩn đoán gì và làm gì cho bà C. chọn 2 câu đúng

- A. Thai đã sảy hoàn toàn và chưa trọn
- B. Thai chưa xác định vị trí
- C. **Thai ngoài tử cung trái**
- D. **Chưa có chỉ định can thiệp**
- E. Can thiệp ngay bằng MTX
- F. Can thiệp ngay bằng phẫu thuật

Câu C: trong trường hợp beta hCG dưới ngưỡng, chẩn đoán dựa vào siêu âm ( 4 tính chất TNTC trên siêu âm) + động học -> phù hợp với TNTC trong trường hợp này

Câu D: beta-hCG <1000 + sinh hiệu ổn

#### TÌNH HUỐNG 4: TRÁNH THAI HẬU THAI TRỨNG

Cô D. **19 tuổi**, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường su khi **hút nạo thai trứng 6 tháng**. Cô D. đã bị **thai trứng toàn phần được hút nạo với giải phẫu bệnh lý là lông nhau thaois hóa nước** với hình ảnh **tăng sinh tế bào nuôi**. Beta-hcg ở thời điểm sau hút nạo là **100.000 mIU/mL**. 8 tuần sau hút nạo, thử lại betahCG <0.1 mIU/mL. cô ta có kinh lại sau khi hCG về lại âm tính. 3 lần định lượng beta-hCG cuối cùng, lần cuối cách nay 1 tháng, đều cho kết quả <0.1 mIU/mL. Lúc này, cô ta được khuyên tránh thai bằng **COCs**. Cô ta ra hiệu thuốc và mua một loại thuốc tránh thai có công thức gồm 20microgam EE và 75 microgam Desogestrel. Cô ta đã uống thuốc được hơn 2 tuần, theo đúng như hướng dẫn. Cô D. bắt đầu cảm thấy chảy máu âm đạo từ vài hôm nay. Với lượng rất ít nhưng đủ làm cô thấy lo lắng.

Hãy giải thích nguyên nhân chảy máu và hướng xử trí cho cô D. Chọn 2 câu đúng

- A. Chảy máu có nhiều khả năng là do GTN
- B. **Chảy máu có nhiều khả năng là do dùng thuốc COCs**
- C. Chảy máu nhiều khả năng là do có thai lại
- D. Khảo sát quan trọng nhất phải làm ngay là định lượng beta-hCG toàn phần
- E. Khảo sát quan trọng nhất phải làm ngay là định lượng beta-hCG tự do
- F. **Khảo sát quan trọng nhất phải làm ngay là định lượng cả hai loại beta-hCG tự do và beta-hCG toàn phần**

Câu A: ít nghĩ đến GTN, dựa vào kết quả theo dõi beta-hCG. Tuy vậy, bất cứ trường hợp nào chảy máu sau điều trị, **không thể loại trừ hoàn toàn, vẫn có thể có nguy cơ GTN (dù trong trường hợp này ít nghĩ)**

Câu B: thuốc tránh thai COCs hàm lượng thấp có khả năng gây chảy máu, do gây ra tình trạng nội mạc phát triển kém

Câu C: Cô D. dùng thuốc tránh thai nên ít nghĩ

## Bài 5 RAT Lượng giá sức khỏe thai

Câu 1: Điều kiện để có một NST bình thường là gì? **Chọn 1 câu đúng :**

A/ Hành não phải toàn vẹn về chức năng

B/ Nút xoang bình thường về chức năng

C/ Áp cảm thụ quan bình thường về chức năng

D/ Hệ thần kinh tự trị bình thường về cấu tạo và chức năng

➔ Đáp án: D

Câu 2 : Giảm áp suất trên quai động mạch chủ và xoang động mạch cảnh thai nhi( theo sau cử động thai hay trong khi có chèn ép tĩnh mạch rốn) sẽ dẫn đến biểu hiện nào trên EFM .**Chọn một câu trả lời đúng**

A/ Nhịp tăng (acceleration)

B/ Nhịp nhanh (tachycardia)

C/Tăng variability ( saltatory)

D/ Biến động hình sin

➔ Đáp án: A

Câu 3. Một kết quả Contraction Stress Test dương tính có ý nghĩa ra sao ? **Chọn 1 câu trả lời đúng**

A/ Có sự suy giảm chức năng trao đổi khí tại hồ máu trong cơn co tử cung

B/ Các cơn co nhân tạo đã tạo ra giảm phân áp oxygen trong máu thai nhi

C/ Thai nhi sẽ không chịu được tình trạng thiếu oxygen trong cuộc chuyển dạ

D/ Thai nhi hiện đang có một dự trữ kiềm suy giảm tại thời điểm khảo sát

➔ Đáp án : B

Câu 4 Khuyến cáo có thể thực hiện đếm cử động thai hàng ngày để theo dõi tình trạng sức khỏe thai nhi . Khuyến cáo này thích hợp nhất với nhóm sản phụ nào trong các nhóm sản phụ được liệt kê dưới đây ? **Chọn 1 câu đúng**

A/ Thai chậm tăng trưởng trong tử cung

B/ Đang có tiền sản giật dấu hiệu nặng

C/ Ba tháng cuối thai kì nguy cơ thấp

D/ Đang được thực hiện corticoid liệu pháp

➔ Đáp án C

Câu 5 Bạn làm gì tiếp theo sau một NST không có nhịp tăng trong thời gian 40 phút thực hiện? **chọn 1 câu đúng**

A/ Thực hiện kích thích đánh thức thai nhi

B/ Thực hiện thêm các test phối hợp khác

C/ Thực hiện lại test sau khi sản phụ ăn no

D/ Thực hiện lại test sau khi truyền dịch ( Glucose 5% hoặc Lactat Ringer)

→ **Đáp án B**

Câu 6 : Trong trắc sinh đồ vật lý biến đổi (modified BPP) nên sử dụng AFI hay SDP để khảo sát thể tích dịch ối? **chọn 1 câu đúng**

A/ AFI

B/ SDP

C/ AFI hay SDP

D/ AFI và SDP

→ **Đáp án C**

Câu 7 : Khi nào trên phổ velocimetry Doppler thể hiện một trở kháng thấp bất thường của giường ( hệ thống ) mao mạch sau vị trí khảo sát ? **chọn 1 câu đúng**

A/ Hệ thống mạch máu bị thoái hóa

B/ Hệ thống mạch máu kém phát triển

C/ **Xảy ra hiện tượng dẫn mạch**

D/ Xảy ra hiện tượng co mạch

→ **Đáp án C**

Câu 8 Hãy cho biết tỉ số giữa RI động mạch rốn và RI động mạch não giữa trong thai kì ? **chọn 1 câu đúng**

A/ **Giảm dần khi tuổi thai càng lớn**

B/ Không thay đổi theo tuổi thai

C/ Tăng dần khi tuổi thai càng lớn

D/ Tăng trong nửa đầu thai kì, giảm trong nửa sau

→ **Đáp án A**

Câu 9: Trong thực hành **theo dõi chuyển dạ nguy cơ thấp**, để giảm tổn thương não cho thai nhi , hành động nào sau đây được khuyến nên thực hiện? **chọn 1 câu đúng**

A/ Mở rộng chỉ định mổ sanh

B/ Thở Oxygen khi EFM bất thường

C/ Ghi EFM liên tục

D/ **Nghe tim thai ngắt quãng**

→ **Đáp án D**

Câu 10. Vì sao khi đã có tình trạng toan chuyển hóa trầm trọng, nhịp giảm muộn có thể “biến mất” và rất dễ bị bỏ sót không được nhận ra trên băng ghi EFM? **Chọn 1 câu đúng**

A/ **Vì biến động bị hòa lẫn vào tình trạng bradycardia**

B/ **Vì hành não đã bị tổn thương không còn điều phối**

C/ **Vì tình trạng hypoxia đã trở thành thường trực**

D/ Vì tất cả các yếu tố trên

→ **Đáp án D**

### \*\*\* Thảo Luận

1/ Cách mắc EFM song thai, phân biệt tim thai của song thai hay là nhầm lẫn của việc đặt sai đầu dò ở song thai ?

- ➔ Trên CTG tim thai thứ 2 có trị số bằng tim thai thứ nhất + 20 nhịp
- Kim Thư: xác định cực của 2 thai nhi thông qua Leopold và siêu âm để đặt đầu dò chính xác. Thường thì 2 ổ tim thai sẽ nằm đối bên nhau
  - Thầy Luân gợi ý: 2 thai nhi có 2 hành nào riêng thì 2 trị số tim thai tức thời luôn dao động khác nhau
  - Thanh: base line là thứ không hằng định
  - Đức Anh: Dùng 2 doppler hoặc 2 đầu dò của monitor theo dõi 2 ổ tim thai đó xem 2 ổ đó có cùng nhịp tim thai hay khác nhịp tim thai và có sự thay đổi baseline và các nhịp tăng nhịp giảm tại 1 thời điểm nhất định không để xác định đây là 2 ổ tim thai hay đặt sai vị trí đầu dò
  - Thầy luân chốt: Xác định đúng kiểu biến động của tim thai sự khác nhau của hình dạng biểu đồ trên EFM giúp chúng ta xác định chính xác đó là tim thai của 2 đứa trẻ khác nhau

2/Tiêu chuẩn xác định cơn gò trên CTG( a bảo đọc sách )

Ngoài chuyển dạ có cơn co tử cung nào không, ý nghĩa?

- ➔ Thuận : có các cơn co ngoài chuyển dạ . Trước khi chuyển dạ, có sự tăng tỉ lệ Estrogen/Progesterone → tiết Prostaglandin E2 gây cơn co tử cung, cơn co tử cung đó không gây đau, không đều đặn, tần số cường độ thấp. Còn cơn co chuyển dạ gây đau, tần số, cường độ tăng dần theo thời gian gây xóa mờ cổ tử cung .
- Thầy Luân: thực tế chứng minh rằng không có sự thay đổi nồng độ Estrogen / Progesterone trước chuyển dạ

3/ tại sao BPP nguyên bản dùng cả AFI và SDP trong khi Modified BPP chỉ khuyên dùng AFI ?

- ➔ Thuận : AFI nhạy hơn SDP, mà Modified BPP là công cụ tầm soát, tầm soát thì càng ít bỏ sót càng tốt nên khuyên dùng AFI sẽ có hiệu quả hơn. Trên thực tế vẫn có thể dùng cả AFI hay SDP để khảo sát thể tích dịch ối
- Thầy Luân: Theo ACOG thì SDP được dùng trội hơn AFI và thực tế SDP và AFI đều có thể sử dụng để theo dõi. AFI có ưu thế hơn về lý thuyết

4/ Doppler đm rốn, đm não giữa: phần này thầy giảng về định luật cơ học chất lưu là chính, trong sách có ghi nên t không ghi lại



## Bài 5 APP Lượng giá sức khỏe thai

### Tình huống 1 : Trắc sinh đồ vật lý biến đổi với điểm số bất thường

Thai phụ A, 30 tuổi, có thai lần đầu. Tuổi thai hiện tại là 34 tuần, chính xác, được định theo lâm sàng và siêu âm ở tam cá nguyệt thứ nhất.

Nửa đầu thai kì không ghi nhận bất thường, các khảo sát tầm soát lệch bội cho kết quả nguy cơ tính toán thấp. Các khảo sát huyết thanh xác định đã có miễn dịch với Rubella, CMV, và Toxoplasma. Siêu âm khảo sát các chỉ báo mềm của lệch bội âm tính, Siêu âm hình thái học thai nhi tuần lễ vô kinh thứ 22 không ghi nhận bất thường về hình thái học. Test dung nạp 75g Glucose tuần 24 âm tính.

Tuy nhiên trong lần khám thai thực hiện vào thời điểm thai 28 tuần người ta nghi ngờ khả năng thai có tăng trưởng giới hạn trong tử cung –IUGR, do biểu đồ của chu vi bụng và cân nặng ước tính chạm vào đường biểu diễn của bách phân vị thứ 10. Kể từ đó đến nay, theo dõi không thấy có tăng huyết áp hay dấu tháo đường thai kì kèm theo IUGR.

Người ta không thực hiện khảo sát nguyên nhân khác.

Diễn tiến trong các tuần lễ tiếp theo ghi nhận sự đi xuống dần của các chỉ số sinh trắc học thai.

Hôm nay bà A đi khám theo lịch khám thai. Bà cho biết rằng thai vẫn cử động bình thường. Siêu âm hôm nay cho thấy sinh trắc đã chạm đến đường bách phân vị thứ 3 với giảm thể tích nước ối AFI=4. Bạn có thực hiện thêm NST với kết quả bình thường. Khảo sát động học các dòng chảy ghi nhận trở kháng động mạch rốn, động mạch não giữa và tỉ số não:rốn vẫn nằm trong giới hạn bình thường.

Hãy đánh giá tình trạng thai và cho biết hướng xử lí. Chọn 2 câu đúng ( 1 trong ABC, 1 trong DEF)

A/ Thai nhi vẫn đang ở trong tình trạng an toàn

B/ Thai nhi không còn ở trong tình trạng an toàn

C/ Tính mạng thai nhi đang bị đe dọa nghiêm trọng

D/ Chưa thực hiện thêm test chẩn đoán hay can thiệp nào khác. Đánh giá lại trong lần khám sau

( hãy cho biết khi nào khám lại và nội dung của lần khám sau)

E/ Cần phải tích cực đánh giá ngay tình trạng thai bằng 1 khảo sát như Contraction Stress Test/ BPP

( Hãy cho biết tên các test, lý giải tại sao bạn chọn test đó, kết quả dự kiến và hướng đi sau test đó)

F/ Chấm dứt thai kì ngay thời điểm hiện tại( khởi phát chuyển dạ hay mổ sanh ) không cần làm thêm test khác

( hãy giải thích lý do bạn không thể chờ đợi thêm , vì sao lại chọn mổ sanh hay khởi phát chuyển dạ)Tin

→Đáp án : B và D/E

Giải thích

- ➔ Thái Bảo: Chọn F vì thai 34 tuần đã đủ trưởng thành, có thể dùng Corticoid hỗ trợ, chấm dứt thai kì vì siêu âm tam cá nguyệt 3 thai kì đã phát hiện thai chậm tăng trưởng từ tuần 28 và chạm bách phân vị thứ 3 ở tuần 34, giữ thai trong bụng mẹ k còn hiệu quả → khởi phát chuyển dạ
- ➔ Đăng Khoa: tuần 28 , sinh trắc ở bách phân vị thứ 10 , sau 6 tuần sinh trắc thai chạm bách phân vị thứ 3 nghĩa là trong 6 tuần thai không có tăng trưởng gì cả, cộng thêm thiếu ối AFI=4

ở trong tử cung càng lâu càng không tốt như hiện tại không có bị đe dọa tính mạng, cử động thai bình thường, trở kháng mạch máu bình thường, không có dấu hiệu đe dọa tính mạng, giữ thai lại trong tử cung không có ý nghĩa → cho ra ngoài trước khi thai bị nguy hiểm, hướng mổ lấy thai

- Kim Thư : chưa có bằng chứng để chấm dứt thai kì , chỉ có IUGR và thiếu ối, chưa có bằng chứng thai đang bị đe dọa nghiêm trọng hơn nữa thai kì mới có 34 tuần, chưa phải là thai đủ tháng, dù đã qua 32 tuần, có thể dùng corticoid để hỗ trợ trưởng thành phổi nhưng thai được nhận định là thai chậm tăng trưởng không có cơ sở nào để chắc chắn phổi của thai nhi hay các cơ quan khác đã trưởng thành hoàn toàn, đã đủ tốt để cho bé ra ngoài → đề nghị để thai trong tử cung mẹ để thai phát triển thêm và có thể theo dõi thai kì . Cần đánh giá ngay và làm thêm khảo sát khác như BPP nguyên bản vì nó đánh giá tốt, toàn diện .Nếu BPP nguyên bản ở vùng nguy hiểm như 4/10 hay 6/10 có thể làm thêm CST → nếu thật sự không còn an toàn nữa thì chấm dứt thai kì , ưu tiên sinh ngã âm đạo ( t thấy câu này hay nhất ngưỡng mộ vc)
- Unknown Modified bất thường do AFI=4 nhưng NST bình thường, có thể có 1 tình trạng giảm tưới máu đến thận nhưng doppler động mạch rốn, động mạch não giữa bình thường, không có lí do gì để chấm dứt cả, đề nghị BPP nguyên bản
- Đức Anh : Khám sau 3 ngày, làm NST và Doppler để theo dõi, NST để xác định tình trạng thai bình thường không, Doppler đm xem có sự thay đổi bất thường trở kháng đm chưa, tùy thuộc vào NST và Doppler mà có xử trí tiếp. Làm lại NST sau 3 ngày và siêu âm Doppler sau 2 tuần (Theo ACOG) cho IUGR mức độ 0 như ca này
- Trang: NST bình thường nhưng chưa chắc BPP nguyên bản bình thường, do đó cần làm BPP nguyên bản. Thai IUGR sớm thì thể hiện rõ trên Doppler hơn các chỉ số sinh trắc khác . Cần làm CST để biết thai có thể chịu được chuyển dạ và sinh thường ngã âm đạo không
- A.Huy NST có giá trị trong 1 tuần đối với thai kì phát triển hoàn toàn bình thường, nhưng ca này có quá nhiều bất thường nên 1 tuần là thời gian không thích hợp cần theo dõi sát hơn 3 ngày 1 lần và quyết định ở những trường hợp tương tự như vậy trên lâm sàng có nhiều hướng. thường sẽ chọn D hoặc E. Chấm dứt thai kì cũng là 1 cách và hoàn toàn có cơ sở và lí do để bác sĩ đưa ra quyết định này, nhưng sau đó để lại hậu quả của 1 trẻ non tháng, cần cân nhắc kĩ hơn. Làm CST ở ca này cũng rất tốt khi CST có giá trị âm thì mình có thể an tâm hơn về thai vẫn đang an toàn, có thể cho về nhà, mà CST dương tính cũng k có nhiều ý nghĩa, cần phối hợp test khác
- Chị trúc : CST không đánh giá được thai có sinh thường được hay không mà đó chỉ là khảo sát để theo dõi sức khỏe thai

## **Tình huống 2: tình huống Contraction Stress Test**

Thai phụ B 28 tuổi, có thai lần đầu, đang ở 38 tuần tròn. Thai kì nguy cơ thấp. Bà B đến khám vì thấy chỉ có 4-5 cử động thai trong 2 giờ khi đếm cử động thai vào đêm qua. Bà được thực hiện trắc sinh đồ vật lí biến đổi ghi nhận AFI=7cm và được ghi mộ băng ghi NST. Người đọc kết quả NST đã chỉ định thực hiện CST cho bà B. Hãy đánh giá về tình trạng sức khỏe của em bé con bà B. Chọn 3 câu đúng ( 1 trong AB, 1 trong CD, 1 trong EF )

A/ NST bất thường ( hãy giải thích lí do và cho kết luận về vấn đề này )

B/ NST không đủ điều kiện để đánh giá ( hãy giải thích lí do và cho bình luận về vấn đề này )

C/ CST dương tính ( hãy giải thích và cho kết luận về vấn đề này )

D/ CST không đủ điều kiện để đánh giá ( hãy giải thích lí do và cho bình luận về vấn đề này )

E/Tình trạng đang bị đe dọa ( hãy giải thích và cho kết luận về vấn đề này )

F/ Không thể đưa ra bất cứ kết luận nào về tình trạng thai ( hãy giải thích lí do và bình luận về vấn đề này )

➔ Đáp án B D F

\*\*\* giải thích

Ý 1 : NST

- ➔ Thuận :NST chưa đủ thời gian mặc dù có nhịp giảm kéo dài nhưng vẫn cần làm thêm 20p
- ➔ Đức Anh : không cần đo thêm 20p nữa vì NST có nhịp giảm bất thường kéo dài. NST có nhịp tăng theo cử động thai. Cái này đọc là NST chứ không phải CTG vì không có cơn gò
- ➔ Chị Trúc : kết luận không đủ điều kiện để đánh giá vì thời gian chưa đủ

+ Ý 2 : CST

- ➔ Thuận : CST đủ hơn 3 cơn gò/10p thời gian phục hồi cơn gò kéo dài hơn 1p, có nhịp giảm kéo dài hơn 15s, số nhịp giảm kéo dài chiếm hơn 50% nhịp giảm ➔ CST dương tính
- ➔ Unknown : Có quá nhiều cơn gò, 5 -6 cơn /10p ➔ không đủ điều kiện đánh giá
- ➔ Thư : Không có nhịp tim thai căn bản nên cần phải có 1 đoạn phía trước lúc không có cơn gò để có baseline ➔ khó xác định nhịp tăng giảm, nhịp giảm sớm ➔ CST không đủ điều kiện
- ➔ Chị trúc : CST không đủ điều kiện

### Tình huống 3: thai chậm tăng trưởng trong tử cung IUGR

Thai phụ C 38 tuổi có thai lần thứ nhì, đã sinh 1 lần, con nhỏ 12 tuổi.

