Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý thai trong nửa đầu thai kỳ: tầm soát thiếu máu và các bệnh nhiễm trùng

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa I

© *Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

1. Cần lưu ý điều gì trong thực hành chích ngừa Rubella cho một người phụ nữ khi họ có kế hoạch mang thai? Chọn một câu đúng.
   a. Phải nói với bà ta rằng cần phải tránh thai hiệu quả trong thời gian ít nhất là 3 tháng
   b. Nếu đã chích ngừa khi đang có thai (mà không biết) thì buộc phải chấm dứt thai kỳ
   c. Khuyến cáo chích ngừa trước mang thai không cần kiểm tra kháng thể Rubella IgG
   d. Cần xét nghiệm lại kháng thể Rubella IgG sau chích ngừa để cho phép bà ta có thai
2. Khi thực hiện chẩn đoán nhiễm Rubella cấp trong 3 tháng đầu thai kỳ, cần lưu ý đến vấn đề thực hành gì? Chọn một câu đúng.
   a. Rubella IgM (-), IgG (-) vẫn không loại trừ được chẩn đoán nếu như lâm sàng có nghi ngờ
   b. Sốt và phát ban là triệu chứng lâm sàng thường gặp, là tiêu chuẩn phải có để xác lập chẩn đoán
   c. Khi xác định đã có nhiễm Rubella, siêu âm sẽ giúp tìm dấu hiệu của nhiễm Rubella bẩm sinh
   d. Trong trường hợp nghi ngờ, cần thử Rubella IgG avidity, độ tăng cao trong trường hợp nhiễm cấp
3. Cần làm gì khi tổng soát thường qui 3 tháng đầu thai kỳ về viêm gan B cho kết quả HBsAg (+), HBeAg (-), men gan bình thường. Chọn một câu đúng.
   a. Theo dõi như một thai kỳ bình thường
   b. Khảo sát HBV DNA ngay lúc phát hiện
   c. Khảo sát HBV DNA khi thai 24-26 tuần
   d. Mổ lấy thai chủ động để giảm lây truyền mẹ con
4. Cần làm gì khi tổng soát thường qui tại thời điểm thai 12 tuần VDRL (+), TPHA (-). Chọn một câu đúng
   a. TPHA (-) cho phép khẳng định thai phụ này không nhiễm giang mai, nên không xử trí gì
   b. Dù TPHA (-) nhưng vẫn có khả năng đã nhiễm giang mai, cần theo dõi bằng VDRL và TPHA
   c. Do VDRL (+) nên có thể xác định đã có nhiễm giang mai, vì thế điều trị ngay với Penicillin G
   d. Khảo sát giang mai ở (các) người phối ngẫu. Nếu kết quả dương tính sẽ điều trị cho thai phụ này
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
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 phù 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
7. Việc quản lý một thai phụ có α-Thalassemia có gì khác biệt so với việc quản lý một thai phụ có β-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 α-Thalassemia, chọc ối nếu là β

c. Nội dung theo dõi thai kỳ khác biệt tùy thuộc vào thể Thalassemia của mẹ là α hay β
d. Khi xác nhận thai nhi có Thalassemia, mức độ thiếu máu bào thai tùy thuộc vào thể loại bệnh

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? Chọn một công cụ thích hợp
   a. Điện di hemoglobin
   b. Tranferin huyết thanh
   c. Ferritin huyết thanh
   d. Tiền sử gia đình

9. Một thai phụ đã từng sanh con bị Thalassemia nặng, hiện có thai với cùng một người chồng. Cần phải làm gì? Chọn một hành động thích hợp
   a. Ferritin huyết thanh
   b. Huyết đồ chồng
   c. Điện di Hemoglobin
   d. Sinh thiết gai nhau hoặc chọc ối

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 qui *T. gondii* trong thai kỳ bằng IgM, IgG mẹ
   b. Điều trị ngay với Spiramycine có thể ngăn ngừa di chứng cho thai 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 (+)

Tại sao ko tầm soát IgM, IgE ở Toxoplasma

① Thalassemia < nhẹ / nặng

Ferritin (+) → làm đồ, đồ bì

thì có làm gen ko?

bây giờ có cần đồ ko nhu nào có ý nghĩa

Nếu chồng → thể bì → ngừng lại!

↳ thể bì → đồ { α: Σ Hb ↓ → ↓ Hb → % bì → gene α thiếu
β → HbA2 ↓ → HbA1 ↑ → gene β thiếu

Thấy hỏi thể bì đồ bì, ferritin bì → có phân gene? / ko làm đồ, phải làm cái ? thấy hỏi

② Rubella! _ Chích ngừa → tránh 1 tháng sau mới được có thai.
- Đã có thai → mà chích có cần bỏ thai ko? WHO tỉ lệ trẻ ở bụng bị bệnh vẫn thấp, cần theo dõi
LS của mẹ, chỉ phải nào mẹ có LS mới bỏ thai, nếu ko thì vẫn giữ!
- ko phải yêu cầu làm RDL IgG sau chích Rubella
- Chích vaccin / đã bị → ko bao giờ đc lại; nếu là pn mang thai, sẽ truyền IgG cho con và con đc bảo vệ 100%

③ Giang mai → có thể gây Giang mai bẩm sinh. Chẩn đoán vẫn là VDRL,
Tầm soát = VDRL / RPR ; nếu (+) → KT TPHA (nếu +, sẽ + suốt đời)
→ KT : xét chậm
↳ phải theo lâu dài
↳ KN (thể có 2 đều là ab, VDRL âm tính → bảo là giả)
KT ngưng ở thấp → giả, TPHA âm
KT đặc hiệu → có ở giai đoạn sớm

(+) giả ← a) VDRL (+), TPHA (−)
Lưu ý ← b) VDRL +, TPHA (+) → xét có GM → điều trị
• 1 KN có sự chuyển đổi huyết thanh / LS → hướng đến NT bào thai
• VDRL là KT, có độ đặc hiệu cao hơn TPHA, (+) ở cần xét
KN có độ đặc hiệu cao hơn → chỉ sự chuyển đổi huyết thanh mà cần xét
đã tiềm tàng ← c) VDRL (−), TPHA (+): đã từng nhiễm, nhiễm nặng ở cũ → đang ở trong ngủ / nhiễm đã điều trị
thể VDRL (+) khi điều trị TPHA
• Chẩn đoán giang mai
So sánh kết quả xét nghiệm giang mai

④ CMV trong xét thử IgM ở thai, ko bảo giờ (−)
IgG trừ cho con ko bảo vệ
con 100% ko Rubella IgG
Primary infection IgM (+) → (+) / IgG x 4 lần trong 4 tuần / nồng độ thấp
Nếu đã có thì cần bảo cho con → đề nghị SA ultrasound học

điều trị: Benzathine Penicillin.

• TPHA và VDRL cùng đều ở T, but trái là đặc hiệu, xh muộn sau 4 tuần, trái là đều KT đặc hiệu (xeogin)
xh sớm và bền vững

Trần Thượng Tường Vân
Y14D-21

Vùng xám là gì?
MRI chỉ định khi nào?
Cắt thận cầu 5!
NIPS, not NIPT.
Chọc ối sau 16 wk.
Quad test. ọ hơn gì triple test
Spec tiền /ọ, tốn tự tốn rồi NIPS.
→ kinh nghiệm đo x cổ thể
NIPS có thể làm thế test thay

Cần thêm gì NIPS. Bộ làm dọ trên sản phụ mang thai phó
FISH
đb chẩn đoán trisomy

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý thai trong nửa đầu thai kỳ: tầm soát lệch bội, tầm soát bất thường thai

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© *Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

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 95th 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? ***Chọn một khảo sát có giá trị thực hành kém nhất***
   a. NIPS
   b. Quadrupt test
   c. Triple test
   d. Double test

   B ?

2. Người ta khuyến cáo thực hiện ***chương trình tầm soát lệch bội*** cho các đối tượng nào? ***Chọn một câu đúng***
   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

   C

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? ***Chọn một giải thích chính yếu***
   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 sẩy thai gây ra do thực hiện test xâm lấn
   d. Mục đích chính là làm loại trừ tối mức cao nhất khả năng bỏ sót tình trạng lệch bội

   B

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)? ***Hãy chọn một khảo sát bổ sung có mức ưu tiên cao nhất***
   a. Siêu âm khảo sát các soft-markers → 1 combine test " ở TCN II : thực vùng xám
   b. Tìm thêm thông tin từ Quadrupt test
   c. Test tiền sản không xâm lấn
   d. Có chỉ định trực tiếp của test xâm lấn

   NIPS
   chọc ối

   A ?

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

   C

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)? ***Chọn một giải pháp hợp lý nhất***
   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

   D

13. đg ?C
18. thai nhỏ, tay co quắp
21. tim, hẹp tá tràng, TDMP, ascites
} ← SA hình thái học (20-24 wk)

Readiness Assurance Test gồm **10** *câu.*

Thời gian làm test **10** *phút*

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? ***Chọn một phương tiện***
   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

A

8. Vì sao không dùng thường quy công hưởng từ cho tầm soát bất thường thai nhi? ***Chọn một câu đúng***
   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 lập đi lập lại nhiều lần để theo dõi diễn biến hình ảnh

C ?