Thai kì này bà C khám thai không đều, tại nhiều cơ sở y tế khác nhau và không có giấy tờ liên quan nào ngoài siêu âm duy nhất thực hiện tại một phòng khám siêu âm tổng quát, vào nửa đầu thai kì, với các thông số sinh trắc tương ứng với bách phân vị thứ 50 của tuổi thai 19 tuần. Theo bà C thì lần đó do tại nơi siêu âm không có bác sĩ sản khoa nào khám nên bà chỉ thực hiện siêu âm và không được khám.

Nếu giả định thời điểm thực hiện siêu âm đó bà C đang có thai đúng 19 tuần tròn thì hôm nay bà ta đã mang thai ở tuần lễ thứ 36.

Hôm nay bà C đến khám cấp cứu vì tía không máy từ sáng nay.

Khoảng một tháng trước bà C cũng có đi khám 1 lần, và được người ta cho biết rằng có tăng huyết áp, không rõ mức độ, được cho uống thuốc, nhưng khi hết thuốc, bà C đã không khám lại theo hẹn do tự không thấy có vấn đề bất thường. Tại phòng cấp cứu, huyết áp của bà C đo được là 140/90 mmHg, không phù đàm niệu âm tính

Bà C được thực hiện NST

Đồng thời cũng trong sáng nay, bà cũng được thực hiện siêu âm cho kết quả một thai sống trong tử cung, ngôi ngược với tất cả thông số sinh trắc thai nằm ở bách phân vị thứ 50 của tuổi thai 31 tuần vô kinh. Ghi nhận lượng ối nhiều, với AFI = 16cm

Hãy định danh vấn đề của bà C. Chọn 3 câu đúng ( 1 trong AB. 1 trong CD. 1 trong EF)

A/ Đã có chứng cứ của tình trạng thai với tăng trưởng giới hạn trong tử cung IUGR do tăng huyết áp thai kì

B/ Đã có chứng cứ rằng tình trạng thai hiện tại có thể có liên quan đến một nguyên nhân khác đã bị bỏ qua

C/ Đã có đủ chứng cứ để xác định tình trạng thai đang bị đe dọa nghiêm trọng trong tử cung

D/ Chưa có đủ chứng cứ để xác định tình trạng thai đang bị đe dọa nghiêm trọng trong tử cung

E/ Cần chấm dứt thai kì này để cứu tính mạng của bé. Có thể phải chấp nhận mổ sanh cấp cứu ngay

F/ Còn thiếu rất nhiều những bằng chứng cần thiết cho phép ra được quyết định chấm dứt thai kì

➔ Đáp án B D F

\*\*\* giải thích

Ý 1 : Siêu âm tuần 31, chưa xác định rõ tuổi thai, xác nhận tình trạng IUGR cần dựa vào biểu đồ tăng trưởng chứ không phải số đo sinh trắc tại 1 thời điểm nhất định ➔ chưa có chứng cứ gì chắc chắn đây là tình trạng IUGR mà có thể thai nhi bị nhiễm trùng hoặc dị tật bẩm sinh, lệch bội

Thuận : Có thể có 1 tình trạng IUGR do ĐTĐ thai kì bằng chứng nước ối hơi nhiều

Chị Trúc : Tuổi thai chưa xác định rõ. Chỉ có sinh trắc tại 1 thời điểm mà không có biểu đồ tăng trưởng nên chưa xác định được chính xác đây có phải IUGR hay không. Mà nếu tiền sản giật gây IUGR thì bằng chứng chưa xác thực lắm khi chỉ có HA 140/90 không có đạm niệu và dấu hiệu cơ quan đích khác. Ngoài ra tình trạng thai nhi còn có thể do nhiễm trùng, lệch bội, dị tật bẩm sinh

Ý 2 : Đếm cử động thai ít giá trị, siêu âm có tim thai chứng tỏ thai còn sống

Đức Anh : NST này là bất thường do không có nhịp tăng, không có cử động thai, dao động nội tại tối thiểu. Nhưng, do tuổi thai chưa xác định mà NST cần phải làm sau 32 tuần khi hành nã đã phát triển thì mới có ý nghĩa, do đó NST này hầu như ít có giá trị và không cần đánh giá

## Bài 6 RAT Quản lý thai trong nửa sau thai kỳ

### Sanh non và thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung

#### Câu 1:

Khi so sánh thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung có thời điểm khởi đầu sớm ( early onset FGR) với thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung có thời điểm khởi đầu muộn ( late onset FGR), bạn thấy 2 kiểu FGR này có điểm nào giống nhau? **Chọn 1 điểm giống nhau**

- a. Tổn thương giải phẫu bệnh của giường nhau (placental bed ) của 2 kiểu FGR này là giống nhau
- b. Chiến lược sử dụng các phương tiện lượng giá sức khỏe thai cho 2 kiểu FGR này là như nhau
- c. Để xác lập chẩn đoán FGR, người ta dùng chung một phương tiện và chung hệ thống tiêu chuẩn
- d. Kết cục của 2 kiểu FGR này là như nhau, chỉ lệ thuộc vào tuổi thai ở thời điểm kết thúc thai kỳ

#### Câu 2:

Khảo sát **động học dòng chảy với Doppler** cung cấp nhiều thông tin hữu ích nhất trong trường hợp nào trong các trường hợp được liệt kê sau? **Chọn 1 trường hợp mà Doppler hữu ích nhất**

- a. **Thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung có thời điểm khởi đầu sớm**
- b. Thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung có thời điểm khởi đầu muộn
- c. Đái tháo đường thai kỳ đang được điều trị bằng thực hiện tiết chế nội khoa
- d. Đái tháo đường thai kỳ đang được điều trị với Insulin tiêm hay Metformin uống

#### Câu 3:

Bạn sẽ thực hiện can thiệp nào khi chỉ có triệu chứng **thiếu ối hoàn toàn đơn độc** ( không kèm theo bất cứ 1 bất thường nào khác ) **xuất hiện lúc tuổi thai khoảng 36 tuần. Chọn 1 câu đúng**

- a. Chấm dứt thai kỳ càng sớm càng tốt với mục đích dự phòng các kết cục xấu cho thai
- b. Thực hiện thêm Contraction Stress Test để có thêm thông tin về tình trạng sức khỏe thai
- c. Không can thiệp gì cả, tiếp tục thực hiện lượng giá sức khỏe thai với nhịp điệu tăng cường
- d. **Không can thiệp gì cả, tiếp tục thực hiện lượng giá sức khỏe thai như thai kỳ bình thường**

#### Câu 4:

Trong các giả thuyết **đương đại** sau về **cơ chế chuyển dạ sanh non**, giả thuyết nào nhận được sự ủng hộ rộng rãi nhất **hiện nay? Chọn 1 câu đúng**

- a. Biến động tăng của phóng thích Oxytocin từ hậu thùy tuyến yên

- b. Tình trạng viêm gây phóng thích bất thường Prostaglandine
- c. Biến động giảm của phóng thích Progesterone từ nhau thai
- d. Biến động giảm của phóng thích Estrogen từ nhau thai

**Câu 5:**

Khảo sát chiều dài kênh cổ tử cung (Cervical length) (CL) được dùng với mục đích nào? **Chọn 1 câu đúng**

- a. Dự báo dương ngắn hạn khả năng xảy ra sanh non
- b. Dự báo dương trung hạn khả năng xảy ra sanh non
- c. Dự báo dương dài hạn khả năng xảy ra sanh non
- d. Là tiêu chuẩn xác định tình trạng chuyển dạ sanh non

**Câu 6:**

Hãy cho biết về các giá trị dự báo sanh non của fetal Fibronectin (fFN). **Chọn 1 câu đúng**

- a. Nếu so với đo chiều dài kênh tử cung, thì fFN có các giá trị dự báo sanh non kém hơn
- b. fFN có giá trị thực hành cao nhờ test này có giá trị dự báo *dương* và *âm* cùng cao
- c. fFN giúp quyết định kịp thời việc dùng thuốc giảm co, nhờ fFN có giá trị dự báo *dương* cao
- d. fFN giúp hạn chế việc phải dùng thuốc giảm co, nhờ fFN có giá trị dự báo *âm* cao

**Câu 7:**

Hãy so sánh 3 phương tiện dùng cho dự phòng sanh non là khâu vòng cổ tử cung (cerclage), vòng nâng cổ tử cung (Pessary) và progesterone. **Chọn 1 câu đúng**

- a. Các phương tiện dự phòng trên là tương đồng, được chọn tùy theo tính có sẵn
- b. Mỗi phương tiện dự phòng nêu trên chỉ tương thích với mỗi nhóm tình huống cụ thể
- c. Do hiệu quả của Progesterone thấp nên chỉ dùng nó để hỗ trợ cho cerclage hay pessary
- d. Do Cerclage là thủ thuật có thể gây biến chứng, nên chỉ được chọn nếu thất bại với pessary

**Câu 8:**

Tất cả các dược chất dưới đây cùng là các dược chất có khả năng cắt cơn co tử cung. Hãy cho biết dược chất nào được công nhận (labelled) là thuốc dùng để cắt cơn co tử cung trong điều trị sanh non?

**Chọn 1 câu đúng**

- a.  $\beta$ -mimetic (đồng vận  $\beta$ -adrenergic)
- b. Calcium channel Blockers (thuốc chặn kênh  $\text{Ca}^{++}$ )
- c. Oxytocin receptor antagonist (thuốc đối vận với thụ thể oxytocin)

- d. Progesterone qua đường âm đạo (micronized progesterone)

**Câu 9:**

Cần lưu ý gì khi chỉ định cùng **Betaamethasone** ở thai phụ có nguy cơ trực tiếp sanh non? **Chọn 1 câu đúng**

- a. Một cách tổng quát, **chỉ được phép thực hiện 1 đợt betamethasone duy nhất**
- b. Dù có **betamethasone**, vẫn phải chuẩn bị **khả năng có thể phải dùng surfactant**
- c. **Dù có betamethasone**, vẫn phải chỉ định **MgSO<sub>4</sub>** trong trường hợp thai quá non
- d. **Cần phải lưu ý tất cả các vấn đề nêu trên khi thực hiện corticoids liều pháp**

**Câu 10:**

Cần lưu ý gì khi bạn quyết định dùng progesterone dự phòng sanh non cho thai phụ? **Chọn 1 câu đúng**

- a. Progesterone chỉ có hiệu quả dự phòng với **1 nhóm thai phụ nhất định**, không phải cho mọi thai phụ
- b. Hiện tại, chỉ có progesterone dạng vi hạt được công nhận là **progesterone dùng để dự phòng sanh non**
- c. Tác dụng dự phòng sanh non chủ yếu của progesterone là **qua thụ thể GPC ở màng tế bào cơ tử cung**
- d. **Cần phải lưu ý tất cả các vấn đề nêu trên khi thực hiện progesterone dự phòng sanh non**

**Giảng thêm 1:**

Chỉ định chấm dứt thai kỳ trong IUGR?

Cần **cân nhắc lợi ích và tác hại** của việc kéo dài và chấm dứt. Lưu ý: đối với **VN**, em bé **khoảng 32 tuần trở lên mới nuôi được.** (a Thạch)

Nếu **không có vấn đề gì bất thường khác** thì nên chấm dứt ở 37 tuần.

**Giảng thêm 2:**

Có nên **dự phòng IUGR** cho những thai phụ có tiền căn sanh non, IUGR?

Dự phòng được không? Được, nhưng chỉ dự phòng khi **đã có tiền căn IUGR**. Là dự phòng những **nguyên nhân gây ra IUGR**: **Lệch bội: chẩn đoán tiền làm tổ.**

Nhiễm trùng **TORCH**: xét nghiệm mẹ có nhiễm không? **Cần nhắc quyết định có thai.**

**Bất thường trao đổi tử cung- nhau: Aspirin**

\_ Mốc phân định **IUGR sớm hay muộn: 32 tuần**

**Giảng thêm 3:**

Chỉ định progesterone, cerclage, pessary?

Theo nghiên cứu mới nhất: progesterone là hiệu quả nhất, cả trong đơn và song thai

Khâu vòng: khi CL ngắn và tiền căn

Pessary: tăng khó chịu, không cải thiện kết cục, không hiệu quả trên song thai

=>Progesterone là hiệu quả nhất, còn kết hợp không làm tăng hiệu quả

#### **Giảng thêm 4:**

Chỉ định 1 đợt Corticoids trong trường hợp khẩn cấp? VD: 1 bà CTC 7-8cm khoảng 2-3h là đẻ có xài không?

Nếu thấy có thể trì hoãn được khoảng 12h trở lên thì xài.



## Bài 6 APP Quản lý thai trong nửa sau thai kỳ Sanh non và thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung

### TÌNH HUỐNG 1: THAI KỲ TRÊN TỬ CUNG ĐÔI

Bà H, 30t, PARA 0101, đến khám thai định kì.

Hiện tại bà H có thai, với tuổi thai là 28 tuần vô kinh. Tuổi thai chính xác.

Bà H. cho biết bà có tử cung đôi. Chẩn đoán này được xác nhận khi bà có thai lần trước.

Trong lần có thai trước, bà H. bị chuyển dạ sanh non và dẫn đến sanh non ở 32 tuần vô kinh, sau khi thất bại với điều trị bằng giảm co và corticoids liệu pháp. Trọng lượng em bé lúc sanh là 2000g. Lần đó, bà mang thai bằng tử cung bên phải.

Thai kỳ hiện tại: SA lúc thai 7 tuần ghi nhận túi thai nằm ở tử cung bên trái, tử cung phải không mang thai. Hình thái học lúc 24 tuần không phát hiện bất thường. Tầm soát không phát hiện bất thường.

Khám lâm sàng hôm nay: BCTC: 26cm, TC lệch sang trái, không có cơn co, tim thai 152l/ph, đều, CTC đóng kín.

SA hôm nay: Đơn thai sống trong tử cung, sinh trắc tương ứng 25<sup>th</sup> percentile của tuổi thai 28 tuần.  
Chiều dài kênh cổ tử cung = 35<sup>mm</sup>

fFN âm tính.

Bà ta rất lo ngại sẽ lại bị sanh non như ở lần mang thai trước.

Bạn nhận định tình hình ra sao và làm gì cho bà H. ở thời điểm hiện tại?

**Chọn 1 nhận định (1 trong ABC) và 1 hành động thích hợp (1 trong DEF).**

- |   |                  |
|---|------------------|
| A. Nguy cơ sanh non ở lần mang thai này sẽ thấp hơn           | (lý giải vì sao) |
| B. <u>Nguy cơ sanh non ở lần mang thai này vẫn giữ nguyên</u> | (lý giải vì sao) |
| C. Nguy cơ sanh non ở lần mang thai này sẽ cao hơn            | (lý giải vì sao) |
| D. <u>Đã có chỉ định dùng progesterone dự phòng sanh non</u>  | (lý giải vì sao) |
| E. Đã có chỉ định đặt pessary dự phòng sanh non               | (lý giải vì sao) |
| F. <u>Đã có chỉ định corticoids liệu pháp dự phòng RDS</u>    | (lý giải vì sao) |

Giải thích:

Tử cung là do sát nhập 2 ống cận trung thận, thông suốt cho tới tận cổ tử cung, hình thái bất thường nhiều nhất là 1 âm đạo, vô trong có 2 cổ tử cung, và mỗi cổ tử cung nối với 1 nửa tử cung, mỗi nửa có 1 tai vòi, buồng trứng.

Nó có trường hợp nào có vách ngăn trong âm đạo không? Có, ít hơn.

Trong quá trình nhập lại có thể là 1 cổ tử cung có 2 đường vào, mỗi bên 1 nửa: tử cung đôi, nhẹ nhất là tử cung hình tim.

TC bị chia đôi => số lượng cơ, cấu trúc còn 50% => buồng TC k thể chứa 1 em bé có kích thước bình thường đến khi trưởng thành => 95-97% sẽ sanh non.

Sanh non bằng hay lớn hơn? Nếu ở bên lần trước => TC đã được tập luyện=>chịu dc nhiều hơn lần trước. Bên kia=>khả năng chịu như lần trước.

Theo a Thạch là không có chỉ định Cor nhưng theo thầy Trang là có. Có nguy cơ bị sanh non là dùng từ 24-34 tuần

2 loại: beta và hexa

Beta: chích 2 lần cách 24h, tiêm bắp, 12mg/lần=>chích dễ hơn

Hexa: 4 lần cách 12h, tiêm bắp, 6mg/lần. ưu: rẻ hơn<10k

Tác dụng gần như nhau, tác dụng phụ beta ít hơn hexa 1 xíu. Thực tế, cứ không có chống chỉ định là ngta dùng, dùng rất rộng rãi.

Ngày nay, không chống chỉ định liều lặp lại Corticoids.

Progesterone: khi có TC sanh non hoặc kênh cổ tử cung ngắn, dùng tới 34 tuần.

## TÌNH HUỐNG 2: THAI KỲ KHÔNG BIẾT NGÀY DỰ SANH

Bà C. 38 tuổi, PARA 3003.

Bà C. không đi khám thai và cũng không nhớ được ngày kinh cuối.

Hôm nay, bà C. đến khám vì “ có thai đã lâu nhưng chưa đi khám thai” và “ nhân tiện nuôi người đẻ tại bệnh viện”.

Tiền sử 3 lần sanh thường, con nặng nhất 3.1 kg.

Khám lâm sàng: Bà C. cao 1.51m, nặng 54kg, BCTC 27cm. Tử cung không có cơn co. CTC đóng kín.

NST thấy tử cung không có cơn co. Thai có 3 cử động trong 20ph, Baseline = 148nh/ph. Dao động nội tại 10nh/ph. Hiện diện nhịp tăng với biên độ 10 nh/ph. Không có nhịp giảm.

SA ghi nhận đơn thai trong tử cung, với các số liệu sinh trắc lần lượt là BPD = 70mm, FL=55mm, Chu vi vòng bụng = 190mm. AFI=5cm, SDP=19mm.

Khảo sát động học dòng chảy không ghi nhận bất thường của hình dạng phổ dòng chảy và của trở kháng dòng chảy của động mạch rốn, Đm não giữa.