9. Một thai kì 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? ***Chọn một hành động hợp lý***
   a. Có chỉ định chấm dứt thai kì 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

D

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 độ dày khoảng thấu âm sau gáy 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 nhiễm sắc thể 13, 18, 21 và giới tính. Bạn nghĩ gì về khả năng có lệch bội? ***Chọn một khả năng***
   a. Được phép loại trừ hoàn toàn khả năng có 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 bị sót

C

Fish nhanh → đến NST dù đã NST cần biết (13, 18, 21, X)
lại chỗ muốn lại.
lấy tế bào nuôi
Karotype: cực rõ, ≠ sai sót.
lâu

- Array CGH: p2 mới thấy như karotype.
- NST số 22: microdeletion trên NST số 22 → bất thường mũi + tim.
  - 10 nguy cơ ở bn số 10
  - Ở tất cả ở tầm soát: MSAFP, SA, hoặc cả 2, ≠ dùng NIPS vì nó ≠ có tcl ở TH này
  - Chỉ riêng test thì hay SA sgt - maller ≠ thể đưa đến NIPS / CVS mà cả 2 gần biết hiệp với nhau
  - 1 hậu quả NIPS (+) ≠ gần là cần định cắt tim vì ∃ (+) giá khá cao
  - gặp ý NIPS (+) thì, thì cũng gần trải qua test chẩn đoán vì NIPS ≠ p/b lệch bội do chuyển đoạn (sẽ thực ở tầm sau) hay ∂n + 1 thực sự (ngược tầm sau số như 2 B 1')
  - qua test combine (-), thì ≠ nên làm thêm test NIPS vì (+) giá khi làm thấp 1 test ≠ khá cao
  - Làm NIPS ý ≠ nó hạn đc thì nên làm test cũ vì C số cao 2 cc test ≠ trả về, t'lệ lệch bội
  - dù combine test (-) ở đó NIPS (+) cũng nên làm chọc vì NIPS chỉ khảo trên số NST thôi

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý chuyển dạ bình thường và hồi sức sơ sinh tại phòng sanh

(Mã đề: 418)

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

1. Yếu tố nào sau đây giúp dự đoán chính xác nhất một thai phụ đã vào chuyển dạ thực sự? Chọn một câu đúng
   A. Cơn 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

2. Nếu đem đường báo động của sản đồ WHO 2004 chồng lên đường báo động của sản đồ của 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

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. Cơn 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 Theo WHO thì tiềm thời 2, hoạt động 1 là đủ, quan trọng là diễn tiến CTC và ngôi thai
   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 Còn thay đổi trong chuyển dạ do khớp sọ chưa liền
   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 Thay đổi trong chuyển dạ

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

5. Trong chuyển dạ sanh ngôi chỏm, hiện tượng nào xảy ra khi ngôi thai lọt, chọn 1 câu đúng:
   A. Hiện tượng bình chỉnh thành ngôi chỏm xảy ra sau hiện tượng lọt trước lọt
   B. Đường kính lọt của ngôi thai phải đi qua đường kính chéo trái bên nào cũng dc
   C. Ngôi chỏm lọt bất đối xứng, đầu thai lọt khi phần thấp nhất của thai đi ngang mặt phẳng 2 gai hông Phần xương cứng
   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 2 đường này vuông góc

6. Dạng khung chậu nào khiến thai nhi phải lọt và sổ 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

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý chuyển dạ bình thường và hồi sức sơ sinh tại phòng sanh

(Mã đề: 418)

Chương trình Sản Phụ Khoa - Tin chỉ Sản Phụ Khoa 1
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

1. Yếu tố nào sau đây giúp dự đoán chính xác nhất một thai phụ đã vào chuyển dạ thực sự? Chọn một câu đúng
   A. Cơn 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

C

2. Nếu đem đường báo động của sản đồ WHO 2004 chồng lên đường báo động của sản đồ của 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

C

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. Cơn 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 đi 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

C

4. Thai nhi ít bị ác đọa 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

B

5. Trong chuyển dạ sanh ngôi chỏm, hiện tượng nào xảy ra khi ngôi thai lọt, chọn 1 câu đúng:
   A. Hiện tượng bình chỉnh thành ngôi chỏm xảy ra sau hiện tượng lọt
   B. Đường kính lọt của ngôi thai phải đi qua đường kính chéo trái
   C. Ngôi chỏm 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

D

6. Dạng khung chậu nào khiến thai nhi phải lọt và sổ 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 đẹt

A

Bài kiểm tra gồm 10 câu hỏi

Thời gian làm bài 10 phút

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 sổ

A

8. Đâu 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

C

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 ối 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

B

10. Trong quá trình chuyển dạ, nếu ghi nhận nước ối lẫn nhiều phân su, động 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 nhớt bắt đầu từ miệng trẻ → mũi
   + hút nhớt bắt đầu vừa sổ

D

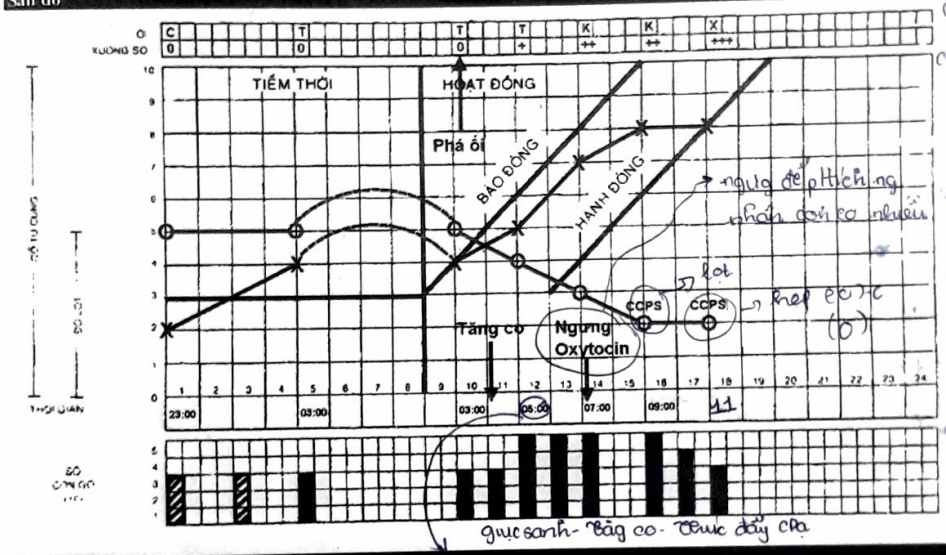
• Thiên lại đường dựa vào đường quang chẩu để xét eo chậu hẹp mà dựa vào khám LS và chụp XQ chậu lồng NC sanh mổ ở vùng chậu giới hạn vẫn thử sanh đẹ

Tóm tắt lâm sàng

Thai phụ 29^{tuổi}, PARA 0000, thai 40^{tuần} vô kinh, tuổi thai chính xác. Nhập viện vì chuyển dạ sanh.
Khám thai đủ. Tăng cân 10^{kg} trong suốt thai kỳ.
Tam cá nguyệt 1st: Định tuổi thai chính xác. Hình thái học ở tuổi thai 13^{tuần} bình thường. Không vấn đề nội khoa.
Tam cá nguyệt 2nd: Tiêm phòng đủ. Nguy cơ lệch bội thấp. Hình thái học ở tuổi thai 22^{tuần} bình thường.
Tam cá nguyệt 3rd: 2 lần khảo sát sinh trắc, lần cuối lúc tuổi thai 39^{tuần}. Các số đo và AFI ở bách phân vị 50th.
Khám tại phòng sanh khi nhập viện:
Cao 145^{cm}, M 88$^{l/ph}$, HA 110/70^{mmHg}, T 37°C. Tổng phân tích nước tiểu không bất thường.
BCTC 33^{cm}. Tim thai 140$^{l/ph}$, ở TT ở ¼ dưới Phải. Khám CTC, ngôi thai, ối *xem sản đồ*. Khám khung chậu không sờ chạm mõm nhô, sờ được < ⅓ gờ vô danh, 2 gai hông nhọn, độ cong xương cùng bình thường, vòm vệ thấp, góc vệ > 90°.

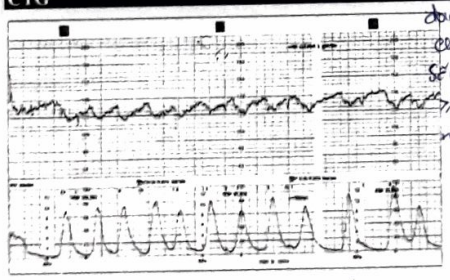
Phải ở hợp lý vì CTC mở 4cm, Con cơ đủ, ngôi thấp còn cao → sai để ngôi thai ở xuống
• Phá ối giúp cơ con co tử cung
• Phá ối giúp tạo prostaglandin → tăng co
• MS phá để xài oxytocin vì dễ kl con co, ra ngoài
• Nhận ALCOL dooxy/phá ối/hạt lần tăng ?) Hay 3h
• Đang xài oxytocin → nên xài EFM liên tục

Sản đồ



→ ngừng để phục hồi, nhưng đến co nhiều
→ lot
→ hẹp eo TC (0)
gục sanh - tăng co - tống đẩy CPA

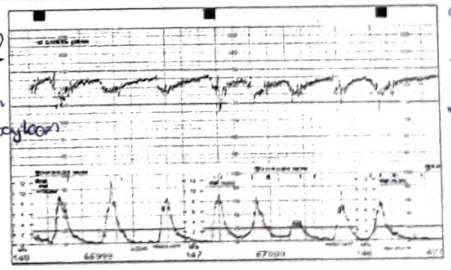
CTG



Băng ghi CTG lúc 07:00

Nhịp ↓ sớm do chèn cp đầu < chậm / co cơ

đang qua chỗ hẹp sẽ co cơ → nên ngừng oxytocin



Băng ghi CTG lúc 10:00 –

Mục tiêu học tập

1. Đọc và phân tích được Sản đồ của một trường hợp thử thách chuyển dạ
2. Phân tích được các yếu tố ảnh hưởng đến kết cục của chuyển dạ
3. Phân tích được giá trị của phá ối và sử dụng oxytocin trong thử thách chuyển dạ
4. Ra được quyết định can thiệp phù hợp với từng giai đoạn cho một chuyển dạ được thử thách

- thử vào phá ối?
- Tăng co thế nào?

© 2011, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Tác giả giữ bản quyền

- Dấu hiệu nào of CPA tắc nghẽn.
- 1 lần em sờ làm gì. đa mổ? Giúp? theo dõi? đa mổ

1) Đối tượng nào cần vẽ sơ đồ ? ngắn chóm + ọ cơ cấp cứu !

Cđa ẹ chạm → con có TC đủ chưa?
(1cm / 2h, bỉ là 1cm / 1h)
con to?
kc hẹp?

Đ-X TC tuyệt đối : 7kg (con) / xoáy ẹ lệch.

tương đối : bé hơi to - xc hơi nhỏ
bé nhỏ - xc cũng nhỏ
} → dựa trên sơ chạm, chồng xương
con gỡ vòng trích (tốc nghẽn)

ngắn mông - chậm suy → ẹ vẽ sơ đồ vì sợ đi mổ

Con so, cđa ngđ, bất đx đc tương đối, khóc dag nam, not do bé (do PCPS).

Chấy gạu nhau nhé → chỉ ngồi ngồi thôi

Thách đạ : ẹ áp dụng đv bé to, vmc
áp dụng đc
Ij đv cân co. ẹ xài oxytocin o thách đạ
Đạ trên thời: thì xài oxytocin trc ji ã vì ổ chưa cũng, bầu dễ NT.

hđộng phá ổ trốt.

ngắn sắp lọt = chỉ trước lọt / ẹ
sanh ngắn đd. co sanh đc ẹ = cả 1 quá trình lọt, xoay, xuống, sổ → bất thg trước chung
cả 4 quá trình

⊗

1) Con co cường tính cổ sanh mổ?

2) EFM II loại ↓ bất định cổ mổ?

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Chuyển dạ bất thường

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

1. Trong các hành động sau, hành động nào gây nguy hiểm cho một sơ sinh đang bị ngạt? ***Chọn một câu đúng***
   a. Kích thích trẻ thở bằng cách xoa cồn lên lưng bé
   b. Dùng $NaHCO_3$ trước khi đạt 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

   D

2. Thông khí áp lực dương được hiểu một cách chính xác ra sao? ***Chọn một câu đúng***
   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 các thành tố bắt buộc của định nghĩa thao tác thông khí áp lực dương

   C

3. Nguyên nhân của tình trạng tachysystole (cơn co cường tính) là gì? ***Chọn một câu đúng***
   a. Rối loạn nút dẫn nhịp cơn co
   b. Hệ quả của các oxytocic ngoại lai
   c. Chuyển dạ tắc nghẽn và vượt trở ngại
   d. Cả ba yếu tố trên đều có thể là nguyên nhân

   TK / CE → cổ thể là do cổ → ↓ gây ra hậu, cổ thể gây co cũng tính ra ? BOXEC

   D

4. Kiểu kết luận nào là thích hợp nhất cho một thai phụ với EFM được xếp loại II theo ACOG 2009? ***Chọn một câu đúng***
   a. Tôi không đủ bằng chứng để nói rằng tình trạng thăng bằng toan-kiềm của thai đang bình thường ở thời điểm này
   b. Tôi không đủ bằng chứng để nói rằng tình trạng thăng 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

   D

5. Lý giải nào là thích hợp nhất cho một thai phụ với EFM được xếp loại III theo ACOG 2009? ***Chọn một câu đúng***
   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. Gián đoạn dòng chảy của máu đến nhau qua dây rốn

   A

6. Trong các dấu hiệu sau, dấu hiệu nào gợi ý mạnh nhất một chuyển dạ đang bị tắc nghẽn? ***Chọn một câu đúng***
   a. Đường biểu diễn mở cổ tử cung chạm đường hành động
   b. Cơn co tử cung tăng về tần số, cường độ và trương lực căn 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 quang kích

   C

7. Điều trị băng huyết sau sanh 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? ***Chọn một câu đúng***
   a. Chảy máu từ diện nhau bám ở thân và đáy tử cung
   b. Chảy máu từ diện nhau bám ở đoạn dưới tử cung
   c. Chảy máu do bất thường của các con đường đông cầm máu
   d. Băng huyết sau sanh đa thai, sanh thai to hay sau chuyển dạ kéo dài

   B

   Do gần chảy máu ở diện nhau bám → Bóc nhau nhân tạo sớm

8. Khi nào bạn xem triệu chứng "vòng Bandl" có ý nghĩa bệnh lý? ***Chọn một câu đúng***
   a. Vòng Bandl là một dấu hiệu sinh lý, hoàn toàn không có ý nghĩa bệnh lý
   b. Chỉ xem vòng Bandl là một biểu hiện bệnh lý khi có kèm theo các dấu hiệu khác
   c. Triệu chứng vòng Bandl là dấu chứng giúp xác định có hội chứng vượt trở ngại
   d. Chỉ trong chuyển dạ trên tử cung có vết mổ sanh cũ, vòng Bandl là biểu hiện bệnh lý

Tử cung bị thắt eo. Ở thế xấu ở đây bị mà B ooo dọa vỡ tử cung
Dọa vỡ TC = combo các TC, not only Bandl (+ co cứng, chống ro, ngoài HT.

9. Trong các tình huống được sanh dụng cụ sau, sơ sinh có nguy cơ cao nhất bị tai biến ở tình huống nào? ***Chọn một câu đúng***
   a. Thủ thuật viên không tôn trọng các điều kiện của sanh dụng cụ
   b. Lựa chọn không thích hợp giữa chọn giác hút hay chọn forceps
   c. Sanh dụng cụ được thực hiện khi chưa thật cần thiết (chỉ định rộng)
   d. Cả ba tình huống trên cùng là các tình huống có nguy cơ rất cao cho sơ sinh

A

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? ***Chọn một câu đúng***
   a. Cho trẻ có điểm số Apgar 1 phút xấu, từ 0 đến 4
   b. Cho trẻ không khoẻ với tình trạng nước ối có phân su
   c. Trước khi thực hiện mọi thông khí áp lực dương
   d. Thường qui, nếu trẻ sơ sinh không khóc ngay

B

vỡ TC do BDX DC
- VMC: im lặng, tăng nhịp VMC.
- ∘VMC: tim thai ↓, co hồi gò cg tuần.

Bandl
- sly: cơ lót ↓
- B lý: ∘lót + dlh + (gò cg tuần...)

BDX DC → HC nhiễm trùng ngoài → CDạ kéo dài
↓
↑ co hồi gò → vỡ TC / suy thai } → cần chẩn đoán, gđ trễ ms can thiệp
gửi ← dùng KS dự phòng
↑ nhiễm
↑ KS trở phổ
dùng corticoid trợ phổi
↑ còn ra { BVS, AFI↓, SK thai ∘ OK
↑ cha ra
{ cha / ngày, SA mỗi 2 ngày

*) Theo dõi = bảng vẽ sinh + SA
*) NT ối: LSF CLS (CRP, BC cao)

1) Cho bú sớm ∘?
2) Sm bé khoẻ ∘?
3) Theo con gửi ở TC đặc /∘?
- tho ối còn chảy ∘?
- Sg ối còn lại ở TC là bao?
- Có nhiễm trùng ối ∘?

4) Sanh thường khó
- CTC ∘TL → kpcdạ,
- CTC TL → ~~kpcdạ~~ chờ dạ tự nhiên

AFI = 1-1∘ kpcd.
∘KP lần 2 do sphụ nhiều mà 1 lần thai sẽ đi mổ
(TDS: KPCDạ = 3 lần → ms mổ)

Bài ứng dụng

Dẫn nhập về Y học sinh sản: Buồng trứng, noãn bào, phôi và thai

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© *Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

TÌNH HUỐNG 1: VÔ KINH NGUYÊN 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. Ít nghĩ bất thường NST
Khám ghi nhận cơ quan sinh dục ngoài nguyên phát là kiểu nữ. Các đặc tính sinh dục nữ thứ phát kém phát triển. Kém E2
Siêu âm cho thấy một tình trạng thiểu sản của tử cung, 2 buồng trứng có kích thước bình thường, với hình ảnh của các nang noãn thứ cấp Buồng trứng kích thước bt, có nang thứ cấp -> Chứng tỏ có chiều mộ noãn nang, có vẻ BT bình thường
MRI sọ não xác nhận rằng 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. AMH bt -> ít nghĩ nguyên nhân BT. LH, FSH rất thấp -> Tuyến yên hoặc hạ đồi
Hãy cho biết khả năng nào là nguyên nhân của vô kinh ở cô A. Chọn **1** câu đúng.

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

Tuyến yên thì sợ là Microadenoma ở hố yên sau -> Nhưng MRI xác nhận k có. Hơn nữa nghề nghiệp vận động viên nên nghĩ đây là vô kinh do suy hạ đồi do vận động ở VĐV

Hãy cho biết liệu pháp dùng nội tiết thích hợp nhất (không kể đến các liệu pháp không dùng nội tiết). Chọn **1** phương án

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

Quan trọng là điều trị căn nguyên của bà này, hiện tại vẫn là VĐV thì dù có điều trị gì cũng là tạm thời -> Điều trị = Steroid sinh dục

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 dầy 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 Graff.
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 để khôi phục lại hoạt động bình thường của buồng trứng ở cô B. không?

- **D.** Có
- **E.** Không

FSH LH bình thường -> Ít nghĩ do hạ đồi và tuyến yên.
Nhìn lại bối cảnh, ngày đầu chu kỳ kinh đã có nang gần trưởng thành, chu kỳ kinh thì ngắn lại, Steroid sinh dục cao ở đầu chu kỳ, AMH rất thấp gợi ý 1 sự suy giảm trữ lượng BT -> Suy giảm trữ lượng BT
-> K có cách nào.