Bạn hãy xác định vấn đề của bà C. và kế hoạch tiếp theo bạn dành cho bà C.?

**Chọn 1 nhận định (1 trong ABC) và 1 kế hoạch thích hợp ( 1 trong DEF).**

- A. Có tương đối đủ bằng chứng ủng hộ khả năng là tăng trưởng bào thai đang bình thường
- B. Có các bằng chứng gợi ý rằng tăng trưởng bào thai đang theo chiều hướng bất thường
- C. Hiện tại hầu như không có chứng cứ cho phép kết luận tình trạng tăng trưởng bào thai
- D. Ngoại trú và theo dõi thường quy như thai kỳ có nguy cơ thấp
- E. Ngoại trú, theo dõi bằng sinh trắc, modified BPP với nhịp độ tăng cường
- F. Nhập viện, thực hiện ngay corticosteroids liều pháp, thực hiện CST

Giải thích: muốn chẩn đoán thai chậm tăng trưởng, đầu tiên phải có tuổi thai. Sang TCN III không tính được tuổi thai nữa=>không thể xác định có IUGR tại 1 thời điểm khám, cần 1 đường biểu diễn tăng trưởng. Thiếu ối không phải tiêu chuẩn chẩn đoán IUGR.

Do chưa biết nên cho ngoại trú, 2 tuần sau tái khám. Sinh trắc coi có IUGR không, modified coi sức khỏe,...

### TÌNH HUỐNG 3: OXYTOCIN RECEPTOR ANTAGONIST

Bà A. 28 tuổi, mang thai với tuổi thai là 33 tuần tròn, nhập viện đêm qua, vì có dấu hiệu của nguy cơ cao trực tiếp của sanh non.

Khám thai đầy đủ. Thai kỳ tiến triển bình thường.

Các khảo sát thường qui, khảo sát lệch bội đều cho thấy không có gì bất thường.

Khám lúc nhập viện xác nhận 1 thai kỳ 33 tuần với con co tử cung đều đặn và CTC đã mở 1cm, xóa 30%, đầu ối đã lập.

Không tìm thấy nguyên nhân của chuyển dạ sanh non.

Do có chiều dài kênh tử cung là 15mm và có dạng hình “U”, đồng thời khảo sát fFN dương tính nên bà A. được chỉ định bắt đầu thực hiện 1 đợt betamethasone, đồng thời với dùng oxytocin receptor antagonist đường truyền tĩnh mạch.

Sáng nay, sau khi chấm dứt oxytocin receptor antagonist, sinh hiệu của bà A. ổn định. M=90l/ph, huyết áp 120/80 mmHg. Trên EFM còn thấy vài con co tử cung cường độ 20-40mmHg.

Khám âm đạo: cổ tử cung có tình trạng như cũ, tức mở 1cm, xóa 30%.

SA đường âm đạo ghi nhận chiều dài kênh cổ tử cung là 20mm và có dạng hình “T”.

Hôm nay, bạn sẽ làm gì cho bà A.?

**Chọn 1 hướng quản lý (1 trong ABC) và 1 kế hoạch theo dõi thích hợp (1 trong DEF).**

- A. Kéo dài điều trị bằng oxytocin receptor antagonist cho đến khi không chế hoàn toàn sanh non
- B. Ngưng oxytocin receptor antagonist, đồng thời chuyển sang điều trị duy trì bằng Nifedipine
- C. Ngưng oxytocin receptor antagonist, đồng thời chuyển sang điều trị dự phòng bằng progesterone
- D. Việc theo dõi tiếp tục chủ yếu dựa vào lặp lại SA khảo sát chiều dài kênh tử cung
- E. Việc theo dõi tiếp tục chủ yếu dựa vào lặp lại khảo sát fFN
- F. Việc theo dõi tiếp tục chủ yếu dựa vào lặp lại ghi EFM khảo sát cơn co

Giải thích:

A hay C dựa vào tùy trường hợp cụ thể. Nhưng khuyến cáo oxytocin không xài quá 24h-48h

Chọn dựa vào độ nhạy, độ chuyên, giá trị tiên đoán âm, dương. SA hay fFN tùy vào cái mình có :v PAMG-1 là ngon nhất

## Bài 7 RAT Rối loạn chuyển hóa Carbohydrate trong thai kỳ

### Câu 1:

Hãy chỉ ra ưu điểm vượt trội của OGTT so với các test tầm soát khác. *Chọn một câu đúng:*

- a. OGTT cho phép thực hiện chiến lược tiếp cận một thì, nên giúp giảm chi phí cho cộng đồng
- b. Chiến lược tầm soát đại trà bằng OGTT giúp cải thiện đáng kể kết cục thai kỳ ở cả mẹ và thai
- c. Do OGTT có cả Se lẫn Sp cùng cao, nên test giúp phát hiện sớm những cá nhân thật sự có GDM
- d. Test đơn giản, không cần chuẩn bị trước, chỉ cần có glucose và phương tiện đo đường huyết

### Câu 2:

Có nhiều test được đề nghị cho mục đích thực hiện tốt tầm soát đái tháo đường thai kỳ (GDM). Muốn xây dựng chiến lược tầm soát hiệu quả, cần phải hiểu về nguyên lý, đặc thù và giá trị riêng của mỗi loại test. Trong các phát biểu sau về các test tầm soát GDM, phát biểu nào là chính xác? *Chọn một phát biểu chính xác*

- a. Mỗi test tầm soát có tính chấp nhận và tính phù hợp riêng cho mỗi cộng đồng khác nhau
- b. OGTT 75 gram là test có accuracy tốt nhất, là tiêu chuẩn vàng trong tầm soát GDM
- c. HbA1C là test độc lập, dùng để xác định chẩn đoán khi kết quả tầm soát dương tính
- d. Do có accuracy kém, nên chiến lược tiếp cận 2 thì hiện nay không còn được dùng nữa

### Câu 3:

Trong các kết cục sau, kết cục nào rất hiếm khi gặp ở thai phụ có GDM? *Chọn một câu đúng*

- a. Thai với tăng trưởng giới hạn trong tử cung (FRG)
- b. Bất thường về thể tích nước ối gồm thiểu ối và đa ối
- c. Thai kỳ kéo dài quá ngày dự sanh và các hệ quả của nó
- d. Tình trạng suy thai cấp xuất hiện trong cuộc chuyển dạ

### Câu 4:

Kiểu biến động đường huyết nào thường gặp ở mẹ có GDM? *Chọn một câu đúng*

- a. Đường huyết sau ăn tăng nhiều và nhanh, nhưng giảm rất chậm
- b. Đường huyết thường chỉ tăng sau các bữa chính nhiều carbohydrate
- c. Đường huyết lúc đói cao trên ngưỡng chẩn đoán đái tháo đường
- d. Đường huyết cao thường trực, và biến động mạnh theo bữa ăn

### Câu 5:

Hãy xác định nguyên lý căn bản của chiến lược quản lý GDM. *Chọn một câu đúng:*

- a. Mục tiêu điều trị buộc phải đạt được là bình thường hóa tất cả các chỉ số đường huyết
- b. Điều trị tiết chế nội khoa là can thiệp đầu tay và thiết yếu trong mọi kế hoạch điều trị GDM
- c. Khi điều trị bằng MNT không đạt được mục tiêu, việc đầu tiên là kết hợp với thuốc hạ đường huyết
- d. Tập thể dục có hiệu quả kiểm soát đường huyết với người bình thường nhưng cần tránh trong GDM

### Giảng thêm:

- ❖ Việc sử dụng test OGTT phát hiện một số trường hợp chưa thực sự là ĐTĐ thai kỳ. Giúp phát hiện ĐTĐ thai kỳ nhiều hơn → Quản lý tốt hơn, cải thiện kết cục ĐTĐ thai kỳ  
Chiến lược tiếp cận 2 thì chẩn đoán tốt hơn tuy nhiên có thể làm chậm trễ phát hiện, ảnh hưởng kết cục thai kỳ nhưng lại giảm chi phí so với OGTT  
Ở Mỹ chi phí y tế rất cao, OGTT đẩy cao lượng bệnh nhân thực sự cần theo dõi do đó họ cân nhắc và lựa chọn chiến lược tiếp cận 2 thì, phù hợp với họ hơn.

Hiện tại theo ACOG, các test tầm soát có ưu nhược điểm, cũng như độ đặc hiệu riêng, không test nào ưu việt hơn. Do đó tùy từng quốc gia lựa chọn cho phù hợp để thực hiện.

- ❖ Theo khuyến cáo mới, HbA1c không phản ánh được tình trạng đề kháng insulin ở nửa sau thai kỳ, nó chỉ cho thấy lượng đường huyết có giai đoạn tăng cao trong 3 tháng vừa qua, do đó không được dùng như một test chuyên biệt để chẩn đoán. Dùng để theo dõi phù hơn là chẩn đoán
- ❖ Tại sao ĐTĐTK trước mang thai gây dị tật bào thai nhiều hơn là ĐTĐTK xuất hiện trong lúc mang thai?  
ĐTĐ trước khi mang thai mà được quản lý tốt, thì khi có thai tần số dị tật không khác biệt đáng kể so với ĐTĐ mới xuất hiện trong thai kỳ  
Tuy nhiên nếu lượng đường huyết không ổn định trước mang thai, không được tầm soát, kiểm soát tốt trong 3 tháng đầu - giai đoạn hình thành các cơ quan thì sẽ gây dị tật nhiều hơn so với ĐTĐTK xuất hiện sau tuần 28
- ❖ Khi điều trị MNT không đạt mục tiêu thì làm gì tiếp theo?  
Việc thực hiện MNT thực sự không dễ dàng, khi chưa nhận thức được sự nguy hiểm của việc không kiểm soát đường huyết tốt, thai phụ sẽ không tuân thủ đúng theo MNT  
Trước khi nói MNT thất bại phải xem lại thai phụ đã thực hiện MNT đúng chưa, không vội vã cho thuốc. Khi đã xác định thực hiện MNT đúng mà vẫn không kiểm soát đường huyết hiệu quả, lúc này sử dụng thuốc hạ đường huyết insulin hoặc metformine VÀ VẪN DUY TRÌ MNT
- ❖ Tại sao thực hiện OGTT tuần 24-28?  
Khi đã quá 28 tuần, trên một người có ĐTĐ thai kỳ thực sự, việc thực hiện OGTT cung cấp một lượng đường nhiều đẩy đường huyết lên đột ngột → lệch pha insulin ở con so với tăng đường huyết trong máu mẹ → hạ đường huyết con, dễ đột tử thai. Do đó trong giai đoạn sau 28 tuần chỉ nên làm đường huyết đói và đường huyết sau ăn

## Bài 7 APP Rối loạn chuyển hóa Carbohydrate trong thai kỳ

### TÌNH HUỐNG 3: METFORMIN VS INSULIN

Hội chứng buồng trứng đa nang là một tình trạng rối loạn phóng noãn có kèm theo rối loạn chuyển hóa carbohydrate.

Nếu bệnh nhân hiếm muộn do hội chứng buồng trứng đa nang có kèm theo béo phì thì điều trị đầu tay là tiết chế, giảm cân. Metformin được chỉ định khi có thêm kết quả OGTT 75 gram dương tính.

Bà C. 26 tuổi, PARA 0000, là một bệnh nhân hiếm muộn do hội chứng buồng trứng đa nang, vừa được điều trị thành công với tiết chế, giảm cân và metformin.

Bà ta vừa được xác định có thai, tuổi thai hiện đang là 8 tuần vô kinh. Hiện tại kết quả glycemia đói bình thường.

Bà ta cần phải được chăm sóc tiếp tục ra sao ở thời điểm hiện tại? Hãy chọn 2 câu đúng

A. Ở thời điểm hiện tại, không có chỉ định thực hiện test chẩn đoán GDM

B. Ở thời điểm hiện tại, cần thực hiện đường huyết đói và sau ăn 2 giờ

C. Ở thời điểm hiện tại, cần thực hiện ngay OGTT 75 gram

D. Ở thời điểm hiện tại, cần ngưng metformin. Khi thai đã lớn sẽ dùng lại thuốc hạ đường huyết nếu cần

E. Ở thời điểm hiện tại, cần duy trì metformin

F. Ở thời điểm hiện tại, cần ngưng metformin, chuyển sang điều trị insulin

Giải thích:

Thai phụ này đã có chẩn đoán ĐTD rồi nên hiện tại không cần thực hiện test chẩn đoán hay OGTT nữa. Có thể thực hiện đường huyết đói và sau ăn 2 giờ để theo dõi điều trị phù hợp.

Trước mang thai bệnh nhân đã sử dụng metformin có hiệu quả tốt → duy trì metformin. Các nghiên cứu chỉ ra rằng metformin cải thiện kết cục sảy thai, không có tác dụng phụ tức thời trên thai (đột tử), còn về tác dụng lâu dài (dị tật thai, di chứng sau này) thì chưa có nghiên cứu. Trong khi đó insulin được chứng minh an toàn tuyệt đối trên thai kỳ, có thể chuyển sang điều trị bằng insulin, tùy quan điểm.

### TÌNH HUỐNG 4: MEDICAL NUTRITION THERAPY

Bà D. 28 tuổi, cao 1.5m, đang mang thai, tuổi thai hiện tại là 32 tuần vô kinh. Lúc thai 24 tuần, bà D. đã được xác định có GDM do test OGTT 75 gram dương tính. Bà đang thực hiện MNT theo yêu cầu của bạn. Trước mang thai bà D. cân nặng 47 kg.

Tuổi thai (Tuần)	Loại test glycemia	Đói	1 giờ	2 giờ	Cân nặng (kg)	Sinh trắc thai (percentile)
24	OGTT	90	185	55	53	50
28	Glycemia đói và sau ăn	72	145	112	56	75
32	Glycemia đói và sau ăn	65	154	118	59	90

Kết quả theo dõi từ lúc thai 24 tuần đến nay được trình bày trong bảng  
Hãy kết luận về tình trạng của bà D. Chọn 3 câu đúng:

- A. Kết quả các test đường là bình thường
- B. Kết quả các test đường là bất thường
- C. MNT có hiệu quả
- D. MNT không hiệu quả
- E. Không có chỉ định dùng insulin
- F. Đã có chỉ định dùng insulin

Giải thích:

Dựa vào bảng ta thấy, kết quả các test là bất thường do: đường huyết đói giảm quá thấp, sự tăng giảm đường huyết không ổn định. Mục tiêu kiểm soát đường huyết trên thai phụ ĐTĐTK là giảm thấp biên độ của biến động đường huyết, hạn chế các “hõm sâu” trên đường biểu diễn đường huyết gây nguy cơ đột tử cho thai.

Đánh giá MNT hiệu quả hay không: dựa vào các test đường kèm theo các hệ quả của nó như tiêu chuẩn cân nặng, sinh trắc thai. Ở đây sinh trắc thai tăng quá nhanh → MNT không hiệu quả

Ghi lại bữa ăn, đường huyết để xem MNT thực hiện chưa đúng, hay đã thực hiện đúng mà không hiệu quả. Lúc đó mới có quyết định dùng insulin

## Bài 8 RAT Tăng huyết áp trong thai kỳ

### Câu 1:

**Hãy xác định thời điểm phải CDTK khi có TSG có dấu hiệu nặng và tuổi thai >34w**

- a. Chờ đến khi có chuyển dạ tự nhiên
- b. Chờ tình trạng cổ tử cung thuận lợi (cho khởi phát chuyển dạ)
- c. Ngay khi tuổi thai vừa tròn 37w
- d. Ngay khi đã ổn định nội khoa

### Câu 2:

**Chẩn đoán TSG được xác lập trong trường hợp nào?**

- a. THA kèm đạm niệu xuất hiện trong thai kỳ
- b. THA kèm đạm niệu sau tuần lễ thứ 20
- c. THA kèm IUGR
- d. HA>160/110mmHg mà không cần tiêu chuẩn đạm niệu

**Giải thích thêm 1: chẩn đoán TSG có cần đạm niệu không?**

Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG: THA sau tuần thứ 20+đạm niệu nếu không có đạm niệu vẫn chẩn đoán TSG nếu có tổn thương đa cơ quan mới xuất hiện (giảm tiểu cầu, gan, thận, não, thị giác, phổi,...). Lý do ACOG đưa ra khuyến cáo mới là do 10-20% TSG có đạm niệu âm tính. Đạm niệu là yếu tố chỉ điểm có tổn thương nội mô mạch máu bà mẹ, sớm nhất ở thận gây tiểu đạm do đó đạm niệu là dấu hiệu rất quan trọng trong chẩn đoán TSG

**Giải thích thêm 2:**

Lượng đạm niệu nhiều hay ít không ảnh hưởng đến kết cục thai kỳ của mẹ và bé nên không là tiêu chuẩn CD TSG có dấu hiệu nặng hay không

**Giải thích thêm 3: khi đã CD TSG có dấu hiệu nặng dựa vào HA, tiểu cầu thì có cần làm bilan TSG không?**

Khi nghi ngờ có TSG là phải làm bilan TSG vì khi chưa điều trị triệt để(CDTK) thì phải theo dõi xem có tổn thương đa cơ quan không để có hướng điều trị phù hợp

### Câu 3:

**Vì sao buộc phải cân nhắc kỹ lưỡng khi chỉ định thuốc lợi tiểu(TLT) tong TSG**

- a. TLT làm giảm thể tích tuần hoàn
- b. TLT gây tụt huyết áp khó kiểm soát
- c. TLT làm mất cân bằng điện giải



d. TLT có khả năng gây dị tật thai

**Câu 4:**

**Cơ chế gây tiểu đạm trong TSG**

- a. Tăng áp lực thủy tĩnh nội mạch cầu thận
- b. THA gây suy thận sau thận
- c. Giảm diện tích lọc và độ lọc cầu thận
- d. Giảm áp lực keo nội mạch cầu thận

**Câu 5:**

**Trong các biểu hiện lâm sàng sau, biểu hiện nào không phải là triệu chứng của tình trạng ngộ độc  $MgSO_4$  (không phải là hệ quả của việc điều trị bằng  $MgSO_4$ )**

- a. Mất phản xạ gân xương
- b. Ngưng tim
- c. Thở chậm
- d. Vô niệu

**Giải thích thêm 1:**

**Vì sao không dùng Diazepam để điều trị sản giật**

Sản giật do co thắt mạch máu não. Diazepam tác động lên hệ thần kinh trung ương do đó có hiệu quả kém do không đánh vào cơ chế gây sản giật. Và ngoài co giật ta còn sợ sản phụ bị xuất huyết não, phù não với biểu hiện trên lâm sàng là rối loạn tri giác do đó nếu dùng diazepam sản phụ sẽ lơ đãng, lơ mơ nên không biết được là có rối loạn tri giác hay không

**Giải thích thêm 2:**

Dự phòng TSG bằng cách bổ sung canxi ở vùng có khẩu phần canxi  $< 600\text{mg/ngày}$ , thời điểm trước khi nguyên bào nuôi xâm nhập ĐM xoắn (tuần 13-14) và cơ chế chưa rõ

## Bài 8 APP Tăng huyết áp trong thai kỳ

### Câu 1:

#### Ngoại trú hay nội trú

Bà A 30 tuổi PARA 0000, thai 37 tuần. Hôm nay bà đi khám thai định kỳ. Tại phòng khám thai ghi nhận HA 150/95 mmHg. Ngoài ra bà A không có bất kỳ triệu chứng cơ năng nào khác. Do có THA người ta cho bà uống 250 mg alpha methyldoparoi62 cho bà lưu tại cấp cứu.