TÌNH HUỐNG 3: HIẾM MUỘN

Bà C. đến khám vì hiếm muộn. Ba năm trước, bà C. có thai dễ dàng và sanh 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 phóng noãn.
Khi xác định đã có đỉnh LH tiền phóng noãn, bà đi siêu âm để thấy nang trứng trưởng thành. Khi biết có nang trứng 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 kiêng 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 sanh con theo ý muốn, nhưng không hiệu quả vì vận dụng phương pháp sai
- **B.** Bà C. thực hiện sanh con theo ý muốn, nhưng bà ta có vấn đề khác gây hiếm muộn
- **C.** Bà C. không có thai bởi vì bà ta 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

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 Graaf. Hãy chỉ ra phương pháp nào có thể dùng để đạt được mục đích này.
Hãy chọn **3** câu đúng.

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

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Dẫn nhập về Y học Sinh sản:
Buồng trứng, noãn bào, phôi và thai

(mã bài: 411)

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© *Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

1. Yếu tố nào là yếu tố chủ yếu dẫn đến sự khác biệt tính trạng ở thế hệ sau? ***Chọn một câu đúng***
   a. Do genotype được qui định bởi cả cha và mẹ
   b. Do thiết lập lại chương trình thượng di truyền
   c. Do đột biến trong vật chất di truyền của hợp tử
   d. Cả ba yếu tố trên có tầm quan trọng như nhau

2. Đột biến trên một nucleotide duy nhất của một gene mã hóa protein có thể gây ra hệ quả nào? ***Chọn một câu đúng***
   a. Thay đổi chức năng của protein đó
   b. Đình chỉ sự tổng hợp loại 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 một câu đúng***
   a. tRNA
   b. Xist
   c. mRNA
   d. miRNA

4. Ở người nữ, sự chiêu mộ noãn nang tại buồng trứng được kích thích bởi yếu tố nào? ***Chọn một câu đúng***
   a. Inhibin B
   b. Anti-Mullerian Hormone
   c. Con đường PTEN/PI3K/Akt
   d. Gonadotropin Releasing Hormone

5. Hiện tượng nội tiết nào trong các hiện tượng sau thể hiện tác dụng paracrine của hormone? ***Chọn một 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 tiết 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 18th sau thụ tinh, thấy chỉ có 1 tiền nhân và 1 cực cầu, vậy đã xảy ra vấn đề gì? ***Hãy chọn khả năng cao nhất***
   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 một câu đúng***
   a. Sinh thiết cực cầu
   b. Sinh thiết phôi bào ngày 3rd
   c. Sinh thiết ngoại bì lá nuôi
   d. Sinh thiết khối inner cell mass

Readiness Assurance Test gồm 10 câu. ***Thời gian làm test 10 phút***

8. Trong thực hành kích thích buồng trứng, có thể dùng hCG ngoại sinh phục vụ cho mục tiêu nào? ***Chọn một câu đúng***

a. Duy trì sự phát triển noãn nang thay cho FSH ở thời điểm gần cuối giai đoạn noãn nang — OK.
b. Kích hoạt sự trưởng thành cuối cùng của noãn bào và gây phóng noãn ở nang *de Graaf*
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

D

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

a. Không có bất cứ can thiệp y học nào giúp có thai trai hay gái theo ý muốn — OK.
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

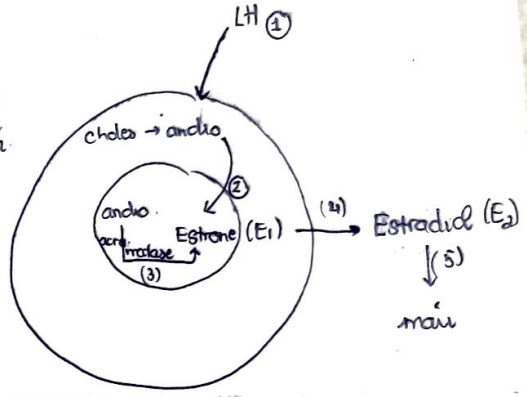
A

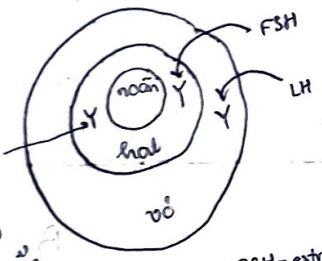
10. Yếu tố nào chịu trách nhiệm chính trong việc để đỉnh LH xảy ra sớm ở phụ nữ tiền mãn kinh? ***Chọn một câu đúng***

a. Bất thường của chế tiết hormone proteine buồng trứng
b. Bất thường của chế tiết hormone steroid buồng trứng (estradiol, estrone)
c. Bất thường của chế tiết hormone autocrine buồng trứng
d. Bất thường của xung Gonadotropin Releasing Hormone

A

AMH từ tb hạt ĐÃ ĐC chiếu mô ở hốc nhỏ và trên hốc
Inhibin B. từ tb hạt — ở hốc nhỏ và hốc lớn





thụ thể ở nang thứ cấp, do AMH chuẩn bị (oxat là do androgen - AMH - FSH - estrogen) (42) ảv gonadotropin (FSH)

4) E_2 đạt ngưỡng + đủ dài
3) tb hạt, vỏ ↑, tăng tiết E_2 ở lò noãn, tiền kỳ ở GP1
1) cvi thể I

ở thủy — lệ thuộc steroid nvi → nhứt cấp — lệ thuộc → cNang DeGraaf → Đám rối noãn bào

1) Hạt → AMH
2) AMH vc chế tcq
3) P3 k'ế ? nang noãn ≠
4) Bạo thụ thể trên tb vỏ (LH) và hạt (FSH)

Gnd
1) Bổ sung thêm thụ thể → nhạy hơn vs Gnd
2) Noãn trục giảm nhỉ
3) Tb tiền hành nguyên nhỉ. ⇒ nang noãn đg ↑, E_2 đg ↑.
4) Methyl hóa cystone ở CpG
5) gắt muối (ức cấp lade) tb hạt
Σ hợp Inhibin B (Hormone protein)

E_2 → ức chế LH → ngừng noãn (H. steroid)

1) Tiền kì GPII

→ FSH ↓ nang ↑ → chọn lọc nang ở giai đoạn cuối

• chiều E_2 ms tác dụng (→ trên hạ đồi, E1 ở cơ
60 day
• lệ thuộc

• ở khiến trên CO điều
28 day

[1] *Không xét đến việc thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm để có được phôi, sau đó thực hiện sinh thiết phôi bào để xác định hiện diện của nhiễm sắc thể Y, rồi chuyển các phôi với giới tính được chọn lọc vào buồng tử cung để mang thai.*

• lệ thuộc
• Biểu hiện sự trưởng thành, nội tiết

⇒ cùng 1 thời điểm, có 3-4 chu kì bắt đầu cùng lúc.

- dựa sang thai: dựa vào sự tăng/ giảm của dựa chắc chắn ≠ nhau vì 2 hành não ≠ nhau, đáp ứng ≠ thể giống nhau được

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Lượng giá sức khỏe thai

(mã bài: **415**)

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© *Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

---

1. Điều kiện để có một Non-stress Test bình thường là gì? ***Chọn một 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 Chuẩn xác hơn là cung phản xạ tự trị, chứa cả hành não trong đó

D

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 đúng***

a. Nhịp tăng (acceleration)
b. Nhịp nhanh (tachycardia)
c. Tăng variability (saltatory)
d. Biến động hình sin

A.

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

a. Có sự suy giảm chức năng trao đổi khí tại hồ máu trong cơn co tử cung chỉ ↓ Po_2 tại hồ máu, chăng trao đổi khí là
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 oxy trong cuộc chuyển dạ
d. Thai nhi hiện đang có một dự trữ kiềm suy giảm ở tại thời điểm khảo sát

B đổ gì 8 nhau 8 đầu, ≠ 8 của đc test tạo ra

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

a. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung
b. Đang có tiền sản giật có dấu hiệu nặng
c. Ba tháng cuối ở thai kỳ nguy cơ thấp
d. Đang được thực hiện corticoide liệu pháp

Đếm cử động thai là sàng lọc

C

5. Bạn phải làm gì tiếp theo sau một Non-stress Test không có nhịp tăng trong thời gian 40 phút thực hiện? ***Chọn một 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 truyền dịch (G 5% hay LR)

B

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

a. AFI
b. SDP
c. AFI hay SDP
d. AFI và SDP

AFI có độ nhạy cao SDP → lấy nhiều hơn!

C

7. Khi nào trên phổ velocimetry Doppler thể hiện một trở kháng thấp bất thường của giường (hệ thống) mạch máu sau vị trí khảo sát? ***Chọn một câu đúng***

a. Hệ thống mạch máu bị thoái hóa
b. Hệ thống mạch máu kém phát triển
c. Xảy ra hiện tượng giãn mạch
d. Xảy ra hiện tượng co mạch

C

8. Hãy cho biết tỉ số giữa RI động mạch rốn/RI động mạch não giữa trong thai kỳ? *Chọn một 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 kỳ, giảm trong nửa sau

A

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 khuyên nên thực hiện? *Chọn một câu đúng*
   a. Mở rộng chỉ định mổ sanh
   b. Thở O_2 khi EFM bất thường
   c. Ghi EFM liên tục
   d. Nghe tim thai ngắt quãng

D

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 một câu đúng*
   a. Vì biến động bị hòa lẫn vào tình trạng bradycardia
   b. Vì hành não đã tổn thương không còn điều phối
   c. Vì tình trạng hypoxia đã trở thành thường trực
   d. Vì tất cả các yếu tố nêu trên

D

- Vào cổ tử cung có thay đổi Cn progesterone bắn est/prostaglandin (quan điểm mới)
- trong thai kì, tỉ gđ estrogen : PR-B ưu thế.

CDa: IL tiết ra nhiều → PRA ưu thế → progesteron không phát huy tác dụng làm mềm TC → vào CDa

Vậy: CDa là sự mất cân bằng PR A và PRB ← cytokine protein là thứ gây chuyển gây ra CDa

- Doppler ĐMTC: - Càng về sau, PRESSURE của ĐM càng ↓, lưu tốc máu càng tăng. Có thể thiết thuận 28, dop bắt còn notch, do sự xâm nhập thành cơ chưa hoàn toàn, là bt. But sau 28wk, Notch là bt
  - Notch 28 ≈ TSG. • ĐMTC thấp I ở 28wk
  - chẩn đoán dopler ĐM TC có ý nghĩa không lớn, dù tbl nói: "ở đối NC cao (có cái không, có TC lớn trong trc là trước bắn mang thai này (TCNI), PT → tiên liệu bệnh THA / IUGR (có lý nói ít có thể chẩn đoán dễ dàng, cần gì ĐMTC), PSI → ↓ có ý nghĩa xa lâm sàng. Ở đối NC thấp có ý nghĩa rõ ràng, dù lưu tăng) → chỉ áp dụng đối ngược cao.
- Dop rốn. Càng về cuối thai kì, lưu lượng nhau càng ↓ do mmau bánh nhau càng ↑ → lưu đm càng giảm (tức là vận tốc tâm trương đm tăng, trong khi V thu ổn định → tỉ lệ V thu/trương ↓ về cuối thai kì)

Like đmTC, thai kì có nguy cơ, nên thoát tăng quy đm

Unlike đmTC, đm đáng để tiên lượng outcome của thai kì, not outcome xa THA / IUGR nhé

đmTC

If bệnh cơ THA / IUGR + đm bt → outcome tốt.

Đm. Tăng áp, không trở >95th, tăng tỉ lệ thu/trương → mất sóng trương → đáo ngược

- Dop não ở C: Bt: cao hơn đm rốn.

Bệnh lý thấp hơn.

Dính tắm thu ĐMNG nhạy vs trong thiếu máu → trong máu do BIG / phù thai có do MD, do dưới thu đánh giá độ nặng của máu để áp truyền máu OTC.

Trung chính
Y14D 21

- Upset mẹ: loại trừ THA, ĐTĐ
cử thai
→ thai chỉ là IUGR đơn thuần

Bài ứng dụng

Lượng giá sức khỏe thai

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TÌNH HUỐNG 1: TRẮC ĐỒ SINH 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 tam cá nguyệt thứ nhất.

Nửa đầu thai kỳ 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, Cytomegalovirus và Toxoplasma. Siêu âm khảo sát các chỉ báo mềm của lệch bội âm tính. Siêu âm hình thái học thực hiện vào cuối tuần lễ vô kinh thứ 22 không ghi nhận bất thường về hình thái học. Test dung nạp 75 gram glucose thực hiện vào tuần thứ 24 cho kết quả âm tính.

Tuy nhiên, trong lần khám thai thực hiện vào thời điểm tuổi 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 đái tháo đường thai kỳ kèm theo IUGR.

Người ta đã không thực hiện các 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. đến 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 3rd, với giảm thể tích ối (AFI= 4). Bạn có thực hiện thêm một Non-stress Test với kết quả bình thường. Khảo sát động học các dòng chảy ghi nhận trở kháng của động mạch rốn, trở kháng của động mạch não giữa và tỉ số não:rốn vẫn nằm trong giới hạn bình thường. AFI = 4 → không cho về nhà, khi sau này có tai biến thì NC mất thêm cơ hội

Hãy đánh giá tình trạng thai và cho biết hướng xử lý. Chọn **2** câu đúng (1 trong **ABC**, và 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 but theo thế giới VN là 2-3 lần/tuần, theo ACOG ← - SA dop mỗi 2 tuần

E→C **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 - 3d sau đó NST, SA doppler
(Hãy cho biết khi nào khám lại, và nội dung của lần khám sau) (LS đo mỗi ngày NST)

E. Cần phải tích cực đánh giá ngay tình trạng thai bằng một khảo sát như Contraction Stress Test : Bởi đánh giá sanh ngã AD ac độ lẻ mà dùng để đoán tình trạng SK thai
(Hãy cho biết tên của test, lý giải lý do bạn chọn test đó, và kết quả dự kiến cũng như hướng đi sau test đó)

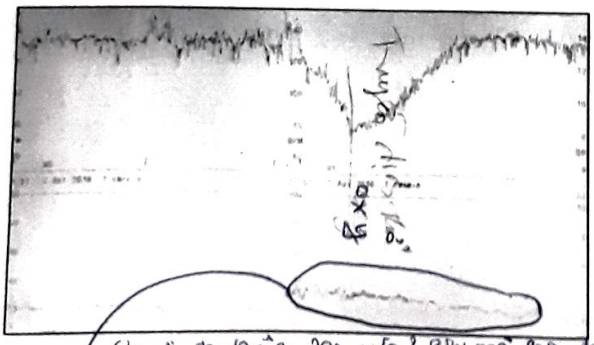
F. Chấm dứt thai kỳ ngay thời điểm hiện tại (phát khởi chuyển dạ hay mổ sanh), không cần thêm test khác
(Hãy giải thích lý do vì sao mà bạn không thể chờ đợi thêm, và vì sao bạn lại chọn mổ sanh hay phát khởi chuyển dạ)

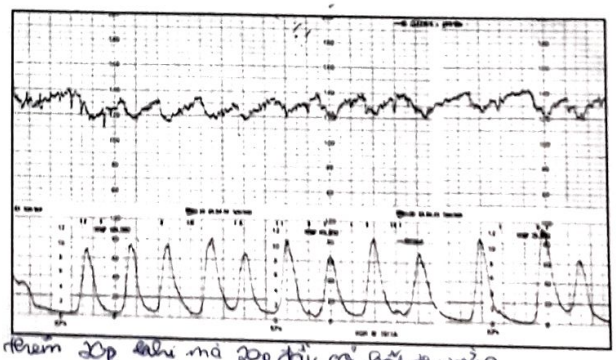
Stress test (-) → cho về vì bạn thai suy rất thấp.

TÌNH HUỐNG 2: TÌNH HUỐNG CONTRACTION STRESS TEST ST (+) → thai suy rất thấp ~ 14% thai, cần theo dõi tăng độ

Thai phụ B. 28 tuổi, có thai lần đầu, đang ở 38 tuần tròn. Thai kỳ nguy cơ thấp. Bà B. đến khám vì thấy chỉ có 4-5 cử động trong 2 giờ khi đếm cử động thai vào đêm qua. Bà được thực hiện tắc đồ sinh vật lý biến đổi ghi nhận AFI = 7cm và được ghi một băng ghi NST (*hình trái*). Người đọc kết quả NST đã chỉ định thực hiện CST cho bà B. (*hình phải*).

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**).





Có cần đo thêm 20p nữa? Nếu mà bình: đo thêm 20p nếu mà 20p đầu có bất thường

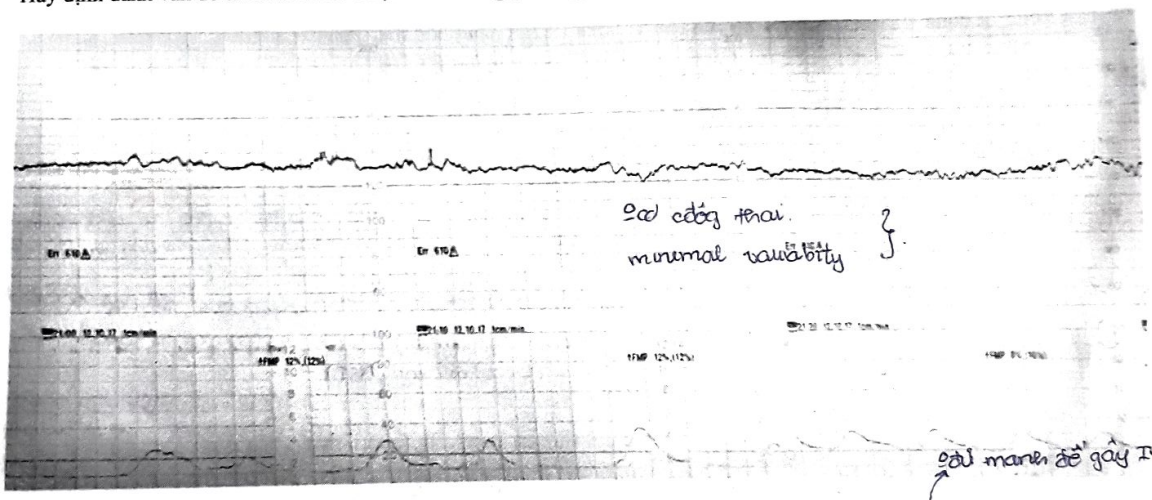
Application gồm **3** *tình huống* *Thời gian dự kiến cho mỗi tình huống* **30** *phút*

1 NST có cơn co tử no longer là NST nữa, mà là CST (+)
Con stress test: dù có cơn co và lần có thể thỏa 3 cơn / 10p as CST thì quy

A. NST bất thường *(hãy giải thích lý do và cho kết luận về vấn đề này)*
B. NST không đủ điều kiện đánh giá *(hãy giải thích lý do, và cho bình luận về vấn đề này)*
C. CST dương tính *(hãy giải thích lý do và cho kết luận về vấn đề này)*
D. CST không đủ điều kiện đánh giá *(hãy giải thích lý do, và cho bình luận về vấn đề này)*
E. Tình trạng đang bị đe dọa *(hãy giải thích lý do 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 lý do, và cho bình luận về vấn đề này)*