Khám tại trại sản bệnh ghi nhận M: 80l/p, HA:145/90 mmHg, NT:16l/p, nhiệt độ 37°C, phù nhẹ chi dưới. Bụng mềm, BCTC 36cm, không có cơn co tử cung, ngôi đầu cao, TT 140l/p. CTC đóng, màng ối chưa vỡ

XN chức năng gan thận bình thường. Tiểu cầu=130.000, đạm niệu 0,5 g/L. Siêu âm ghi nhận isnh trắc thai ở 50%, AFI = 8, NST bình thường. Bạn sẽ làm gì cho bà A hôm nay. Chọn 3 hành động phù hợp

- a. Cho xuất viện hẹn tái khám ngoại trú
- b. Cho nhập viện và tiến hành điều trị
- c. Duy trì hoặc đổi loại thuốc chống THA
- d. Bắt đầu dùng MgSO<sub>4</sub>
- e. Lên kế hoạch CDTK sớm
- f. Tư vấn về tình trạng bệnh lý

Giải thích:

HA đo tại phòng khám 150/95 mmHg được cho uống 250 mg alpha methyldopa, HA tại trại 145/90 mmHg => THA do thai

Đạm niệu thời điểm 0,5g/l => CĐ: theo dõi TSG chưa có dấu hiệu nặng

Nếu sau này đạm niệu 24h âm tính => CĐ: THA thai kỳ

TSG chưa có dấu hiệu nặng, THA thai kỳ đều phải chấm dứt thai kỳ lúc thai 37 tuần vì TSG là 1 quá trình động và trở nặng mà k có dấu hiệu báo trước nếu kéo dài sẽ gây nguy hiểm cho cả mẹ và bé

Tại phòng khám HA đo được là 150/95 mmHg nên không dùng alpha methyldopa vì ta không đưa huyết áp về bình thường mà phải duy trì ở mức cao vừa phải để không làm giảm tưới máu tử cung nhau

MgSO<sub>4</sub> chỉ dùng khi có dấu hiệu nặng

### Câu 2:

#### Hôn mê

**Bà X được người đi đường đưa đến bệnh viện sản bằng taxi trong tình trạng hôn mê**

**Tại phòng cấp cứu ghi nhận bà ta đang có thai, BCTC 28cm, không có cơn co tử cung, TT 100l/p, CTC đóng**

**M:100l/p, HA: 150/100 mmHg, phù chân, tay, mặt. Thông tiểu có 100 ml nước tiểu màu nâu sậm. Bạn phải làm gì ngay lúc này? Chọn 2 hành động ưu tiên và bắt buộc nhất. Nội dung can thiệp thứ 3 là gì?**

a. Thuốc chống THA

b. MgSO<sub>4</sub>

c. Corticosteroid liệu pháp

d. Thực hiện EFM

e. Tìm nguyên nhân của hôn mê

f. Chấm dứt thai kỳ

Giải thích:

Nếu có hôn mê, co giật trên 1 sản phụ thì phải nghĩ đến sản giật đầu tiên cho đến khi có dấu hiệu loại trừ. Khám có HA 150/100 mmHg, phù, nước tiểu màu nâu sậm là các dấu hiệu gợi ý.

BCTC 28cm tuổi thai khoảng 32 tuần, bé non tháng thường tim thai sẽ cao mà trường hợp này tim thai 100 l/p => suy thai cấp phải MLT cấp cứu lấy em bé ra trong vòng 3 phút. Khi mổ có mê nội khí quản tức có duy trì thông khí. CD suy thai cấp k nhờ vào EFM

Cần tìm nguyên nhân hôn mê bằng cách bấm đường huyết mao mạch, lấy máu xét nghiệm đường máu, ceton, ion đồ,... làm song song với việc cấp cứu

**Giảng thêm 1:**

Nhau bong non là tình trạng cấp cứu thường xảy ra ở cuối thai kỳ, cấu trúc màng rụng bị đứt gãy gây chảy máu tạo hồ máu giữa bánh nhau và cơ tử cung

TSG do sự xâm nhập không hoàn toàn của nguyên bào nuôi vào đông mạch xoắn, mạch máu có trở kháng cao, thiếu máu bánh nhau, bánh nhau sản sinh các yếu tố kháng tạo mạch, mất cân bằng giữa yếu tố kháng và tạo mạch, cuối cùng là tổn thương tế bào nội mô mẹ

## Bài 9 RAT Chuyển dạ bình thường

Câu 1: Yếu tố nào sau đây giúp dự đoán chính xác nhất một thai phụ đã vào chuyển dạ thật sự? Chọn một câu đúng:

- A. Con gò tử cung đều đặn gây đau
- B. Ra chất nhầy cổ tử cung
- C. Cổ tử cung thay đổi theo thời gian
- D. Đầu ối đã được thành lập

Giải thích:

- sự thành lập đầu ối chỉ cho biết cổ tử cung đã mở, nếu không có con gò thì cũng không thể tổng xuất thai (chuyển dạ giả trong hờ eo tử cung).
- vì có những cơn gò giả cũng gò nhưng không gây xóa mở cổ tử cung, nên cổ tử cung thay đổi theo thời gian là quan trọng. *Con co Braxton Hick*
- sự mở cổ tử cung là khác nhau ở người con sọ và con rạ => hay dựa vào sự xóa tử cung để đánh giá chuyển dạ. (thường xóa trên 50% là có chuyển dạ).

Câu 2: Nếu đem đường báo động của sản đồ WHO 2004 chồng lên đường báo động của sản đồ WHO 1993, ta sẽ quan sát thấy điều gì? Chọn một câu đúng

- A. Từ gốc, đường báo động của sản đồ WHO 2004 sẽ chuyển sang bên trái đường báo động của sản đồ WHO 1993
- B. Từ gốc, đường báo động của sản đồ WHO 2004 sẽ chuyển sang bên phải đường báo động của sản đồ WHO 1993
- C. Đường báo động của sản đồ WHO 2004 sẽ trùng khít với đường báo động của sản đồ WHO 1993
- D. Đường báo động của sản đồ WHO 2004 sẽ cắt đường báo động của sản đồ WHO 1993 tại một điểm xác định

Câu 3: Trong những phát biểu dưới đây về các yếu tố giúp tiên lượng cuộc chuyển dạ (3P: power, passage, passenger), chọn một phát biểu đúng

- A. Con gò tử cung hiệu quả phải đạt 2-3 cơn/10p trong giai đoạn chuyển dạ tiềm thời và 3-4 cơn/10p trong giai đoạn chuyển dạ hoạt động
- B. Kích thước của đường kính lọt của ngôi thai là một hằng số vì đường kính lưỡng đỉnh của thai không thay đổi khi đầu thai di chuyển trong tiểu khung
- C. Khám khung chậu trên lâm sàng chỉ là cách đánh giá tương đối và chủ quan các đường kính ngang và đường kính trước sau của eo trên và eo giữa
- D. Để đánh giá sự tương hợp của khung chậu mẹ và thai nhi, quang kích chậu và siêu âm ước lượng cân nặng thai là phương tiện chính xác nhất

Câu 4: Thai nhi ít bị đe dọa trong trường hợp có nhịp giảm bất định điển hình. Lý giải? Chọn một câu đúng

- A. Nhịp giảm này chỉ thể hiện các biến động về khí máu. Chức năng của hành não còn bình thường
- B. Nhịp giảm này chỉ thể hiện các biến đổi huyết động. Chức năng của hành não còn bình thường

- C. Nhịp giảm này chỉ thể hiện các biến động ngắn hạn. Khả năng bù trừ đảm bảo tiên lượng dài hạn tốt
- D. Nhịp giảm này thể hiện sự bù trừ tức thời và hiệu quả về khí máu, cân bằng toan kiềm của thai nhi

Giải thích: Loại A và C vì A (biến động về khí máu) là thiếu oxy trường diễn, C: chỉ tiên lượng ở lúc mình đo thôi, không tiên lượng dài hạn được.

Câu 5: Trong chuyển dạ sanh ngôi chòm, hiện tượng nào xảy ra khi ngôi thai lọt, chọn 1 câu đúng:

- A. Hiện tượng bình chỉnh thành ngôi chòm xảy ra sau hiện tượng lọt
- B. Đường kính lọt của ngôi thai phải đi qua đường kính chéo trái
- C. Ngôi chòm lọt bất đối xứng, đầu thai lọt khi phần thấp nhất của thai đi ngang mặt phẳng 2 gai hông
- D. Nếu đường kính lọt lý thuyết đi qua đường kính chéo trái của khung chậu thì đường kính lọt lưỡng đỉnh đi qua đường kính chéo phải của khung chậu

Câu 6: Dạng khung chậu nào khiến thai nhi phải lọt và sỏ theo kiểu thế sau? Chọn một câu đúng

- A. Khung chậu dạng nam
- B. Khung chậu dạng phụ
- C. Khung chậu dạng hầu
- D. Khung chậu dạng dẹt

Câu 7: Trong cuộc sanh, khi đã thấy phần da đầu, tóc thai nhi đã thập thò ở âm hộ, đánh giá nào là chính xác về tình trạng lọt của ngôi thai? Chọn một câu đúng

- A. Không đủ dữ kiện để xác định độ lọt
- B. Chỉ có thể nghĩ là ngôi thai đã lọt
- C. Có thể nghĩ là ngôi thai đã lọt thấp
- D. Có thể nghĩ là ngôi thai đã sẵn sàng sỏ

Giải thích: phải xác định chính xác bằng đường kính lọt thì mới nói nó lọt ??? (không rõ)

Câu 8: Đây là giá trị thực sự của việc sử dụng bảng điểm APGAR trong đánh giá hô hấp-tuần hoàn của trẻ ngay sau sinh? Chọn một câu đúng

- A. Phân loại những trẻ cần được can thiệp hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn
- B. Giúp định hướng mức độ can thiệp hô hấp, tuần hoàn trên trẻ
- C. Chỉ cho ta một ý niệm về tình trạng thích nghi trẻ ngay sau sinh
- D. Giúp tiên lượng được sự phát triển thể lực, trí lực sau này của trẻ

Câu 9: Trường hợp nào dưới đây có chỉ định thông khí áp lực dương trong hồi sức sơ sinh? Chọn một câu đúng

- A. Trẻ chưa khóc, chưa thở ngay và ổi lẫn phân su
- B. Trẻ tím và không đáp ứng với thở oxy lưu lượng tự do 30 giây
- C. Trẻ ngưng thở hoặc có cơn ngưng thở mặc dù trẻ vẫn hồng hào
- D. Trẻ thở được nhưng tím trung tâm

Câu 10: Trong quá trình chuyển dạ, nếu ghi nhận nước ối lẫn nhiều phân su, đông thái nào sau đây cần được ưu tiên thực hiện khi trẻ vừa được sinh ra? Chọn một câu đúng

- A. Đánh giá tình trạng hô hấp của trẻ
- B. Lau khô, giữ ấm cho trẻ
- C. Tìm cách cho trẻ khóc sớm
- D. Hút nhót bắt đầu từ miệng trẻ

Giải thích: nước ối có phân su là nguy hiểm (vì phân su là một chất keo, hút ra rất khó, trẻ hít vào dễ dẫn đến cản trở sự dẫn nở của các phế nang, viêm phổi hít,) nên sau khi sổ đầu thấy nước ối có phân su thì nên hút nhót ra. Khi ta lau khô đầu tiên mà không hút nhót đầu tiên, sẽ kích thích động tác hô hấp đầu tiên của trẻ là hít vào, hít vào sẽ làm phân su thì vào sâu hơn.

#### Giảng thêm:

- Theo dõi sanh ngã âm đạo thì cần theo dõi gì? Tim thai, ngôi thai, cơn gò, ... (giống các dấu hiệu theo dõi trên sản đồ).
- Nghiệm pháp lọt là gì? Là nghiệm pháp thử thách xem đường kính lọt của thai nhi có thể đi qua được mặt phẳng eo trên hay không.
- Tại sao khi trẻ có tình trạng toan hóa máu lại làm cản trở tình trạng chuyển từ tuần hoàn bào thai sang tuần hoàn sơ sinh?

Trả lời: Ở bào thai, có 2 cấu trúc quan trọng là ống động mạch và ống tĩnh mạch, khi nồng độ oxy cao thì các tế bào nội mô của 2 cấu trúc này sẽ chết, hóa sợi => tăng kháng lực của ống ĐM và ống TM => máu sẽ không chảy từ ĐM chủ qua ống ĐM. Nếu đứa trẻ sinh ra trong tình trạng oxy thấp, các tế bào nội mô của 2 cấu trúc này không chết => còn tồn tại ống ĐM => làm chậm quá chuyển đổi từ hệ tuần hoàn bào thai sang hệ tuần hoàn sơ sinh. (kiểm tra lại)

## Bài 9 APP Chuyển dạ bình thường

### TÌNH HUỐNG 1: KHUNG CHẬU VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI NGÔI, THỂ, KIỂU THỂ, CƠ CHẾ SANH

Một thai phụ có thai gần đến ngày sanh. Do khám thấy khung chậu bất thường trên lâm sàng, nên người ta chụp quang kích chậu. Kết quả quang kích chậu chụp theo phương pháp Thom's cho thấy hình dạng của eo trên có dạng giống như hình trên (khung chậu dạng dẹt). Hình dạng khung chậu trên phim nghiêng thấy xương chậu có dạng như 2 hình dưới (khung chậu dạng dẹt). Hãy dự báo những khả năng có thể xảy ra khi sanh. Chọn 3 câu đúng.

- A. Ngôi sẽ lọt đối xứng
- B. Ngôi sẽ lọt không đối xứng
- C. Hành trình vượt qua eo giữa sẽ dễ dàng
- D. Hành trình vượt qua eo giữa sẽ khó khăn
- E. Thai sẽ sổ theo kiểu chằm vệt
- F. Thai sẽ sổ theo một trong hai kiểu thể ngang

### TÌNH HUỐNG 6: NHỊP GIẢM KÉO DÀI

Một thai phụ sanh lần thứ nhất, đang trong giai đoạn hoạt động của chuyển dạ. Thai kỳ và chuyển dạ hoàn toàn bình thường.

Cô ta được tăng co bằng oxytocin do cơn co không hiệu quả khi cổ tử cung mở 5cm, ngôi chồm ở vị trí 1/5, và sản đồ đã chuyển sang bên phải của đường báo động được hơn 2h.

Hiện tại, sau khi tăng co được 1h, monitor phát báo động và bạn ghi nhận biểu đồ EFM trên hình.

Cổ tử cung đã mở 8cm. Ngôi chồm vị trí +2, kiểu thể chằm chậu trái trước, đối xứng, không chong xương, không bấu huyết thanh.

Hãy nhận định bằng ghi EFM và ra quyết định. Chọn 3 câu đúng.

- A. Tôi ngưng oxytocin và không thêm thuốc nào khác
- B. Tôi ngưng oxytocin và tôi dùng thêm thuốc giảm co
- C. Tôi sẽ tiếp tục theo dõi chuyển dạ sanh sau khi tim thai đã ổn
- D. Tôi chấm dứt chuyển dạ mà không chờ đợi thêm nữa cho dù tim thai có ổn sau đó
- E. Trong trường hợp này, nếu cần vẫn có thể tăng co lại sau đó
- F. Trong trường hợp này, tuyệt đối không được tăng co lại thêm lần nữa

Mấy câu khác chỉ không giải.

## Bài 10 RAT Chuyển dạ bất thường

1-Trong các hành động sau,hành động nào gây nguy hiểm cho một **sơ sinh bị ngạt**?Chọn một câu đúng

- a. Kích thích trẻ thở bằng cách **xoa cồn lên lưng bé.**
- b. Dùng **NaHCO<sub>3</sub>** trước khi đặt mục tiêu hô hấp tuần hoàn
- c. **Thông khí áp lực dương bằng bóng không có van điều áp**
- d. **Cả ba động thái trên đều rất nguy hiểm cho trẻ sơ sinh đang ngạt**

2-Thông khí áp lực dương được hiểu một cách chính xác ra sao?

- a. Dùng hỗn hợp khí có thành phần oxy lớn hơn thành phần oxy có trong khí trời.
- b. Qua nội khí quản ,loại bỏ khoảng chết hầu họng ,trực tiếp đưa khí vào đường thở.
- c. **Thể hiện thao tác tạo ra một áp suất khí thắng được sức căng bề mặt của phế nang.**
- d. Cả ba điều kiện cùng là thành tố bắt buộc của định nghĩa thao tác thông khí áp lực dương.

3-Nguyên nhân của tình trạng **tachysystole(cơn co cường tính)** là gì?

- a. **Rối loạn nút dẫn nhịp cơn gò.**
- b. Hệ quả của các **oxytotic ngoại lai.**
- c. Chuyển dạ **tắc nghẽn và vượt trở ngại.**
- d. **Cả ba yếu tố trên đều có thể là nguyên nhân.**

4-Kiểu kết luận nào là thích hợp nhất cho một thai phụ với EFM được xếp loại II theo ACOG 2009?

- a. Tôi không đủ bằng chứng để nói rằng tình trạng thẳng bằng toan-kiềm của thai đang bình thường ở thời điểm này.
- b. Tôi không đủ bằng chứng để nói rằng tình trạng thẳng bằng toan-kiềm của thai là bất thường ở thời điểm này.
- c. Tôi biết rằng EFM bất thường ,nhưng tôi chỉ có thể có kết luận bằng cách phân tích các yếu tố lâm sàng khác.
- d. **Cả ba phát biểu trên là những nội dung quan trọng liên quan đến ý nghĩa của EFM loại II theo ACOG 2009.**

5-Lý giải nào thích hợp nhất cho một thai phụ với EFM được xếp loại III theo ACOG 2009?

- a. **Nhiễm toan chuyển hóa ,không phân biệt nguyên nhân.**
- b. Giảm áp suất riêng phần của oxygen trong máu thai.
- c. Tăng áp suất riêng phần của khí carbonic trong máu thai.
- d. Giảm đoạn dòng chảy của máu đến nhau qua dây rốn.

6-Trong các dấu hiệu sau ,dấu hiệu nào gợi ý mạnh nhất một chuyển dạ đang bị tắc nghẽn ?

- a. Đường biểu diễn mở cổ tử cung chậm đường hành động
- b. Cơn co tử cung tang về tần số,cường độ và trương lực cơ bản
- c. **Ngôi thai không lọt hay tiến triển bất thường trong đường sanh**
- d. Có bất thường kích thước khung chậu trên lâm sàng hay quanh kích

Giải thích:

Có nhiều nguyên nhân gây ra chuyển dạ kéo dài.Trong thực hành lâm sàng có ba phương pháp để đánh giá chuyển dạ kéo dài,trong đó có phương pháp số 2.Phương pháp số 2:qua 2 lần đánh giá ,cách nhau **2 tiếng đồng hồ** mà không thấy CTC tiến triển=>chuyển dạ này có thể là chuyển dạ kéo dài.Khi có chuyển dạ kéo dài phải xác định **nguyên nhân là gì**. Trong đó **hội chứng vượt trở ngại là một trong đó.Tức là phải nhìn tất cả các .....lượng,kích thước ,kiểu thể của nó không có tương hợp với khung chậu của người mẹ**.Như vậy từng triệu chứng sẽ xuất hiện theo thời gian và càng ngày càng đầy đủ.Đầu tiên,có thể khám thấy **ngôi thai không thuận lợi hay kích thước thai khá lớn so với khung chậu của người mẹ**;hoặc là có **xuất hiện kiểu thể không thuận lợi như: kiểu thể thóp trước,ngôi trán hoặc là**



ngôi mặt => con co càng ngày càng nhiều => xuất hiện bướu huyết thanh, chõng xương, chõng sọ, thai suy, .... Nếu đợi đến đủ tất cả các thứ này, cần thiết để chẩn đoán HCVTN rồi có thể gây loãng xương bé. Vì vậy khi có chuyển dạ kéo dài rồi, làm ơn xác định sớm nguyên nhân để có xu hướng kết thúc chuyển dạ.

7-Điều trị BHSS bằng “bóc nhau nhân tạo làm trống buồng tử cung, theo sau bằng kiểm tra đường sinh dục và oxytocic” có tính thuyết phục về lợi ích kém nhất trong trường hợp nào?

- Chảy máu từ diện nhau bám ở thân và đáy tử cung
- Chảy máu từ diện nhau bám ở đoạn dưới tử cung
- Chảy máu do bất thường con đường đông cầm máu
- BHSS đa thai, sanh thai to hay sau chuyển dạ kéo dài

Giải thích:

Bánh nhau thông thương với bờ tử cung bằng hồ huyết. Nếu bệnh nhân đã có RLDM rồi thì làm ơn bóc nhau nhân tạo, trừ khi bánh nhau nằm ở một cạnh nào đó ở ngoài, tại vì cái diện bánh nhau chính là cái diện chảy máu nhiều nhất, và đa phần chảy máu ở diện nhau bám. BHSS rất dễ bỏ lỡ, nếu để chảy máu nhiều quá, thì BN sẽ dẫn tới RLDM; RLDM thì máu cản không thành công, càng ít máu thì cơ tử cung không thể co hồi => càng ít máu => càng RLDM => vòng bệnh lý. Như vậy trong trường hợp này thì bóc nhau nhân tạo sẽ có lợi hơn để bánh nhau nó tự bóng ra.

8-Khi nào bạn xem triệu chứng (vòng Bandl) có ý nghĩa bệnh lý?

- Vòng Bandl là một dấu hiệu sinh lý, hoàn toàn không có ý nghĩa bệnh lý
- Chỉ xem vòng Bandl là một dấu hiệu bệnh lý khi có kèm theo các dấu hiệu khác
- Triệu chứng vòng Bandl là dấu chứng giúp xác định có hội chứng vượt trở ngại
- Chỉ trong chuyển dạ trên tử cung có vết mổ sanh cũ, vòng Bandl là dấu hiệu bệnh lý

Giải thích:

Cái vòng Bandl, thường thấy nhiều ở trường hợp dọa vỡ tử cung. Trong cơn co tử cung mà có sự lõm xuống của chỗ nối giữa đoạn dưới và thân tử cung => đoạn dưới tử cung ngày càng kéo dài lên. Nữ hộ sinh thường nói là tử cung bị thắt eo. Đó là dấu hiệu của vòng Bandl. Như vậy, vòng Bandl này có xuất hiện ở chuyển dạ bình thường hay không? Answer: có. Tức trong một tình trạng bình thường, mà có sự khác biệt giữa cái phần lớp cơ trên của đoạn trên tử cung và lớp cơ của đoạn dưới, thì nó cũng hình thành vòng Bandl, nhưng đó không phải là vòng Bandl của dọa vỡ tử cung. Ví dụ: con co tang trong chuyển dạ và ngôi thai càng đi xuống và thấy đoạn dưới tử cung bị kéo dài => thấy xuất hiện vòng Bandl, nhưng mà nó không phải là dấu hiệu dọa vỡ tử cung.

Dọa vỡ tử cung là một chuỗi các triệu chứng, phải theo dõi trên lâm sàng, mà không chỉ dựa vào dấu hiệu vòng Bandl để khẳng định đó là DVTC.

Dọa vỡ tử cung là một chuỗi triệu chứng bao gồm:

- 1) Cơn co cường tính, càng ngày càng nhiều
- 2) Xuất hiện vòng Bandl
- 3) Xuất hiện dấu hiệu Frommel
- 4) Đầu thai nhi không đi xuống
- 5) Đầu thai nhi có biến đổi: chõng xương sọ, bướu huyết thanh ngày càng to, bất xứng rõ ràng giữa khung chậu và đầu thai.

Khi mà thấy vòng Bandl ở trên rốn, vụ đó có nguy hiểm không? Nếu không dấu hiệu còn lại, mà chỉ thấy vòng Bandl thôi thì phải theo dõi thêm. Có trường hợp đầu thai nhi không có biến dạng, tại nó hoàn toàn không có lọt vào cái eo trên luôn, đầu thai nhi ở vị trí rất cao mà không thấy được bằng cách đầu thai nhi đi xuống khung chậu của người mẹ luôn. Vậy mà có thể cái đầu thai nhi không có biến dạng gì hết nhưng mà cơn co vẫn dồn dập. Và đi theo cái cơn co càng dồn dập là cái đoạn dưới tử

cung ngày càng kéo dài. Vậy mà phải phát hiện thêm những triệu chứng khác như: ngôi thai không thể xuống càng lâu sẽ xuất hiện các dấu hiệu trên ngôi thai, ví dụ như bứt huyết thành....

9-Trong các tình huống được sinh dụng cụ sau, sơ sinh có nguy cơ cao nhất bị tai biến ở tình huống nào?

- Thủ thuật viên không tôn trọng các điều kiện của sinh dụng cụ
- Lựa chọn không thích hợp giữa chọn giác hút hay chọn forceps
- Sinh dụng cụ được thực hiện khi chưa thật cần thiết (chỉ định rộng)
- Cả ba tình huống trên cùng là các tình huống có nguy cơ rất cao sơ sinh

10- Ngay sau sinh buộc phải thực hiện hút qua đèn nội khí quản cho bé càng sớm càng tốt trong trường hợp nào sau đây?

- Cho trẻ có điểm số Apgar 1 phút xấu, từ 0 đến 4
- Cho trẻ không khỏe với tình trạng nước ối có phân su
- Trước khi thực hiện mọi thông khí áp lực dương
- Thường qui, nếu trẻ sơ sinh không khóc ngay

Giảng thêm 1:

Trong sản khoa nếu muốn xử trí một trường hợp nào đó thì nên đặt câu hỏi:

- Tình trạng người mẹ có bình thường hay không?
  - Ba mẹ có vấn đề gì cần chấm dứt thai kỳ ở thời điểm này hay không.
  - Tức là có bệnh nội khoa nền hay cái gì liên quan đến thai kỳ trước.
  - Nếu đã vỡ ối rồi, có dấu hiệu nhiễm trùng ối không.
  - Có sốt không
  - Có bạch cầu tăng không.
- Sức khỏe em bé này có bình thường hay không?
  - Đếm cử động thai: mẹ tự đếm
  - Có CTG thì dùng CTG theo dõi
  - Có siêu âm hãy xài siêu âm
  - Có Doppler thì làm Doppler
- Em bé này còn giữ được trong tử cung nữa hay không? Trong trường hợp ối vỡ non, thì nên phụ thuộc vào :
  - Nước ối còn chảy ra nữa hay không
  - Lượng nước ối trong tử cung là bao nhiêu
  - Có dấu hiệu gì của viêm nhiễm trùng ối hay không? (Dựa vào LS và CLS). Dấu hiệu LS như bạch cầu cao, CRP tăng, procalcitonin tăng coi như đã có phản ứng viêm. Nếu không có nước ối chảy ra nữa thì dùng corticoids dự phòng, còn nếu nước ối còn chảy ra nữa mà bạn muốn giữ thai mấy ngày nữa thì nên dùng hỗ trợ phổi.
- Nếu muốn quyết định cho em bé này ra đời thì sinh bằng sinh thường hay mổ? Để quyết định CDTK, phải đánh giá lại tình trạng của mẹ, ví dụ cổ tử cung tiến triển như thế nào?.....; Lưu ý: Nếu ối vỡ non nhưng không có kèm các dấu hiệu bất thường gì khác hết => coi như chuyển dạ bình thường và cho sản phụ theo dõi tại bệnh viện 7 ngày; kèm theo đó đánh giá CTG mỗi ngày, siêu âm mỗi 2 ngày; nếu sau 7 ngày mà không phát hiện vấn đề gì hết thì cho sản phụ về và hẹn tái khám. Còn nếu ối rỉ lại thì.....

## Bài 10 APP Chuyển dạ bất thường

*Những dòng chữ màu đỏ, được in nghiêng là những khúc mình nghe chưa rõ ý.*

### TÌNH HUỐNG 1: NƯỚC ỒI LẤN PHÂN SU

Bà A.31 tuổi, PARA 1001, được khởi phát chuyển dạ vì thiếu ối ở tuổi thai 41 tuần vô kinh. Phát khởi chuyển dạ thuận lợi, kết thúc bằng việc bà A sanh thường, 6 giờ sau bắt đầu khởi phát chuyển dạ với oxytocin. Trong quá trình chuyển dạ, ghi nhận nước ối lẫn phân vàng sệt và trên băng ghi EFM thỉnh thoảng có xuất hiện vài nhịp giảm bất định hình thang với đáy rang cưa của tình trạng chèn ép rốn thoảng qua. Ghi nhận có một vài nhịp giảm muộn xuất hiện ở cuối giai đoạn xóa mở cổ tử cung và trong giai đoạn sổ thai. Tuy nhiên giai đoạn sổ thai chỉ kéo dài 15 phút, kết thúc bằng việc sản phụ rặn sanh thường một bé trai, cân nặng 3000gram, nước ối toàn phân su vàng sệt.

Ngay sau sanh, bé trắng bệch toàn thân, không trương lực, không khóc và không có hoạt động thở. Nhịp tim=80 l/p, không đều.

Bạn sẽ làm gì cho con của bà A? **Chọn 2 hành động phải làm trước tiên**

- A. Lau khô
- B. **Sưởi ấm**
- C. Kích thích thở bằng vật lý
- D. Hút phân su ở hầu họng, sau đó bóp bóng giúp thở áp lực dương qua mặt nạ
- E. **Hút phân su dưới dây thanh âm qua đèn nội khí quản, nhưng không đặt nội khí quản giúp thở**
- F. Đặt nội khí quản hút sạch phân su, sau đó bóp bóng giúp thở áp lực dương qua nội khí quản

Giải thích:

Em bé mà sinh ra với tình trạng như vậy là xấu. Bé sinh ra với nước ối phân su sệt như vậy mà khi sinh ra thì không thấy trương lực gì cả, không khóc, mềm nhũn, và tim chậm như vậy => chắc chắn mình phải hồi sức tích cực cho nó, chứ không phải là thường quy. Khi đó chuyện phải làm đầu tiên là sưởi ấm, chứ không phải là lau khô, tại vì lau khô có thể làm mất thời gian xử trí tích cực giai đoạn sau này cho bé, **chỉ cần đẩy bé dưới đèn sưởi, rồi sau đó hút nước ối phân su dưới đèn sưởi đó luôn và mình sẽ hút dưới đèn nội khí quản**. Tại vì lúc này cái chuyện đầu tiên là làm đường thở của em bé nó thông thoáng, rồi đánh giá lại sau mỗi lần mình làm một cái hoạt động nào đó. Sau hút nước ối-phân su cho bé, coi lại bé có thở được hay không? co thắt hay không? Trương lực cơ có hay chưa? Và coi nhịp tim của nó như thế nào. Sau đó mình đánh giá lại mỗi hoạt động, mỗi hoạt động đó chỉ đánh giá trong vòng 30 giây.

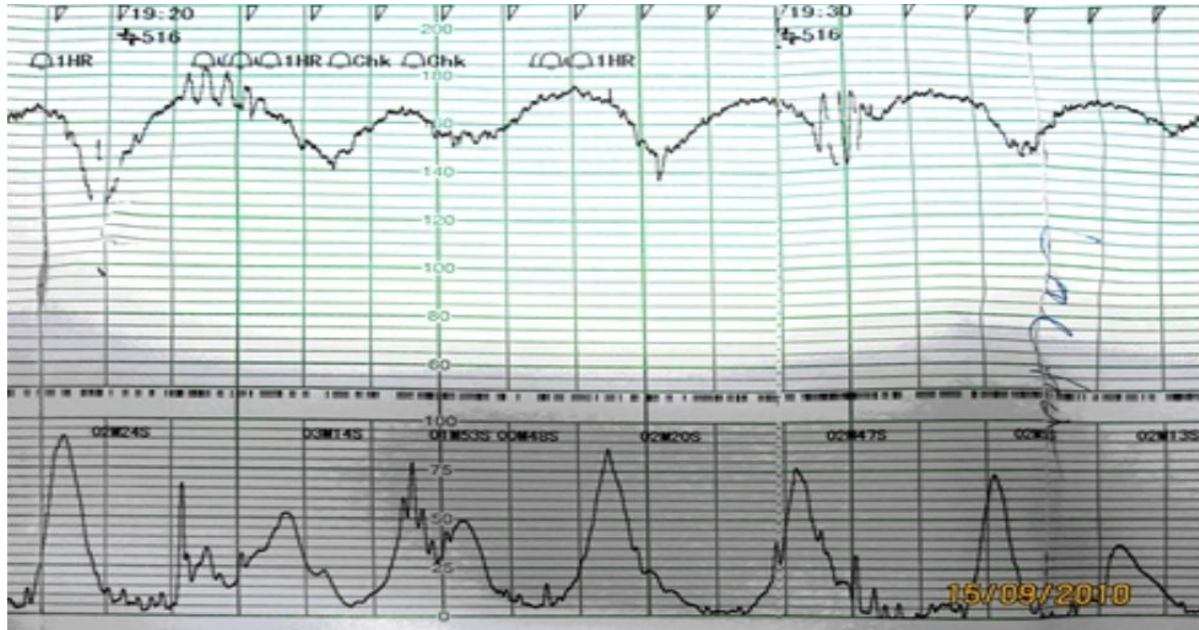
Khi mà đánh giá thở được, trương lực tốt => chỉ cần cho thở oxy qua cannula là được rồi. Nếu mà chưa được như vậy phải thông khí áp lực dương; sau thông khí thì đánh giá lại nếu thông khí áp lực dương vẫn chưa hiệu quả => đặt nội khí quản cho em bé. Tại vì nếu chỉ hút phân su ở hầu họng không rồi ta đặt mask áp lực thông khí lên thì em bé có thể hít vào cái phân su đó vào đường thở của em bé => bé viêm phổi phế quản. Rất khó khăn để hút phân su nội khí phế quản (chỉ hút khi nào không có áp lực dương). Nước ối-phân su mới hút dưới nội khí quản là do phân su được hít vào rất là đặc, mà đường phế quản của bé rất là nhỏ => chỉ cần hít vào một lượng nhỏ phân su thôi => tắc nghẽn hoàn toàn đường phế quản của nó. Còn nước ối là bình thường thôi, chứ không hút ở đường hô hấp dưới của bé.

### TÌNH HUỐNG 2: BẤT THƯỜNG TRÊN BĂNG GHI EFM

Bà L. 32 tuổi, PARA 1001, tiền căn sinh thường con 3500gram, nhập viện vì chuyển dạ sinh, thai 41 tuần vô kinh. 2 giờ trước, do cơn co không hiệu quả; làm sản đồ chuyển phải, nên người ta đã thực hiện phá ối, và bắt đầu tăng co cách nay 90 phút.

Không có bất thường xảy ra trong giờ đầu dùng oxytocin. Đột nhiên, nữ hộ sinh của bà báo bạn rằng có bất thường vừa xuất hiện trên băng ghi EFM (xem hình).

Khám lại ghi nhận cổ tử cung mở 4 cm, xóa 70%, ngôi chỏm, kiểu thể chậm chạp trái trước, chưa lọt. Ới vỡ, không rõ màu sắc nước ối.



Bạn nhận định gì và sẽ làm gì cho bà L? **Chọn một nhận định và một hành động có mức độ hợp lý cao nhất**

- A. Bất thường trên EFM không có ý nghĩa đe dọa thai, do liên quan và là hệ quả trực tiếp của tăng co
- B. Bất thường trên EFM có ý nghĩa cảnh báo, do thuộc loại II ACOG, tuy nhiên, mức độ đe dọa không cao
- C. **Bất thường trên EFM cho thấy thai nhi đang bị đe dọa nghiêm trọng, dù rằng EFM vẫn thuộc loại II ACOG**
- D. Ngưng oxytocin là đủ
- E. Ngưng oxytocin, giảm co và thở oxy qua mask
- F. **Ngưng oxytocin, giảm co và thở oxy qua mask trong khi chờ đợi mổ sanh**

Giải thích:

Đây là trường hợp bất thường trên EFM, cho thấy thai đang bị đe dọa nghiêm trọng. Thai 41 tuần vô kinh, chuyển dạ tăng, 2 giờ trước cơn gò không hiệu quả làm sản đồ chuyển phải; tức là 2 giờ trước CTC đã 4cm rồi từ hồi nào đó rồi và cơn gò không hiệu quả. Người ta phá ối và tăng gò cách đây 90 mn, không có gì bất thường trong giờ đầu của oxytocin, đột nhiên NHS báo bạn rằng có bất thường trên EFM. Khám lại: CTC 4 cm, xóa 70%, ngôi chỏm, kiểu thể chậm chạp trái trước, chưa lọt, ối vỡ không rõ màu sắc nước ối.

Thứ nhất đối với CTG này, Baseline 170 l/p; có nhịp giảm muộn xuất hiện lặp lại hầu như là mỗi cơn gò và dao động nội tại nó kém như thế này => CTG này gần như nhóm III (nhưng nó là nhóm II). **Mà chỉ định của CTG nhóm III là mổ lấy thai, trừ khi..... mà có điều kiện giục sanh.** Sau khi coi lại bà này, 41 tuần vô kinh, sản đồ chuyển phải, CTC vẫn là 4 cm, xóa 70%, ngôi cao; nhưng bà này đã vào



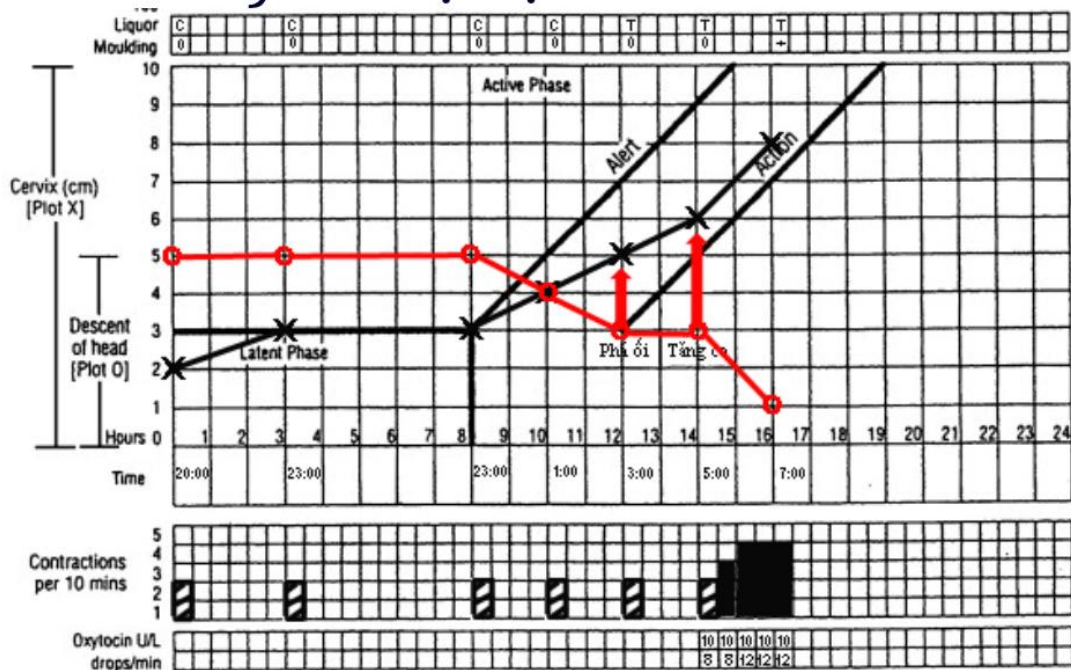
chuyển dạ hoạt động lâu rồi, *sản đồ đã chuyển phải rồi thì mình thấy CTC 4 cm ,xóa 70% và một CTC .....như vậy* mà chờ đến chuyển dạ tự nhiên thì chắc không kịp và không hiệu quả trong trường hợp này => mổ lấy thai; giảm oxytocin giảm co; thở oxy qua mask trong khi chờ mổ lấy thai. Trừ khi CTC tròn, đầu +1; +2, kiểu thể chằm chằm trái trước thuận lợi cho việc giục sinh thì sẽ giục sinh tại vì đường đó nhanh hơn.