TÌNH HUỐNG 3 : THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

Thai phụ C. 38 tuổi, có thai lần thứ nhì, đã sanh 1 lần, con nhỏ 12 tuổi.
Thai kỳ này bà C. khám thai không đều, tại nhiều cơ sở y tế khác nhau và không có một giấy tờ liên quan nào ngoài một siêu âm duy nhất thực hiện tại một phòng khám siêu âm tổng quát, vào nửa đầu thai kỳ, 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 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 đang mang thai ở tuần lễ thứ 36.
Hôm nay bà C. đến khám cấp cứu vì thai không máy từ sáng nay.
Khoảng một tháng trước, bà C. cũng có đi khám một 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, đạm niệu âm tính.
Bà C. được thực hiện một Non-stress Test (*hình dưới*).
Đồng thời, cũng trong buổi sáng nay, bà cũng được thực hiện siêu âm cho kết quả một thai sống trong tử cung, ngôi ngược với tất cả các 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 = 16 cm.
Hãy định danh vấn đề chủ của bà C. Chọn **3** câu đúng (1 trong **AB**, 1 trong **CD**,và 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 kỳ
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 kỳ ngay 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 kỳ

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý thai trong nửa sau thai kỳ: sanh non và thai với tăng trưởng giới hạn trong tử cung

Chương trình Sản Phụ khoa Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

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 một 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
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 một trường hợp mà Doppler là hữu ích nhất***
   a. Thai với tăng trưởng giới hạn trong tử cung có thời điểm khởi đầu sớm
   b. Thai với tăng trưởng giới hạn 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 điều trị với Insulin tiêm hay Metformin uống
3. Bạn sẽ thực hiện can thiệp nào khi chỉ có triệu chứng thiểu ối *hoàn toàn đơn độc* (không kèm theo bất cứ một bất thường nào khác) xuất hiện lúc tuổi thai khoảng 36 tuần. ***Chọn một 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
4. Trong các giả thuyết *đương đại* sau về cơ chế dẫn đến chuyển dạ sanh non, giả thuyết nào nhận được sự ủng hộ rộng rãi nhất *hiện nay*? ***Chọn một 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 → xài indometamine đầu tay (ức chế cox tạo prosta)
   d. Biến động giảm của phóng thích estrogen từ nhau thai
5. Khảo sát chiều dài kênh cổ tử cung (cervical length) (CL) được dùng với mục đích nào? ***Chọn một 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

   A
6. Hãy cho biết về các giá trị dự báo sanh non của fetal Fibronectin (fFN). ***Chọn một câu đúng*** trong dịch âm đạo
   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 ý nghĩa thực hành cao nhờ test này có *các* 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
7. Hãy so sánh ba phương tiện dùng cho dự phòng sanh non là khâu vòng cổ tử cung (cerclage), vòng nâng cổ tử cung (pessary) và progesterone. ***Chọn một câu đúng***
   a. Các phương tiện dự phòng nêu trên là tương đồng, được chọn tùy theo tính có sẵn
   b. Mỗi phương tiện dự phòng nêu trên chỉ thích ứng 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

8. Tất cả các dược chất liệt kê 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 cho điều trị sanh non? ***Chọn một câu đúng***
   a. β-mimetic (đồng vận β-adrenergic)
   b. Calcium Channel Blockers (thuốc chẹn kênh Ca^{++})
   c. Oxytocin receptor antagonist (thuốc đối vận với thụ thể của oxytocin)
   d. Progesterone qua đường âm đạo (micronized progesterone)
9. Cần lưu ý gì khi chỉ định dùng betamethasone ở thai phụ có nguy cơ trực tiếp sanh non? ***Chọn một câu đúng***
   a. Một cách tổng quát, chỉ được phép thực hiện một 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 $MgSO_4$ trong trường hợp thai quá non
   d. Cần phải lưu ý đến tất cả các vấn đề nêu trên khi thực hiện corticoids liệu pháp

   Dphòng sanh non ở GFM
10. Cần lưu ý gì khi bạn quyết định dùng progesterone dự phòng sanh non cho thai phụ? ***Chọn một câu đúng***
   a. Progesterone chỉ có hiệu quả dự phòng với một 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 đến tất cả các vấn đề nêu trên khi thực hiện progesterone dự phòng sanh non

1) Chẩn đoán IUGR: nhẩm, nhẹ mốc là 32 tuần nha (sớm / muộn).

2) IUGR có dự phòng ở SL có TC IUGR không? • IUGR thực là sớm lần này mang thai phải ưu di truyền mẹ, cha, ngoài TORCH (PGS - PVD) có đoán triển làm tổ
• muộn: aspirin - gquyết chỉ phần lớn thôi!
vitrên non khâu > pro ... con co, ngắn là hở eo ở cổ con co ... 10 → khâu là tốt ... I do ... eo

ở dphòng khi ở có TC đã có IUGR rồi

Sớm: 32wk

3) Qua chọn p² dự phòng nào? Cerclage (khâu) CTC ngắn hở TC sanh non, ở đc rất cho song thai vì PNC ...
Pessary <32 wk? chỉ tăng thời gian khởi chuyển + tăng dịch tiết ảo ... nguo
Prog / Âđạo <34wk? NC mới HQ nhất, có đơn đơn và song thai
TC sanh non ngắn. TC sanh non CTC ngắn. hoặc (tu dữ)
và khi kết hợp cùng không ≠ biết sao vì dùng riêng lẻ.

4) Chỉ định corticoid bắp? Corticoid ko gây rối loạn nhẹ lên não → ở quá 10 lần
Ig ngăn cuộc đẻ ở vòng 12h tới nên rất

- ở có xử đến, bụng CTC gần 2cm, con co 2 lớp thì có dùng giảm go ở TV thai 24-34wk?
- Tại sao 34-35wk là cần nhắc ↓ go do thai đa, dtd, ngôi mông dù ở có chỉ định bất thành phần?
- Sp ở có TC sanh non, khi vào viện vì đe dọa sanh non, sau xuất cần dùng progesteron ở?
- Đe dọa sanh non, dùng gì để ↓ go? (progesteron chậm sai - nước ↓ go)

vì NC cho thấy dùng đơn SP có CTC ngắn bụng không có TC sanh non thì ở có hiệu quả

- IUGR có tăng tốc ... thì khi nào cần thai ... = phòng = chất gì? phòng ... đến đầu? khi nào mổ? theo dõi doppler ... hay lần 1wk
- ACOG 2wk doppler 1 lần, còn khi 28/4wk

Readiness Assurance Test gồm **10** *câu.* *Thời gian làm test* **10** *phút*

- hở eo là khâu hay hở eo + TC sanh non mới khâu ✓
(vì hở eo TC đoạn gần ở TC thuần TC sanh non → chỉ hở eo TC là đủ!)

Quản thuyên Bùng cổ

corticoid 2g + 15kg 75%

đến 36 w kể cả vẫn là sanh non

Bài ứng dụng

Quản lý thai trong nửa sau thai kỳ: sanh non và thai với tăng trưởng giới hạn trong tử cung

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

• suyễn thai bất tăng TC đối với 1 ha TC đơn tử cá

CTC - âm đạo suôn

TÌNH HUỐNG 1: THAI KỲ TRÊN TỬ CUNG ĐÔI

Bà H. 30 tuổi, PARA 0101, đến khám thai định kỳ.

Hiện tại bà H. đang có thai, với tuổi thai hiện tại 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 corticoid liệu pháp. Trọng lượng em bé lúc sanh là 2000^{g}. Lần đó, bà mang thai bằng tử cung bên phải.

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

Khám lâm sàng hôm nay: bề cao tử cung 26^{cm}, tử cung lệch hẳn sang trái, không có cơn co, tim thai 152$^{l/ph}$ đều, cổ tử cung đóng kín.

Siêu âm hôm nay: Đơn thai sống trong tử cung, sinh trắc tương ứng với 25th percentile của tuổi thai 28 tuần. Chiều dài kênh cổ tử cung = 35^{mm}. C CĐ corticoid: dùng Pao, dùng XHTH, dùng NT suyễn, / mẹ

fFN âm tính. (-) sanh non 0 vòng 7 ngày sắp tới

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

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

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

A. Nguy cơ sanh non ở lần mang thai này sẽ thấp hơn *(lý giải vì sao)* (=) cùng 1 bên TC bưa vì TC cũ đã dc tập

B. Nguy cơ sanh non ở lần mang thai này vẫn giữ nguyên *(lý giải vì sao)*

C. Nguy cơ sanh non ở lần mang thai này sẽ cao hơn *(lý giải vì sao)*

D. Đã có chỉ định dùng progesterone dự phòng sanh non *(lý giải vì sao)* chưa phù hợp tỉ tuổi thai ở ngày TC sanh non

← **E.** Đã có chỉ định đặt pessary dự phòng sanh non *(lý giải vì sao)* hiệu quả hơn hiệu quả + ít xài

vòng sắt đặt

F. Đã có chỉ định corticoid liệu pháp dự phòng RDS *(lý giải vì sao)* (=) có NC sanh non. TH vòng ♀ có sanh non

ACOG 2017: corticoid vẫn có thể sử dụng liều 2 vì NC view là ♀ nguy hại

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 1.51^{cm}. nặng 54^{kg}. Bề cao tử cung 27^{cm}. Tử cung không có cơn co. Cổ tử cung đóng kín.

Non-stress test thấy tử cung không có cơn co. Thai có 3 cử động trong thời gian 20 phút. Baseline = 148 $^{nh/ph}$. Dao động nội tại 10 $^{nh/ph}$. Hiện diện nhịp tăng với biên độ 5-10 $^{nh/ph}$. Không có nhịp giảm.