Cái cơn gò này không phải là nguyên nhân của CTG như vậy, cơn gò này không làm cho nhịp giảm; không làm cho dao động nội tại nhỏ như vậy; không làm cho Baseline của em bé cao như thế này. Cơn gò có thể gây chèn ép dây rốn=> gây nhịp giảm nhưng mà cơn gò này cường độ ~35mmHg thôi, số lượng cơn cũng không nhiều=> không nghĩ nó là nguyên nhân gây ra cái CTG nhóm II hoặc gần nhóm III như vậy. *Như vậy nếu mình chờ có thể chờ đến .....nhưng nó không là biện pháp tốt=> tốt nhất MLT vì có rất nhiều yếu tố hỗ trợ MLT.*

### TÌNH HUỐNG 3: SẢN ĐỒ BÊN PHẢI ĐƯỜNG BẢO ĐỘNG

Sản đồ sau ghi lại chuyển dạ ở bà M; con so, thai 39 tuần vô kinh, vào chuyển dạ tự nhiên. Các thông tin từ thai kỳ cho thấy đây là đây là một chuyển dạ nguy cơ thấp. Khám thấy ngôi chòm, lưng trái. Băng ghi EFM được xếp loại I theo ACOG 2009. Ước lượng trọng lượng thai khoảng 3000gram. Kiểu thể của ngôi khi lọt là chằm chằm trái trước. Khung chậu bình thường trên lâm sàng. Lúc 3:00 bà M được phá ối.

Lúc 5:00 bà M được tang co bằng oxytocin.



Hãy nhận định về can thiệp cho bà A. **Chọn 3 nhận định phù hợp**

- A. Thời điểm và quyết định phá ối lúc 3 giờ là hợp lý.
- B. Thời điểm và quyết định phá ối lúc 3 giờ là không hợp lý.
- C. Thời điểm và quyết định tăng co lúc 5 giờ là hợp lý.
- D. Thời điểm hay quyết định tăng co lúc 5 giờ là không hợp lý.
- E. Các can thiệp đã làm là có hiệu quả.
- F. Các can thiệp đã làm không mang lại hiệu quả mong muốn.

**GIẢI THÍCH:**

Lúc 20 giờ, CTC 2cm, độ lọt 5/5. Đến latent phase thì lúc đó 23 giờ, tức sau đó 3 tiếng CTC 3cm, độ lọt 5/5. Đến 23 giờ tịnh tiến trên trục hoành CTC 3 cm, độ lọt vẫn 5/5. Sau đó theo dõi đến 1

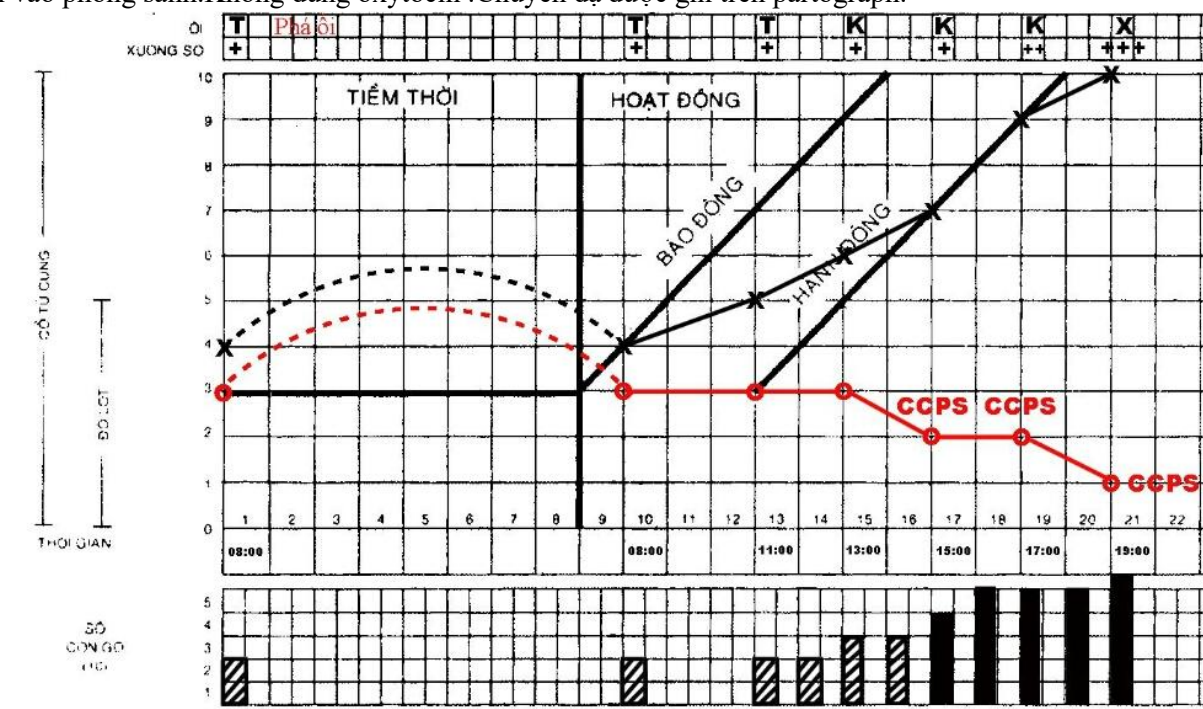
giờ thì CTC 4 cm, độ lọt 4/5 ; đến 3 giờ CTC=5 cm, độ lọt 3/5 được chỉ định phá ối .Vậy thì phá ối lúc này có phù hợp không? Answer: Hợp lý ;có thể phá ối lúc 3 giờ hoặc 1 giờ đều được. Lúc 1 giờ thì đầu còn cao một chút khi phá ối cần để ý đến việc sa dây rốn. Tại vì ở đây, người ta bắt đầu đánh giá chuyển dạ hoạt động bắt đầu từ CTC=3cm; thường thì bắt đầu đánh giá chuyển dạ hoạt động từ CTC=4cm và thường thì chờ đến 3 giờ mới phá ối. Phá ối thấy nước ối trắng đục; lúc này con gò chỉ có 2 con/10 phút thôi thì theo dõi thêm.

Lúc 5 giờ, CTC=5-6cm, độ lọt không thay đổi gì cả-độ lọt không thay đổi trong 2 tiếng. Như vậy lúc này được chỉ định tăng co .Vậy tăng co này có phù hợp không? Answer: Hợp lý; tại vì ở đây chỉ có 2 con thôi, mà theo qua 2 tiếng đánh giá thấy độ lọt không lọt xuống nữa=nghĩ con gò không có đủ động lực để đẩy ngôi thai đi xuống. Ở đây trong chuyển dạ hoạt động rồi mà chỉ có 2 con gò/10 phút, đối với bà này là không đủ=>nghĩ tăng co để xem ngôi thai có xuống hay không? Thì tăng co ở thời điểm này là hợp lý. Lúc đó là 5 giờ, sau khi tăng co =>con co =4 con/10 phút, cường độ mạnh, ngôi thai tiếp tục xuống, CTC=8cm =>chứng tỏ tăng co có hiệu quả. Sau đó ,đội CTC tròn ,ngôi thai xuống tiếp =>phòng sanh.

Do con bà này là con so=>CTC mở chậm hơn con rạ một chút cho nên 2 tiếng nên đánh giá 1 lần.

#### TÌNH HUỐNG 4: BÊN PHẢI ĐƯỜNG HÀNH ĐỘNG

Thai phụ D.29 tuổi, PARA 0000, thai 39 tuần vô kinh, chuyển dạ sanh. Thai kỳ bình thường. Cao 150 cm, BCTC=32cm, ngôi chòm, ước lượng trọng lượng thai 3Kg. Phá ối được thực hiện lúc 8:00 ,ngay khi vào phòng sanh. Không dùng oxytocin .Chuyển dạ được ghi trên partograph.



Bạn nhận định gì và sẽ làm gì cho bà D? **Chọn 1 nhận định và 1 hành động có mức độ hợp lý cao nhất**

- A. Chuyển dạ kéo dài
- B. Bất xứng đầu chậu
- C. Hội chứng vượt trở ngại
- D. Chờ sanh tự nhiên
- E. Giúp sanh bằng dụng cụ
- F. Mổ sanh không trì hoãn

GIẢI THÍCH:

Bà này lúc 8 giờ : CTC=4 cm, độ lọt 0 .Sau đó đến 11 giờ CTC= 5 cm ,độ lọt 0. Đến 12 giờ ,CTC= 6cm,độ lọt vẫn 0,ôi vỡ.Mới đầu là ôi vỡ trắng đục(T) đến 12 giờ (CTC=6cm,độ lọt 0) ôi không rõ màu sắc(K),chồng xương(+).Con co từ 2-3 cơn/10 phút. Đến 15 giờ,lúc này CTC=7cm,đầu xuống(+1),kiểu thể chậm chạp phải sau,ôi không rõ màu sắc,chồng xương(+). Tiếp theo nữa từ 15-17 giờ là cơn gò trên khúc ngang luôn ,cường độ rất là mạnh,độ lọt không có xuống thêm(+1),CTC=8cm,bắt đầu xuất hiện chồng xương (++). Đến 18 giờ,thấy cơn gò>5 cơn/10 phút,đầu xuống(+2) và chồng xương tới (+++),kiểu thể chậm chạp phải sau, ôi xấu=> nó chính là hội chứng vượt trở ngại;là do:

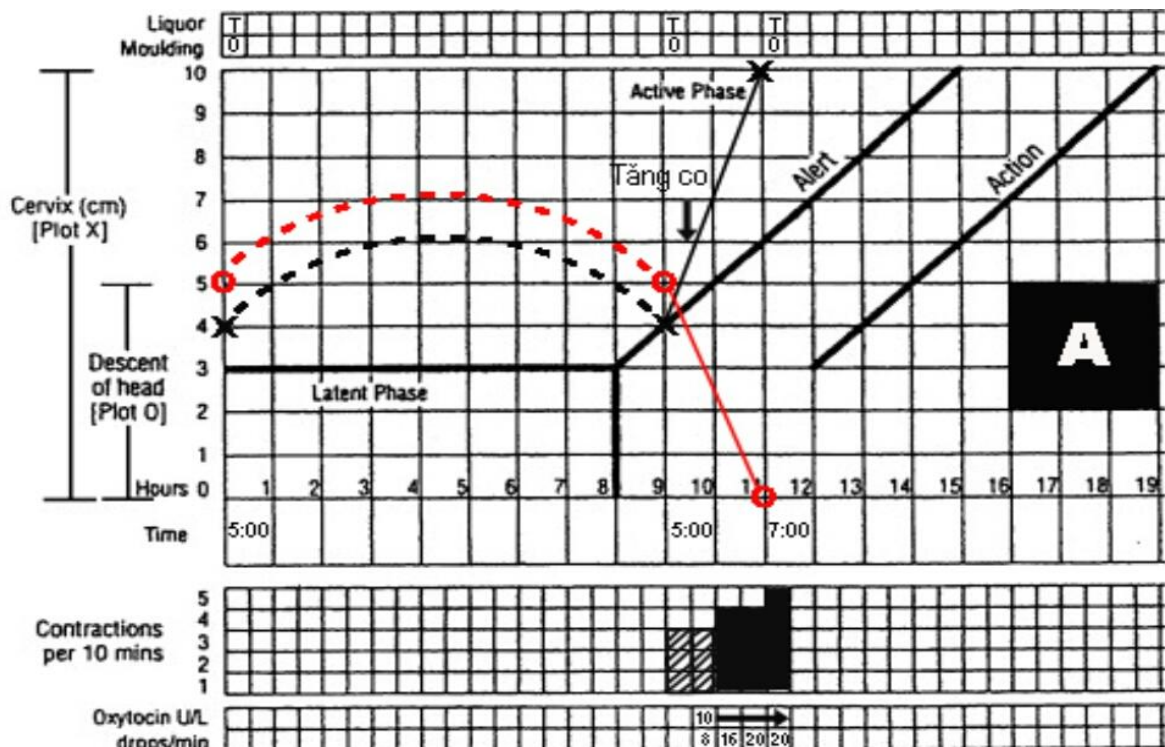
1. Kiểu thể chậm chạp phải sau không phải kiểu thể thuận lợi,kiểu thể sau không bao giờ là kiểu thể thuận lợi ,nhưng vẫn có thể sanh ngã dưới được với điều kiện diễn tiến chuyển dạ thuận lợi
2. Càng ngày càng xuống,nhưng mức độ chồng xương càng nhiều
3. Cơn gò từ cung dồn dập để tổng cái thai này xuống =>thai suy vì không có máu nuôi em bé=>xuất hiện ôi xấu.
4. Xuất hiện chồng xương(+++) và độ lọt mới xuống (+2) thôi.

LƯU Ý: Hội chứng vượt trở ngại phải mổ sanh không trì hoãn.

không dùng sanh giúp để giải quyết tắc nghẽn cơ học và lúc đó đầu thai đã biến dạng rồi,chồng xương (+++) rồi =>cực kỳ khó khăn không có chỗ nào để đặt dụng cụ cả,đặt forrceps càng khó khăn hơn tại vì đầu thai biến dạng rồi,nó sẽ xoay không đúng,kéo ra không đúng kiểu thể.Apgar em bé rất xấu.

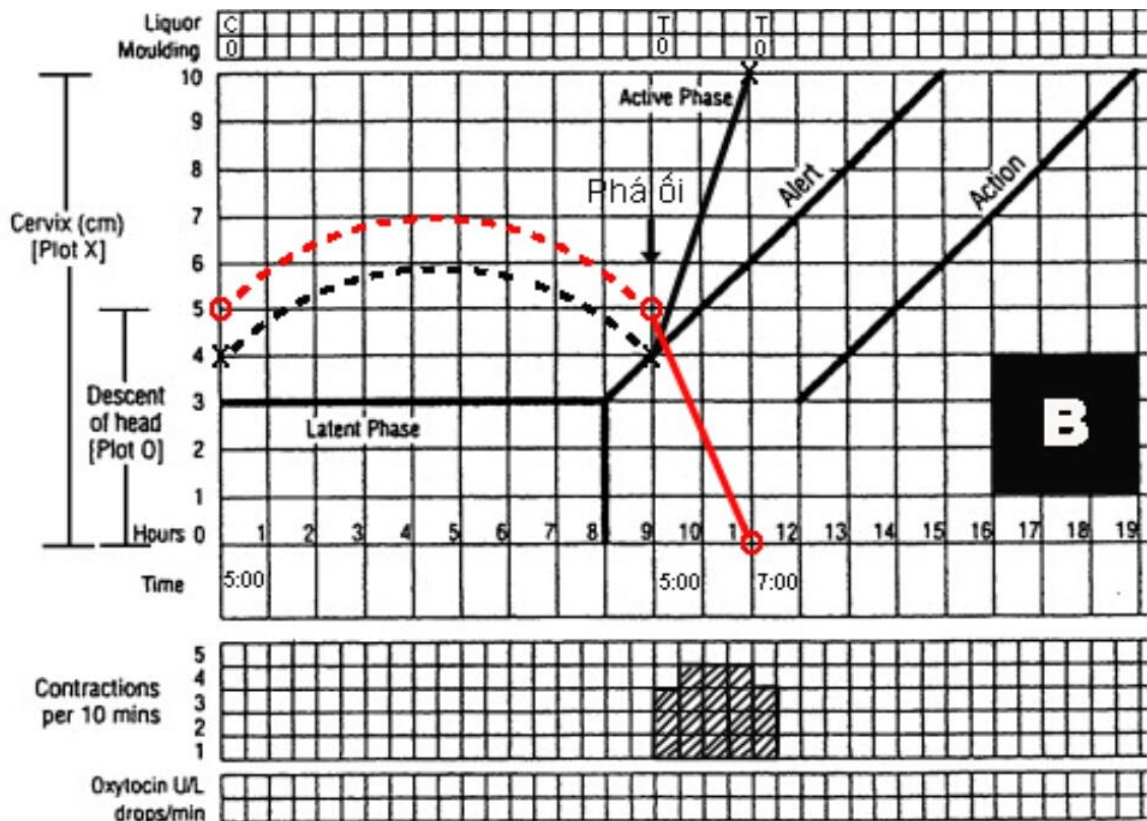
Cái này thì hơn bất xứng đầu chậu nữa;đó là hội chứng vượt trở ngại.Bất xứng đầu chậu từ hồi(+) nó không xuống và cơn gò bắt đầu nhiều lên.Bất xứng đầu chậu là một nguyên nhân của hội chứng vượt trở ngại=> vậy có BXĐC mà các bạn không xử trí kịp thời nó sẽ trở thành hội chứng vượt trở ngại.

#### TÌNH HUỐNG 5:SO SÁNH 2 SẢN ĐỒ



**Sản đồ A:** Thai phụ vào phòng sanh khi ôi đã vỡ. Được tăng co ngay sau khi vào phòng sanh.





**Sản đồ B :**Thai phụ vào phòng sanh khi ối chưa vỡ. Được phá ối ngay sau khi vào phòng sanh.

Hãy so sánh 2 sản đồ A và B .Hãy cho biết nhận định của bạn .**Chọn các nhận định (chọn từ 0 đến 6 lựa chọn)**

- Can thiệp trong sản đồ A là hợp lý và an toàn.
- Diễn biến của sản đồ A là giống như tôi mong đợi khi thực hiện can thiệp
- Tiên lượng cuộc sanh trong sản đồ A sẽ diễn ra không biến chứng
- Can thiệp trong sản đồ B là hợp lý và an toàn
- Diễn biến của sản đồ B là giống như tôi mong đợi khi thực hiện can thiệp
- Tiên lượng cuộc sanh trong sản đồ B sẽ diễn ra không biến chứng

**GIẢI THÍCH:**

**Bà A :** Tăng co lúc 5:30 ,tức là sau khi ối đã vỡ rồi,bà này vào phòng sanh;lúc đó bà có cơn co 3 cơn/10 phút,cường độ trung bình.**Bà này được sanh ngay tại cái chỗ 5 giờ này** và chưa đến 1 tiếng sau thì cơn co của bà tăng lên 4 cơn/10 phút và cổ tử cung diễn tiến đến trọn,sau đó độ lọt **xuống tới eo**.

Rõ ràng, đây là tăng co không có chỉ định .Bà vào do ối vỡ,CTC=4cm,đầu còn hơi cao một chút.Không nói là cơn co hay cơn rạ gì hết.Ổi bà trắng đục,CTC đã vào chuyển dạ hoạt động rồi thì tăng co làm gì nữa trong khi mà cơn gò đã đủ rồi. Không cần biết đủ hay không nhưng mà đối với một chuyển dạ hoạt động thì cơn co từ 3-4 cơn/10 phút và tùy thuộc vào sản phụ này đáp ứng với cơn gò đó. Ví dụ:Bà chỉ có 2 cơn/10 phút thôi,nhưng chuyển dạ vẫn diễn tiến (CTC vẫn tiếp tục mở,ngôi thai tiếp tục xuống)=>không có lý do gì để tăng co gì hết.

Như vậy đây là tăng co không hợp lý.Nếu tăng co và sau đó cơn gò lên quá trời,CTC từ 4cm-10cm/2 giờ và **ngôi xuống tới cái eo**=>có nguy cơ:

- Băng huyết sau sanh bởi vì tử cung hoạt động quá mức->vỡ tử cung.
- Đối với một chuyển dạ nhanh như thế này=>kiểm tra đường sinh dục,thứ nhất là có tụt CTC không? **Vậy mà sau sanh phải khám cổ tử cung liền.....**



**Bà B:** Bà đã vào lúc 5 giờ ,CTC=4cm ,cơn co 3 cơn/10 phút,bà được phá ối liền,nước ối trắng đục,sau đó bà được theo dõi sanh.Phá ối này có hợp lý không?Answer: không;do ngôi còn quá cao,khi quyết định phá ối thì ngôi phải xuống chút siêu nữa.Khi ngôi đã xuống rồi thì đầu ối không còn tác dụng nòng CTC nữa=>phá ối .Nếu đầu còn quá cao(-2,-3),nếu phá ối=>phá ối có thể dẫn đến sa dây rốn,cái phá ối này thì hơi vội vàng trong khi co vẫn đủ=>chúng ta có theo dõi thêm nữa.

Cái sản đồ B không giống mong đợi gì hết;hy vọng của người phá ối là đầu thai sẽ xuống nhưng xuống một cách từ từ,chứ không phải xuống cái eo như vậy.

Tất cả sanh nhanh như vậy đều có thể xảy ra biến chứng.Nhưng bà B này ít có nguy cơ băng huyết sau sanh hơn bà A tại vì cơn gò của bà B tương đối sinh lý.Đối với sanh nhanh như vậy nhờ kiểm tra đường sinh dục,kiểm tra CTC có bị bịt không?

LƯU Ý: Khi đầu xuống 0 hoặc -1 mới có thể phá ối.

## Bài 11 RAT Cấp cứu sản khoa

Cơ chế xảy ra kẹt vai trong trường hợp nào ? Chọn một câu đúng:

- a. Khung chậu hẹp ở eo giữa hoặc dưới
- b. Khung chậu hẹp hay giới hạn ở eo trên
- c. Giúp sinh khi ngôi chồm ở vị trí + 1 hay + 2
- d. Thai to không do đài tháo đường thai kỳ

Khi phát hiện có sa dây rốn, trước tiên phải xác định yếu tố nào? Chọn một câu đúng

- a. Tính sinh tồn thai (nhịp đập của dây rốn, băng ghi EFM)
- b. Tuổi thai hiện tại (rất non tháng hay đã có thể nuôi được)
- c. Tình trạng chuyển dạ (độ mở CTC, cơ co, độ lọt)
- d. Loại ngôi thai có chèn ép không (ngôi chồm hay ngược)

Hãy xác định mục tiêu ưu tiên của hồi sức tuần hoàn trong băng huyết sau sinh? Chọn một câu đúng

- a. Duy trì Hb% đủ để vận chuyển oxy đến mô
- b. Cung cấp yếu tố đông máu cho cầm máu
- c. Khôi phục và duy trì thể tích lòng mạch
- d. Cả ba mục tiêu trên cùng ưu tiên như nhau

Hãy xác định ý nghĩa của nhịp giảm kéo dài. Chọn một câu đúng:

- a. Là hậu quả của gián đoạn lưu thông máu trong cuộn rốn
- b. Là hậu quả của tình trạng thoái hóa cấu trúc của các gai nhau
- c. Là hậu quả của rối loạn cơ co tử cung (co cứng hay co dồn dập)
- d. Cả ba tình trạng liệt kê trên đều có thể gây nhịp giảm kéo dài

Khi thực hiện hồi sức tuần hoàn, cần căn cứ ưu tiên trên chỉ số nào? Chọn một câu đúng

- a. Huyết áp
- b. Mạch
- c. Hemoglobin
- d. Phân áp oxy máu

Trong các bệnh cảnh sau, phải nghĩ đến khả năng có thể có nhau bong non và buộc phải tìm cách xác định hay loại trừ trong bệnh cảnh nào? Chọn một câu đúng.

- a. Xuất huyết từ cung bất thường trong ba tháng cuối thai kỳ
- b. Biến động bất thường của tim thai sau khi xảy ra cơn sản giật
- c. Xuất hiện cơn co kèm biến động tim thai trong 3 tháng cuối thai kỳ
- d. Buộc phải nghĩ đến khả năng có nhau bong non trong 3 bệnh cảnh trên

Vì sao chỉ được phép xác định có nhau tiền đạo kể từ sau tuần lễ thứ 28 của thai kỳ? Chọn một câu đúng

- a. Vì vị trí nhau sẽ không còn thay đổi nữa
- b. Vì đoạn dưới tử cung thành lập từ lúc này
- c. Vì nguy cơ chảy máu trước đó là rất thấp
- d. Vì lá nhau sẽ không phát triển to thêm nữa

Khi có một trong trường hợp nhau tiền đạo chảy máu ồ ạt, vấn đề có tầm ảnh hưởng quan trọng nhất đến quyết định xử trí là gì ?

- a. Kiểu (nhóm) nhau tiền đạo
- b. Tuổi thai hiện tại
- c. Tình trạng chảy máu
- d. Có cơn co tử cung hay không

Hãy xác định dấu hiệu chỉ điểm của **nứt vết mổ cũ trong chuyển dạ**? Chọn một câu đúng

- a. **Bất thường EFM**
- b. Ra máu đỏ tươi
- c. Đa vết mổ cũ
- d. Thay đổi ngôi thai

Trong tư vấn cho thai phụ trước khi thực hiện VBAC, cần chú ý điều gì? Chọn một câu đúng

- a. Chỉ chọn VBAC khi khả năng có thể sinh được ngã âm đạo là cao
- b. Khả năng xảy ra nứt vết mổ cũ trong VBAC là không thể dự báo được
- c. Theo dõi chuyển dạ VBAC sẽ thuận lợi hơn nếu gây tê ngoài màng cứng
- d. **Cả ba tư vấn trên đều quan trọng như nhau khi tư vấn VBAC**

Giang thêm 1: Có cách nào biết được nứt VMC trước khi nó nứt không ?

Các vấn đề thống nhất:

- Sản phụ nào chuyển dạ cũng đau

- VMC có bể thì có đau ( đau kiểu phúc mạc)

- Theo dõi chuyển dạ/VMC cần làm giảm đau sản khoa để tránh mổ vô lí.

- Sẹo mổ cũ không phải là cơ, đơn giản là mô sẹo tạo từ fibroblast ( nguyên bào sợi). Do đó nó có 2 đặc tính: cực kì dễ bể và không có thần kinh. Thần kinh chỉ có xung quanh mô sẹo. Nó sẽ nứt ra trước khi nó bị đau. Đau ở đây là do máu, nước ối kích thích phúc mạc hoặc khi phúc mạc xé khi bên dưới bị vỡ. Như vậy trong nứt vết mổ cũ có đau nhưng chỉ rõ ràng khi mọi chuyện đã xong rồi. Thời gian để nói trước khi mà nó bị bể ra thì rất ngắn, không phản ứng kịp. Cho nên “giống như anh tốt nhất để tránh làm rắc rối mọi chuyện bằng cách làm người ta cứ đau đi rồi không biết đau tại sao rồi đi mổ ” (???)

- Lí giải cho câu 9:

- Khi cơ tử cung bị nứt → không gò được nữa → mất cơn co trên EFM
- **Nứt VMC** thời thì **không chảy máu**, chảy máu chỉ khi nứt tới “ tận cùng thế giới”- xé cả cơ tử cung để lộ ra động mạch tử cung thì mới chảy máu đỏ tươi ( như đáp án B )
- **Tất cả triệu chứng trên đều là dấu hiệu chỉ điểm của nứt vết mổ cũ nhưng biểu hiện ở các mức độ khác nhau.** Chúng ta không gọi là triệu chứng dọa nứt vì nếu đây là triệu chứng dọa nứt thì thời gian cũng diễn ra rất ngắn, không có ý nghĩa

Giảng thêm 2: Tư vấn VBAC/ VMC

Phải đảm bảo 2 điều kiện:

- Cần: Những tồn tại trước không còn, không có nguy cơ mổ. Ví dụ như lần trước con to lần này con không to, lần trước suy thai lần này thai khỏe, lần trước đầu cúi không tốt lần này cúi tốt,...

- Đủ: phải có sự chấp nhận của sản phụ vì vẫn có một tỉ lệ nứt VMC dù không đáng kể.

Giang thêm 3: Nhau bong non

Không phải Nhau bong non nào cũng diễn tiến đến điểm tận cùng của quá trình. Một số trường hợp ngưng diễn tiến hoặc diễn tiến rất chậm. Tuy nhiên máu đông hình thành trong nhau bong non vẫn kích thích tử cung tạo ra cơn gò rất “ khó chịu” và làm biến đổi tim thai. Triệu chứng trên rất giống với dọa sanh non mà cách điều trị khác nhau → cần thận trọng chẩn đoán

Giang thêm 4: Nhịp giảm/ nhịp chậm

- Nhịp giảm là sự biến đổi tức thời của tim thai nằm dưới trị số tim thai căn bản. Trong phòng sanh các chị nữ hộ sinh thường dùng nhịp rớt

- Nhịp chậm là trị số tim thai căn bản  $< 120$  nhịp/ phút.

- Đọc EFM có nhịp giảm, trước tiên mô tả gì ? ( Lưu ý: Có những nhịp giảm trên baseline nhanh dễ nhầm với nhịp tăng và ngược lại)

- Quan tâm đầu tiên là phải là cơn co trước khi đọc biến động của cơn co. Vì cơn co lí giải những chuyển khác
- Sau đó là quan tâm nhịp có giảm kéo dài không ?
  - ✓ Hơn 2 phút  $\rightarrow$  nhịp giảm kéo dài bất chấp nhịp giảm thuần tiến hay bất định
  - ✓ Hơn 10 phút  $\rightarrow$  xác lập baseline mới

- Có bao nhiêu thứ gây ra nhịp giảm kéo dài ?

Cơ chế: giảm phân áp O<sub>2</sub> trong máu. Từ đó ta có thể suy ra được rất nhiều trường hợp. Vd:

1. Cơn co cường tính  $\rightarrow$  không có thời gian tưới máu cho hồ máu  $\rightarrow$  giảm O<sub>2</sub> máu  $\rightarrow$  nhịp giảm kéo dài.
2. Sa dây rốn:  
Có 2 cơ chế gây nhịp giảm:
  - Chèn ép dây rốn làm gián đoạn cung cấp O<sub>2</sub>
  - Chèn ép động mạch rốn  $\rightarrow$  tăng áp lực ngoại biên
3. Thoái hóa gai nhau  $\rightarrow$  giảm cung cấp O<sub>2</sub> trường diễn, cơ thể bé thích nghi  $\rightarrow$  tạo nhịp chậm hơn là nhịp giảm và ĐĐNT giảm. Tuy nhiên khi có một cơn co cấp diễn, hệ đệm không bù đắp kịp  $\rightarrow$  nhịp giảm trên nền nhịp giảm kéo dài + ĐĐNT giảm.
4. Gây tê ngoài màng cứng  $\rightarrow$  dẫn mạch  $\rightarrow$  giảm cung cấp máu cho hồ máu  $\rightarrow$  giảm O<sub>2</sub> máu  $\rightarrow$  nhịp giảm.

## Bài 11 APP Cấp cứu sản khoa

1. Thai phụ 32 tuổi, PARA 1001, sanh mổ năm 2013 vì suy thai cấp, con 3000 gr. Lần này thai phụ nhập viện vì thai 38 tuần, chuyển dạ. Trong thai kì lần này chưa ghi nhận bất thường. Thai phụ được cho theo dõi sanh ngã âm đạo, sau nhập viện 10 giờ thì cổ tử cung mở trọn, thai phụ được cho sanh giúp với Forceps, bé 3200 gram. Sau đó thai phụ được kiểm tra cổ tử cung không phát hiện bất thường, may phụ hồi TSM. 1 giờ sau ghi nhận âm đạo còn ra huyết đỏ tươi, M 120 lần/ phút. HA 80/50 mmHg, khám ghi nhận không thấy khối cầu an toàn. Bạn hãy chọn 3 lựa chọn sau:
- A. Thai phụ lẽ ra không nên được sanh giúp
  - B. Giúp sanh là cần thiết khi có vết mổ cũ sanh
  - C. Thai phụ đã không được tầm soát lòng tử cung sau sanh
  - D. Soát lòng tử cung là không bắt buộc sau VBAC
  - E. Thai phụ đã bị băng huyết sau sanh do đờ tử cung
  - F. Đờ tử cung chỉ là hậu quả của tổn thương đường sinh dục.
- Giang thêm 1: giúp sanh trên VMC.

Giúp sanh trên VMC là cần thiết. Mục đích: hạn chế sức rặn liên tục của bà mẹ → giảm nguy cơ vỡ TC. Tuy nhiên giúp sanh/ VMC không phải là một chỉ định thường qui. Giúp sanh là một chỉ định cần thiết khi đủ chỉ định cũng như điều kiện thực hiện ( ngôi chỏm, CTC mở hoàn toàn, biết được chính xác kiểu thế, ngôi lọt thấp ( ít nhất +2),...)

Giang thêm 2: Soát lòng tử cung

Soát lòng tử cung là không bắt buộc trong VBAC vì các nguyên nhân sau:

- Trong trường hợp có nút VMC thì sự toàn vẹn bên ngoài vẫn còn, tay ta khó phân biệt được vết nứt vì ta không cảm nhận được độ dày mỏng của vết mổ.
- Tăng nguy cơ nhiễm trùng
- Chính chúng ta có thể làm vỡ TC trong trường hợp khám thô bạo và không có kinh nghiệm

Vậy thì không kiểm tra bằng soát lòng tử cung có thể đánh giá bằng cách nào khác ?

Sau sanh, để đảm bảo sự có hồi tốt TC phải đảm bảo :

- Tử cung trống tức nghĩa là nhau đã được sổ ra hết. Điều này có thể kiểm tra bằng việc quan sát bánh nhau khi nó được sổ ra ngoài.
- TC còn nguyên vẹn: Trong trường hợp có nút VMC thì có thể phát hiện bằng lâm sàng bằng cách đánh giá sinh hiệu ( mạch tăng, HA giảm ), máu vẫn tiếp tục chảy từ TC khi nhau đã ra rồi, nhiều khi phải Siêu âm để kiểm tra có xuất huyết nội hay không

Giang thêm 3: Băng huyết sau sinh

Đờ tử cung có 2 nguyên nhân:

- Nguyên phát: con gò không đủ + toàn vẹn đường sanh → cách điều trị: thuốc co hồi
- Thứ phát: mất máu từ vị trí khác như trên đường sanh, tổn thương tầng sinh môn → giảm tưới máu cho tử cung → TC không gò được → cách điều trị: giải quyết nguyên nhân mất máu.

Lưu ý 2 nguyên nhân trên vì trong trường hợp đờ tử cung do nguyên nhân thứ phát mà sử dụng thuốc co hồi tử cung → tử cung sẽ đờ nhiều hơn → mất máu nhiều hơn.

Khi gặp một trường hợp BHSS:

- Điều cần làm đầu tiên là kiểm tra xem tử cung co hồi tốt không ( Vì đây là nguyên nhân thường gặp nhất ) bằng việc sờ lên thành bụng coi TC co hồi như thế nào.
- Đồng thời xác định có tổn thương đường sinh dục hay không. Lưu ý: tổn thương đường sinh dục bao gồm cả việc kiểm tra vết mổ cũ.

Trường hợp câu này: máu đỏ tươi nên không loại trừ chảy máu từ đường sinh dục → cần đánh giá CLS thêm. Có thể chọn E hoặc F.

BHSS có thể xảy ra trên cả con so không có yếu tố nguy cơ chứ không phải những trường hợp đa nguy cơ cao như đa sản, đa ối mới xảy ra.

2. Thai phụ 30 tuổi, PARA 0000 nhập viện vì thai 39 tuần, CDTT. Trong thai kì không ghi nhận bất thường, hiện TT 146 lần/ phút, 2 cơn gò/ 10 phút. CTC 2 cm, xóa 60%. Ổi còn. Đầu cao. KC bình thường / ls. Con # 3700 gr. Thai phụ được dự định cho làm nghiệm pháp lọt sau đó, nên chỉnh gò với Oxytocin, sau 1 giờ CTG ghi nhận gò 4-5 cơn/ 10 phút, xuất hiện vài nhịp giảm muộn. Thai phụ được xử trí giảm giọt oxytocin, nghiêng (T), sau 15 phút cơn gò 4-5 cơn/10 phút, tim thai được cải thiện. Thai phụ được tiếp tục tăng co với Oxytocin, sau đó ghi nhận 5-6 cơn gò /10 phút, xuất hiện nhịp giảm kéo dài, CTC 4-5 cm, 60 %, siết cứng. ối căng phòng. Châm chậu trái sau, -2.

Bạn hãy chọn 3 lựa chọn sau:

- A. Thai phụ nên được mổ lấy thai
- B. Thai phụ nên được làm nghiệm pháp lọt
- C. Thai phụ đã được theo dõi đúng cách
- D. Thai phụ đã không được theo dõi đúng cách
- E. Tia ối và hồi sức thai
- F. Mổ lấy thai

Giang thêm 1: Nghiệm pháp lọt

Đảm bảo đủ điều kiện :

- CTC đã mở ít nhất 4 cm
- Không có yếu tố cản trở như : gò không đủ ( chỉnh gò),...

Phải có thời gian đánh giá lại sau 2h

- Thành công: CTC có diễn tiến, ngôi lọt thấp
- Thất bại: ngược lại

Chỉ thực hiện khi không có chống chỉ định sanh ngã âm đạo, khi có chỉ định mổ lấy thai không làm nghiệm pháp lọt nữa.

VD: trường hợp con so to 4kg chưa từng có bằng chứng thử thách sanh ngã âm đạo thì có chỉ định mổ lấy thai, không thực hiện nghiệm pháp lọt. Trừ khi sản phụ này từng sanh con với cân nặng tương đương như 3kg9, 3kg8 thì có thể thực hiện nghiệm pháp lọt.

→ Thai phụ trong câu này nên được làm nghiệm pháp lọt vì con # 3700gr, khung chậu bình thường /lâm sàng . Mà con to so với Việt Nam là  $\geq 4$  kg trong khi nước ngoài là 4kg5 nên có thể thực hiện được. Tuy nhiên trong câu app chỉ định thực hiện nghiệm pháp lọt vào thời điểm CTC 2 cm này là chưa hợp lí.

Từ thời điểm : Thai phụ được tiếp tục tăng co với Oxytocin, sau đó ghi nhận 5-6 cơn gò /10 phút, xuất hiện nhịp giảm kéo dài, CTC 4-5 cm, 60 %, siết cứng. ối căng phòng. Châm chậu trái sau, -2.