Siêu âm ghi nhận đơn thai trong tử cung, với các số liệu sinh trắc lần lượt là BPD = 70 ^{mm}; FL = 55 ^{mm}; Chu vi vòng bụng = 190 ^{mm}. Khảo sát AFI = 5 ^{cm}; SDP = 19 ^{mm}. có thiểu ối ≈ 28 wk 5d

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, động mạch não giữa.

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

Chọn một nhận định (1 trong **ABC**) ***và một kế hoạch theo dõi thích hợp*** (1 trong **DEF**)

Trì ren III, ♀ tuổi thai

A. Có tương đối đủ bằng chứng ủng hộ khả năng là tăng trưởng bào thai đang bình thường *(lý giải vì sao)*
B. Có các bằng chứng gợi ý rằng tăng trưởng bào thai đang theo chiều hướng bất thường *(lý giải vì sao)* C + E
C. Hiện tại hầu như không có chứng cứ cho phép kết luận tình trạng tăng trưởng bào thai *(lý giải vì sao)*
D. Ngoại trú và theo dõi thường quy như thai kỳ nguy cơ thấp *(lý giải vì sao)*
E. Ngoại trú, theo dõi bằng sinh trắc, modified BPP với nhịp độ tăng cường *(lý giải và kế hoạch cụ thể)*
F. Nhập viện, thực hiện ngay corticosteroid liệu pháp, thực hiện Contraction Stress Test *(lý giải vì sao)*

1 lần / tuần, SA Doppler

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 vấn đề gì bất thường.

Khám lúc nhập viện xác nhận một thai kỳ 33 tuần với cơn co tử cung đều đặn và cổ tử cung đã mở 1 ^{cm}, xóa 30%, đầu ối đã lập.

Không tìm thấy nguyên nhân của chuyển dạ sanh non.

Do có chiều dài kênh cổ tử cung là 15 ^{mm} và có dạng hình " U ", đồng thời khảo sát fFN dương tính nên bà A. được chỉ định thực hiện bắt đầu một 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 = 90 $^{l/ph}$, huyết áp 120/80 ^{mmHg}.

Trên EFM còn thấy vài cơn co tử cung cường độ 20-40 ^{mmHg}.

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

Siêu âm đường âm đạo ghi nhận chiều dài kênh cổ tử cung là 20 ^{mm} và có dạng hình chữ " I ".

Hôm nay, bạn sẽ làm gì cho bà A.?

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

A. Kéo dài điều trị bằng oxytocin receptor antagonist cho đến khi khống 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 siêu âm 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

ngược oxytocin đối hơn

Hết cơn gò → về

oxytocin r ưu chỉ xài 0 48h.

Thai > 34wk, việc ↓ gò là ở cần, vì ở cần xài corticord => cho sanh tự nhiên

Sau xuất viện, nên xài progesteron dự phòng

CDạ sanh non ở cần theo dõi NST, sinh trắc đó VL. vì CDSN ở làm tăng Nguy suy thai

Dọa sanh non → { ↓ co / chích ngừa (ở cần) } → sau 48h → { tiến triển → cho sanh / OK → giữ lại đến hết cơn co → cho về + dự phòng progesteron }

CDạ sanh non → { ↓ co / chích ngừa } → sau 48h → cho sanh.

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Xuất huyết 3 tháng đầu thai kỳ

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

1. Khi theo dõi sau sảy thai, khảo sát nào ít được dùng do hiếm khi nó cung cấp thông tin hữu ích? ***Chọn một câu đúng***
   a. Diễn biến ra huyết âm đạo sau qua những lần khám
   b. Kết quả mô bệnh học của sản phẩm tống xuất
   c. Diễn biến của hình ảnh siêu âm qua những lần khám
   d. Diễn biến của sự giảm β-hCG qua những lần khám

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 diên tiến động học bhCG

3. Trong các yếu tố nguy cơ sau của thai ngoài tử cung, yếu tố nào có mối liên quan kém nhất nhất với khả năng 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*

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 β-hCG dưới ngưỡng phân định giúp ta không quá lo sợ về khả năng TNTC
   b. Khi β-hCG trên ngưỡng phân định mà siêu âm không thấy thai trong TC giúp ta xác lập chẩn đoán TNTC
   c. Khi ta nâng giá trị cut off của ngưỡng phân định lên, sẽ giúp nghi ngờ nhiều trường hợp TNTC hơn là thực sự
   d. Khi ta giảm giá trị cut off của ngưỡng phân định xuống, sẽ giúp giảm chẩn đoán quá tay các trường hợp không cần thiết

5. Tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết 3 tháng đầu thai kỳ, động học β-hCG có giá trị ra sao? ***Chọn một câu đúng***
   a. Diễn biến động học β-hCG là yếu tố quan trọng nhất trong chẩn đoán thai ngoài tử cung
   b. Trong thai ngoài tử cung, diễn biến động học của β-hCG không thể có nồng độ tăng gấp đôi sau 48 giờ
   c. Động học β-hCG chỉ giúp phản ánh hoạt năng của tế bào nuôi, không giúp chẩn đoán vị trí làm tổ của thai
   d. Trong thai trong tử cung, động học của β-hCG không thể có dạng bình nguyên hoặc dạng giảm dần

6. Phẫu thuật là thích hợp nhất cho trường hợp thai ngoài tử cung 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, và có tiền căn thai ngoài tử cung cùng bên
   c. Thai ngoài tử cung phát hiện trễ, có nồng độ β-hCG rất cao: từ 5000 – 10000UI/mL
   d. BN có kích thước khối thai > 3.5 cm

7. Điều trị nội 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 nhì 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 tiểm muộn do vòi Fallope nhưng được phát hiện sớm β-hCG <5000 mUI/ml
   d. Thai ngoài tử cung phát hiện trễ, β-hCG = 7000 UI/ml và bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật vùng chậu nhiều lần

Thai lưu: cùng cơ dạng tổ ong, bão tuyết ≠ thai trứng

Chỉ sau GPB mới cho KQ xác thai trứng, not SA. , Thai nghén thoái hóa rồi, GPB cũng cần thiết.

8. Điều nào sau đây đặc trưng cho thai trứng. ***Chọn một đặc trưng*** B
   a. Hình ảnh siêu âm rất đặc trưng buồng tử cung có cấu trúc dạng tổ ong, bão tuyết
   b. Giải phẫu bệnh: vi thể có gai nhau thoái hoá nước, tăng sinh nguyên bào nuôi
   c. Nồng độ huyết tương của β-hCG đạt mức rất cao, trên 100.000 UI/mL
   d. Tất cả các đặc điểm trên cùng là các đặc trưng điển hình của thai trứng

   chỉ biết NGN vô mạch >< song thai
9. Lý do chính yếu nào khiến việc điều trị hoá dự phòng trong thai trứng nguy cơ cao, ngày càng ít có vai trò? D
   a. Sự hiểu biết và hợp tác của BN giúp cho việc theo dõi hậu thai trứng chặt chẽ
   b. Tỉ lệ thai trứng diễn tiến thành ung thư nguyên bào nuôi thấp
   c. Hoá 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 sảy thai sớm, nguyên nhân nào thường gặp nhất? ***Chọn một câu đúng*** B.
   a. Bất thương 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

β < 1500 → ↓ ngưỡng → ↓ nghi ngờ TNTC
↑ nghi ngờ TGTC gây sót, but fải tìm coi ytố ủng hộ cho việc tăng nghi ngờ của mình, vd: NMTC dày (18mm), ♀ thấy echo hở cạnh BT, ε dịch cùng đó)

β = 1000 → cho về

β = 10000 → ↑ nghi ngờ TNTC → tìm ytố ủng hộ TNTC: NMTC mỏng, SA thấy cạnh BT, dịch cùng echo hở
+ LS đn đau bụng, ra huyết → nhập viện vì cđxđ TNTC

1) TC vàng: ♀ còn βhCG, SA cạnh BT fải thấy túi thai vs yolk-sac + fôi thai

2) β > 1500, để cđxđ TNTC fải có đủ 4 ytố cùng lúc vì giả sử NMTC dày thì coi chừng 1 thai ngoài + 1 thai trong cơ nhỏ G chưa thấy

3) β < 1500 → ♀ đc cđxđ TNTC. Phải làm βhCG 48h sau và < 58,3%.

vd, β = 1000, NMTC tầm 4-12 (khoảng).(), SA echo hở (♀ chắc, chỉ thấy có fôi / yolk sac ms chắc), dịch cùng để có thể dịch sinh lý.

— Đtrị —

cần ♀ đtrị ♀?; có cần ♀ đtrị ♀? ♀ thì có cần nói ♀? cần

ở đầu tiên: vì tiên: 1) βhCG < 5000. (đa fần trị có thể ~~But TC phẫu thuật vài lần~~ áp dụng vs β > 5000)

2) Hđộng stable

3) Thai < 3,5cm + ♀ có tim thai. (but if thai > 3,5 mà β < 5000 vẫn có thể MTX vì fải CĐ tương đối. Bm thai thì!)

4) ♀ Tài đc MTX: suy gan, thận, LDD, xơ phổi, SinMD, BC < 3000, TC < 100000, dạng cho con bú, vào ở vào ngoài, TNTC về.

ngoài: 1) Hiếm muộn (vì tg là do damage vòi, sẹo mổ vết sửa chữa luôn, MTX có lần sau cũng bị lại à, vì ♀ gg cần nguyên)

2) TNTC cùng lên.