Cần đánh giá thêm suy cấp vì nguyên nhân gì ( vd : con co cường tính, dọa vỡ trong bất xứng đầu chậu ) để thực hiện tiếp theo → E hoặc F

## Bài 12 RAT Chăm sóc hậu sản và nuôi con bằng sữa mẹ

Câu 1:

Yếu tố nào có thể gây ra hậu quả trực tiếp là viêm nội mạc tử cung trong thời kì hậu sản? Chọn 1 câu đúng.

- A. Không dùng kháng sinh dự phòng
- B. Không chịu vận động sau sanh
- C. Không thường xuyên làm trống bàng quang
- D. Không giữ vệ sinh âm hộ tăng sinh môn

Câu 2:

Yếu tố nào là thành phần của sản dịch bình thường? Chọn 1 câu đúng.

- A. Mảnh vụn màng rụng
- B. Vi khuẩn
- C. Các huyết cầu
- D. Cả 3 yếu tố trên là các thành phần của sản dịch bình thường

Câu 3:

Hãy xác định yếu tố cốt lõi giúp phân biệt vàng da do sữa mẹ (breast milk jaundice) và vàng da do nuôi con bằng sữa mẹ (breast feeding jaundice)? Chọn 1 câu đúng.

- A. Mức độ và tiến triển của vàng da
- B. Quan sát và đánh giá bữa bú
- C. Loại bilirubine tăng là bilirubine nào
- D. Khảo sát đột biến men chuyển hóa G6DP

Câu 4:

Hãy xác định can thiệp quan trọng nhất cho trẻ có vàng da do nuôi con bằng sữa mẹ? Chọn 1 câu đúng.

- A. Cắt hẳn nuôi con bằng sữa mẹ, sữa công thức hoàn toàn
- B. Giảm tần suất bữa bú mẹ, chuyển sang bú hỗn hợp
- C. Tăng cường tần suất bữa bú mẹ, duy trì bú mẹ hoàn toàn
- D. Quang liệu pháp

Câu 5:



Hãy xác định nguyên nhân chính của việc WHO xếp tránh thai bằng thuốc estro-progestogen phối hợp trong thời gian hậu sản ở bà mẹ có cho con bú vào loại 3 và 4? Chọn 1 câu đúng.

- A. Do khả năng gây bất thường phát triển cơ quan sinh dục sơ sinh
- B. Do khả năng ảnh hưởng đến sản xuất sữa mẹ (giảm lượng sữa)
- C. Do khả năng có thể gây biến chứng nguy hiểm cho mẹ
- D. Vì tất cả những lí do kể trên

Câu 6:

Khi so sánh tránh thai bằng cho con bú vô kinh (LAM) và bằng progestogen đơn thuần liều thấp (POP), hãy chọn 1 nhận định đúng?

- A. Hiệu quả của cả POP và LAM lệ thuộc mạnh vào cách thực hiện hay cách dùng(đều đặn..)
- B. POP và LAM cùng có hiệu quả tương đương nhằm trên việc ngăn cản hiện tượng phóng noãn
- C. Việc dùng POP và LAM đều cùng bị giới hạn trong thời gian, tức không kéo dài quá 6 tháng
- D. Tất cả các nhận định trên khi so sánh POP và LAM cùng là các nhận định chính xác

Câu 7:

Hãy xác định động thái quan trọng nhất giúp chẩn đoán được nguyên nhân gây nứt đầu vú ở người cho con bú? Chọn 1 câu đúng.

- A. Phết sang thương núm vú nuôi cấy
- B. Quan sát sang thương trong miệng bé
- C. Quan sát cách bé ngậm bắt núm vú
- D. Hỏi về các triệu chứng khác ở mẹ

Câu 8:

Nguyên nhân chính khiến cho sữa từ ngân hàng sữa mẹ suy giảm khả năng bảo vệ đứa trẻ khỏi các tác nhân gây bệnh so với sữa của mẹ ruột? Chọn 1 câu đúng.

- A. Vì số lượng và hoạt tính của các lactoferrin trong ngân hàng sữa bị suy giảm do quá trình dự trữ
- B. Vì lactoferrin trong sữa ngân hàng không đặc hiệu cho các tác nhân gây bệnh cho trẻ
- C. Vì số lượng và hoạt tính của sIgA trong sữa ngân hàng bị suy giảm do quá trình trữ
- D. Vì sIgA trong sữa ngân hàng không đặc hiệu cho các tác nhân gây bệnh cho trẻ

Câu 9:

Trong điều kiện thỏa AFASS, bà mẹ bị nhiễm HIV nên nuôi con như thế nào trong 6 tháng đầu đời? Chọn 1 câu đúng.

- A. Bú sữa công thức hoàn toàn
- B. Bú mẹ trực tiếp hoàn toàn
- C. Hút sữa và bú sữa mẹ qua bình
- D. Bú mẹ kết hợp sữa công thức

Câu 10:

Trong điều kiện thỏa AFASS, chăm sóc sơ sinh ở bà mẹ bị nhiễm HBV sẽ thay đổi ra sao? Chọn 1 câu đúng.

- A. Việc thực hiện AFASS không làm thay đổi chiến lược tiêm phòng
- B. Không cần phải tiêm immoglobulin ngay
- C. Không cần phải tiêm vaccine ngay
- D. Không cần tiêm ngay cả 2 thuốc trên

Giải thích thêm 1: Nuôi con bằng sữa mẹ

- Bilirubin trong cơ thể được thải ra ngoài qua phân, nước tiểu. Việc bú mẹ sẽ kích thích tạo nước tiểu + phân → tăng thải bilirubin → giảm vàng da. Ngược lại, không cho con bú mẹ → giảm nhu động ruột → bilirubin ứ đọng sẽ được tái hấp thu nhiều hơn thông qua các niêm mạc ruột.
- Vậy, Tại sao bú sữa mẹ lại là yếu tố nguy cơ gây vàng da ?.
- Bú sữa mẹ gia tăng chu trình gan ruột → tăng hấp thu bilirubin nhiều hơn. Điều này cũng giải thích việc bú mẹ gây vàng da nặng và kéo dài hơn bú bình ( sữa công thức). Tuy nhiên, mức độ vàng da này lại không gây nguy hiểm. Nên nhớ rằng, mặc dù vàng da do sữa mẹ gây tăng hấp thu bilirubin nhưng nó chỉ hấp thu 1 phần, không phải tất cả và bilirubin vẫn được bài tiết qua phân + nước tiểu → Đây là vàng da lành tính. Vì vậy, một trẻ vàng da do sữa mẹ vẫn được khuyến khích bú mẹ.
- Mặc dù bú bình ít vàng da hơn nhưng vẫn không cung cấp đầy đủ dinh dưỡng như bú mẹ
- Phân biệt vàng da do sữa mẹ (breast milk jaundice ) và vàng da do nuôi con bằng sữa mẹ (breast feeding jaundice).
- Vàng da do nuôi con bằng sữa mẹ là do bú không đúng cách → con không nhận đủ sữa mẹ → không tạo đủ nước tiểu và phân → vàng da nguy hiểm hơn → Cần chỉnh lại tư thế bú để trẻ nhận sữa nhiều hơn.
- Vàng da do sữa mẹ cơ chế như trên và sẽ hết sau 4-6 tuần.

Giải thích thêm 2: mẹ bị nhiễm HIV + AFASS

- Vì sao mẹ bị nhiễm HIV, không thỏa điều kiện AFASS thì nên bú mẹ hoàn toàn không vắt sữa mẹ hay bú sữa mẹ qua dụng cụ hay kết hợp thêm các thực phẩm khác ?
- Sử dụng thêm các thực phẩm khác khi đó niêm mạc ruột chưa trưởng thành nên dễ tổn thương → tăng nguy cơ nhiễm.
- Việc vắt sữa mẹ → tổn thương núm vú → tăng nguy cơ nhiễm
- Bú sữa mẹ qua dụng cụ → tổn thương niêm mạc miệng, lưỡi,... của bé → tăng nguy cơ nhiễm.
- Nếu nói như trên thì tại sao thỏa điều kiện AFASS lại không cho bú mẹ luôn ???

- Bú mẹ vẫn có một ít nguy cơ lây nhiễm cho con. Và cần biết rằng đối với các nước kém phát triển, đâu có điều kiện mà mua sữa công thức @@. Thay vì để con chết vì đói ta phải cho nó bú mẹ thôi.
- Trường hợp không đủ sữa mẹ thì sao ?
- Hỏi lại cách chăm sóc, cách ngậm, thời gian cho bú, tư thế bú → Hướng dẫn đúng cách (prolactin hiệu quả hơn )
- Vẫn tiếp tục cho trẻ bú , tăng cường dinh dưỡng, uống nhiều nước,...

#### Giang thêm 3: Triệt sản

- Triệt sản là một biện pháp ngừa thai vĩnh viễn bằng cách làm gián đoạn ống dẫn trứng thông qua nhiều phương pháp. Thông thường, mới đẻ xong người ta ó thể rạch một đường ngang trên rốn bộc lộ ống dẫn trứng rồi thắt. Mặc dù có lợi cho phẫu thuật viên nhưng gia tăng nguy cơ chảy máu cho sản phụ. Hoặc vào giai đoạn hậu sản, người ta sẽ cắt một đường ngang trên vệ và làm tương tự.
- Câu 5: Y6 mới học chị nói sơ qua thôi
- Việc dùng thuốc tránh thai estrogen-progesteron phối hợp sẽ gia tăng nguy cơ thuyên tắc mạch. Vì estrogen ở đây thường không phải là estrogen tự nhiên thông qua quá trình chuyển hóa. estradiol dễ gây thuyên tắc ( ai muốn biết tìm hiểu thêm nha). Việc dùng progesteron không làm giảm nguy cơ tắc mạch nhưng nó làm giảm biến chứng ở các cơ quan “ hay sinh chuyện do estrogen “ như vú, buồng trứng,... 1 số progesteron cũng làm tăng nguy cơ tắc mạch.

## Bài 12 APP Chăm sóc hậu sản và nuôi con bằng sữa mẹ

### TÌNH HUỐNG 1: BÉ ỐM

Bà H. sinh thường một bé gái, 2800gr, có tuổi thai là 35 tuần +2 ngày, lúc 23g45 ngày 10 tháng 4 năm 2016. Apgar 1ph=8, 5ph=9.

Trong thời gian đầu sau sinh bé được cho bú mẹ hoàn toàn

Trong thời gian này bé không ốm, thân nhiệt dao động quanh 36.8

Tiêu khoảng 2-3 lần một ngày. Bé tiêu phân su trong ngày đầu. 2 ngày nay bé đi tiêu hoảng 2-3 lần trong ngày, với tính chất phân vàng, hơi sệt

Bé có vàng da từ sáng ngày 12 tháng 3 năm 2016. Tình trạng vàng da bé tăng dần. chiều tối ngày 13 tháng 3 mẹ thấy bé có vẻ trong tình trạng lừ đừ

Lúc 15 giờ ngày 14 tháng 3 năm 2016. Tình trạng vàng da của bé tăng dần. Chiều tối ngày 13 tháng 3 mẹ thấy bé có vẻ trong tình trạng lừ đừ

Lúc 15 giờ này 14 tháng 3 năm 2016. Bé được nhập khoa nhi vì vàng da, với nồng độ bilirubin toàn phần (TSB) khi nhập khoa nhi là 352.1  $\mu\text{mol/L}$

Bé được cho ngưng sữa mẹ, bú sữa công thức với lượng 50ml/ cữ x 8 cữ, đồng thời thực hiện quang trị liệu liên tục

72 giờ sau quang trị liệu, TSB đo lại là 150.6  $\mu\text{mol/L}$  bé được ngưng quang trị liệu và cho về với mẹ, với lời dặn liên tục cho phơi nắng hàng ngày và thực hiện tiếp nuôi con bằng sữa mẹ.

Hãy bình luận về tình trạng của bé con bà H. Chọn duy nhất một câu đúng

- A. Tình trạng của bé là nặng
- B. Tình trạng vàng da là vàng da sinh lý đơn thuần, không có yếu tố thuận lợi thúc đẩy vàng da
- C. Quang trị liệu được bắt đầu đúng thời điểm cần thiết
- D. Theo dõi và điều trị hỗ trợ cho bé trong thời gian quang trị liệu là chính xác
- E. Quang trị liệu được kết thúc đúng thời điểm
- F. Lời dặn trước khi cho bé về là hợp lý

Giải thích

Câu A đúng: có nhiều yếu tố để nhận định tình trạng vàng da của bé là nặng như: bé sinh non (gan chưa đủ khả năng chuyển hóa bilirubin), vàng da xuất hiện sớm (thời gian xuất hiện sớm trước 24-36 giờ), vàng da tăng nhanh, nồng độ bilirubin toàn phần cao (325  $\mu\text{mol/mL}$ ), tri giác bé lừ đừ

Câu B sai: đã nhận định như trên

Câu C sai: bé phải được thực hiện quang trị liệu sớm hơn (nên từ khi xuất hiện vàng da ngày 12/4). Thai phụ đã cho bé nhập viện trễ, có thể do bà mẹ không được hướng dẫn theo dõi các dấu hiệu vàng da sau sinh

Câu D, E sai: Trễ vàng da được chỉ định ngưng chiếu đèn khi nồng độ bilirubin đã dưới ngưỡng chỉ định chiếu 25-50  $\mu\text{mol/L}$  (ở giai đoạn 7 ngày ở trẻ có nguy cơ cao ngưỡng chỉ định chiếu là 257

umol/L). Trong khi trẻ được ngưng chiếu đèn khi TSB=150.6 umol/L → theo dõi sát sao nồng độ bilirubin hơn và kết thúc chiếu đèn sớm hơn.

Câu F sai: ở trẻ có một số yếu tố để có thể giúp nhận định là bé bú không đủ (tiêu, tiểu chỉ 2-3 lần/ngày). Nên không loại trừ được nguyên nhân vàng da ở trẻ là do nuôi con bằng sữa mẹ. Do vậy, ngoài việc dặn bé phơi nắng sáng hàng ngày và tiếp tục thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, bà mẹ cần được đánh giá kiểm tra lại cách cho con bú, đồng thời được hướng dẫn thực hiện cho trẻ bú nếu cho trẻ bú sai cách

## TÌNH HUỐNG 2: SỐT SAU SANH

Bà B. 31 tuổi, sinh lần đầu, hiện tại đang ở ngày hậu sản thứ nhì. Bà B. được mổ sanh chủ động vì hội chứng HELLP. Trong và ngay sau khi mổ sanh, bà được dùng kháng sinh dự phòng. Kháng sinh được ngưng sau liều dự phòng sau mổ. từ chiều hôm qua, bà B. bắt đầu có sốt.

Khám ghi nhận toàn trạng nhưng mệt mỏi, niêm hồng. M84 lần/phút, huyết áp 140/85 mmHg., T= 38 độ C. Không nhức đầu không hoa mắt, không có dấu hiệu màng não, không dấu thần kinh định vị

Hai vú căng cứng, nặn ra chỉ một ít sữa non. Bà ta chưa cho bú vì nghĩ rằng chưa có sữa. mỗi bên nách có một khối cứng chạm rất đau, giới hạn rõ, di động tốt

Bụng mềm, khám vết mổ mềm, không nề, đau nhiều tại , ấn hai hố chậu không đau, tử cung chạm không đau. Tử cung mềm, không đau khi khám, bề cao tử cung 15cm trên vệ

Đặt mổ vết thấy sản dịch lượng rất ít, màu hồng nhạt, nặng mùi

Bạn nghĩ đến khả năng nào ? bạn điều trị ra sao ? chọn tối đa 4 câu đúng

- A. Sốt do nhiễm trùng hậu sản
- B. Sốt do viêm tuyến vú
- C. Hiện tại vẫn chưa có chỉ định dùng kháng sinh
- D. Hiện tại phải chỉ định kháng sinh điều trị
- E. Hiện tại điều trị vẫn là điều trị nội khoa đơn thuần
- F. Cần phối hợp các điều trị khác ngoài điều trị bằng thuốc

Câu A: Không thể loại trừ sốt là do nhiễm trùng hậu sản, nhất là khi bà mẹ có cổ tử cung co hồi chậm + sản dịch bất thường

Câu B: nghĩ nhiều do tình trạng sốt + 2 ngực căng cứng, nặn ra ít sữa + 2 nách có 2 khối cứng, nghĩ nhiều là hạch viêm ( tuy vậy đó có thể là 2 vú phụ)

Câu C: mặc dù nghĩ đến khả năng viêm tuyến vú nhưng chưa xác định đây có phải là viêm tuyến vú nhiễm trùng hay không nhiễm trùng, cần nên có thời gian để theo dõi, thực hiện các CLS để nhận định tình trạng nhiễm trùng trước khi có quyết định dùng kháng sinh để điều trị

Câu F: ngoài điều trị bằng thuốc cần có các biện pháp cải thiện tình trạng lưu thông tuyến vú

## TÌNH HUỐNG 5: TIẾP TỤC CHO CON BÚ HAY TẠM NGỪNG

Bà A. 30 tuổi, PARA 1001, sanh thường cách đây 1 tháng lúc thai được 38 tuần vô kinh, bé cân nặng 3000 gram. Bà A. cho bé bú sữa hoàn toàn. Hiện tại bé cân nặng 4000 gram

Cách nay 2 ngày, bà thấy đau vú phải, nên đi khám ở phòng khám tư và phát hiện một khối ở vú phải. Bà được chẩn đoán viêm vú không nhiễm trùng, được điều trị với Paracetamol và được hướng dẫn là cần tích cực cho bé bú, đồng thời với việc hút sạch sữa sau mỗi cữ bú

Hôm nay, bà A lại đến khám vì khối cứng ở vú phải trở nên rất đau. Bà cho biết là khối này hầu như không thuyên giảm với điều trị.

Hiện bà A. Sốt 38.5 độ C. Vú trái bình thường, mềm. Hõm nách trái bình thường. Vú phải sưng có vùng da lớn đỏ ửng. Khám thấy đó là một mảng cứng, nóng và rất đau, không thuyên giảm với điều trị. Nặng thấy có ít Sữa trắng đục chảy ra. Nách phải có một Vài khối cứng kích thước khoảng 2cm, rất đau khi chạm.

Hãy giải quyết Vấn đề của bà A.

Chọn các câu đúng.

- A. Có chỉ định bắt đầu dùng kháng Sinh từ thời điểm này
- B. Chưa có chỉ định dùng kháng Sinh ở thời điểm này
- C. Nên tạm ngưng hoàn toàn sữa mẹ trong vài ngày, hút hay vắt bỏ Sữa, đồng thời tạm dùng sữa công thức
- D. Tiếp tục cho bé bú, nhưng chỉ cho bú bên vú trái, hút bỏ sữa bên vú phải
- E. Tiếp tục cho bé bú, nhưng chỉ cho bú bên vú trái, hút sữa bên vú phải và tiệt trùng vú phải trước khi cho bé ăn
- F. Tiếp tục cho bé bú, bằng cả hai bên vú

Câu A: mặc dù chưa xác định tình trạng bà B là viêm tuyến vú nhiễm trùng hay không nhiễm trùng. Nhưng có chỉ định điều trị hỗ trợ khi tình trạng không khả quan sau 24h.

Câu F: theo nghiên cứu mới nhất, trừ các trường hợp nhiễm trùng rất nặng như áp xe, viêm loét nặng, thì vẫn cho bé bú được bình thường. Tiếp tục cho bé bú sẽ giúp thoát lưu sữa (hiệu quả hơn việc dùng máy hút)