♀ đtrị: βhCG < 1000

Bài ứng dụng

Xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

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 tử cung cho bà ta. 14 ngày sau khi lấy noãn, tức 9 ngày sau chuyển phôi, bà ta được thử β-hCG định lượng, với kết quả β-hCG = 140 $^{mIU/mL}$. 2 ngày sau đó, bà A. còn được thực hiện định lượng β-hCG định lượng lần thứ nhì, với kết quả β-hCG = 200 $^{mIU/mL}$. Hôm nay, bà A. đến khám và được siêu âm lần đầu tiên.
Khám mỏ vịt thấy cổ tử cung hồng láng, không ra máu bất thường từ 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 hình ảnh một túi thai, với MSD = 25^{mm}, bên trong có yolk-sac d = 7^{mm}, không quan sát thấy hồi âm thai. Không thấy hình ảnh của tụ máu trong 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 đã ngưng phát triển trong tử cung
- **D.** Hẹn khám thai định kỳ theo lịch cho thai kỳ bình thường, tức khoảng 2 đến 4 tuần nữa
- **E.** Thực hiện thêm một loạt định lượng β-hCG, để xem diễn biến của β-hCG
- **F.** Thực hiện thêm một loạt siêu âm qua đường âm đạo, để xem diễn biến của dấu hiệu hình ảnh

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

Bà B. 35 tuổi, có thai lần đầu đến khám thai. Chu kỳ kinh của bà B. trước nay rất đều, 28 ngày một lần, mỗi lần kéo dài 3 ngày. Bà B. nhớ chính xác ngày bắt đầu có kinh lần cuối cùng là cách hôm nay tròn 12 tuần. Lần hành kinh này có tất cả các đặc tính của một lần hành kinh bình thường. Bà B. cũng nhớ chính xác ngày có kinh lần trước đó, ở thời điểm đúng 4 tuần trước lần hành kinh cuối cùng.
Đúng 8 tuần trước, vì nghi có thai, bà B. có thực hiện test định lượng hCG với kết quả = 100 $^{mIU/mL}$.
Sau khi biết cỏ 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 hình ảnh một túi thai, với MSD = 6^{mm}, bên trong có yolk-sac d = 2.5^{mm}, và phôi thai CRL = 2^{mm}, chưa quan sát thấy hoạt động tim thai. Không thấy hình ảnh của tụ máu trong màng đệm.
Cách nay 4 tuần, bà đi khám theo hẹn. Bà không còn 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 = 13^{mm}, bên trong có yolk-sac d = 5^{mm}, và phôi thai CRL = 9^{mm}, có hoạt động tim thai. Không thấy hình ảnh của 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 = 40^{mm}, BPD = 15^{mm}, có hoạt động tim thai. Chưa đủ điều kiện để khảo sát NT do CRL chưa đạt tiêu chuẩn 45^{mm}.
Bạn kết luận ra sao về tình trạng thai của bà B. và kế hoạch can thiệp. Hãy chọn **2** câu đúng.

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

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 ra từ vài ngày nay, nhưng cô không nói rõ được tính chất.

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

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

Hiện tại, sinh hiệu ổn. Khám bụng mềm, không đau. Khám mỏ vịt thấy có huyết sậm đen từ lỗ cổ tử cung. Khám âm đạo thấy cạnh trái tử cung nề, khó chịu khi chạm.

Kết quả β-hCG định lượng : của 2 ngày trước = 800 $^{mIU/mL}$, của ngày hôm nay = 750 $^{mIU/mL}$. 640 giảm < 20% → TNTC

Siêu âm thấy có một khối phản âm hỗn hợp nằm cạnh trái tử cung, khó phân biệt được 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. Hãy chọn **2** câu đúng

100 → giảm nhiều → nghĩ sẩy thai OTC

- **A.** Thai đã sẩy hoàn toàn hoặc 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

C + D β < 1000 → tự thoái triển

TÌNH HUỐNG 4: TRÁNH THAI HẬU THAI TRỨNG

Cô D. 19 tuổi, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường sau 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 thoái hóa nước với hình ảnh tăng sinh của tế bào nuôi. β-hCG ở thời điểm ngay sau hút nạo là 10^5 $^{mIU/mL}$. 8 tuần sau hút nạo, thử lại β-hCG < 0.1 $^{mIU/mL}$. Cô ta có kinh lại sau khi hCG về âm tính. 3 lần định lượng β-hCG cuối cùng, lần cuối cách nay 1 tháng, cùng 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 20 $^{\mu g}$ EE và 75$^{\mu g}$ Desogestrel (Mercilon ®). Cô ta đã uống thuốc được hơn 2 tuần, theo đúng như hướng dẫn. Cô D. cảm thấy bắt đầu bị chảy máu âm đạo từ vài hôm nay, với lượng rất ít nhưng đủ làm cho cô thấy lo lắng.

Hãy giải thích nguyên nhân chảy máu và hướng xử lý 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 có nhiều khả năng là do có thai lại
- **D.** Khảo sát quan trọng nhất phải làm ngay là định lượng β-hCG toàn phần.
- **E.** Khảo sát quan trọng nhất phải làm ngay là định lượng β-hCG tự do
- **F.** Khảo sát quan trọng nhất phải làm ngay là định lượng cả hai loại β-hCG tự do và β-hCG toàn phần

~~10^5~~

~~8 0.1 tuần~~

do uống theo hướng dẫn

estrogen thấp → NM tử cung mỏng → đều xuất sậm, ít → hút ở loại trừ GTN

GTN: cả 2 đều tăng, hút nên tiền dùng β tự do vì GTN tăng β tự do vs độ nhạy và độ chuyên biệt

$\boxed{\text{Theo dõi } \beta\text{ HCG ntn?}}$

Sẩy thai khó tránh: CTC mở + thai còn trong TC

Sẩy thai ở hoàn: CTC mở + echo hở ở lòng TC

Sẩy thai hoàn: CTC đóng + TSU lấy ra 1 khối mô + lòng TC trống

Sau hút nạo thai trứng, do βHCG 1 lần / tuần cho đến khi (-) rồi theo dõi 3 lần sau đó.

? Bệnh nguyên bào nuôi ∃ ở GTO và βHCG ở tăng cao + trong huyết

PSTT là dạng of NB nuôi ∃, ∃ sau thai lưu / thai trứng / thai sanh thường

PSTT có thể lành hoặc ác chuyển ác dạng ung nguyên bào nuôi

PSTT: ung nguyên bào nuôi tại vị trí nhau bám.

① Châu phm < 39 wk, insulin, ... làm gì?

Trần Huỳnh Trung Chánh

Y14D-21

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý thai ở nửa sau thai kỳ: Đái tháo đường thai kỳ, tăng huyết áp trong thai kỳ

(mã bài: **417**)

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© *Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

---

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

B

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

A

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 (FGR)
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

C

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

A

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 đạt mục tiêu, k phải bình thường hóa
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

B

6. Hãy xác định thời điểm phải chấm dứt thai kỳ khi có tiền sản giật có dấu hiệu nặng, và tuổi thai > 34 tuần. ***Chọn một thời điểm chấm dứt thai kỳ thích hợp***

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

D

7. Chẩn đoán tiền sản giật được xác lập trong trường hợp nào? ***Chọn một câu đúng***

a. Tăng huyết áp kèm đạm niệu xuất hiện trong thai kỳ
b. Tăng huyết áp kèm đạm niệu sau tuần lễ thứ 20 thai kỳ
c. Tăng huyết áp kèm thai chậm tăng trưởng trong tử cung
d. Huyết áp > 160/110 mmHg mà không cần tiêu chuẩn đạm niệu

B

8. Vì sao buộc phải cân nhắc kỹ lưỡng khi chỉ định thuốc lợi tiểu trong tiền sản giật? ***Chọn một câu đúng***
   a. Thuốc lợi tiểu làm giảm thể tích tuần hoàn
   b. Thuốc lợi tiểu gây tụt huyết áp khó kiểm soát
   c. Thuốc lợi tiểu làm mất cân bằng điện giải
   d. Thuốc lợi tiểu có khả năng gây dị tật thai

A

9. Hãy giải thích cơ chế gây tiểu đạm trong trong tiền sản giật. ***Chọn một câu đúng***
   a. Tăng áp lực thủy tĩnh nội mạch cầu thận
   b. Tăng huyết áp gây suy thận sau thận
   c. Giảm diện tích lọc và độ lọc cầu thận
   d. Giảm áp lực keo nội mạch cầu thận

C

10. Trong các biểu hiện lâm sàng sau, biểu hiện nào *không* phải là triệu chứng của tình trạng ngộ độc Magnesium sulfate (khi dùng $MgSO_4$ điều trị tiền sản giật). ***Chọn một biểu hiện 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

D

① DTĐ:
- HbA1 không đúng as 1 test chuyên biệt để cđoán vì nó gần ainh 3 tháng trước.
- gđoạn đầu: ↑ tiết tiểu đảo tụy - tb β tăng sản - insulin ↑ → ↓ đg
  gđ sau: HCL tăng tủ bành nhau → ↑ tiết glucagon → ↑ đg huyết.
- Đtri NNNT: là đtri tiết chế ở nhà.
  Cuối thai hết luôn đtri NNNT tất bại, gải bởi bữ cơ tuần tuần là 1st question, trc bhu xài insulin.
- OGTT là tầi 24-28 wk.
- Sau 30 wk, ♀ xài OGTT, mà xài đói và 2h.

② Nhau bong non: mất mất cg con → Suy tuần thai
  tiền đạo: mẹ → ♀ suy tuần thai

Dự fong TSG: cacum ở dân số cơ nc tiêu Caucy, lúc gđ ngbào mới xâm nhập.

Trần thuỳ nhiên Trung chính

Y140-21

Bài ứng dụng

Rối loạn chuyển hóa carbohydrate trong thai kỳ

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© *Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

TÌNH HUỐNG 1: NGOẠI TRÚ HAY NỘI TRÚ

Bà A. 30 tuổi, PARA 0000, tuổi thai ngày hôm nay là 37 tuần 0/7. Hôm nay, bà đi khám thai định kỳ. Tại phòng khám thai, người ta đo huyết áp cho bà A., ghi nhận huyết áp 150/95 mmHg. Ngoài ra bà A. không có bất cứ triệu chứng cơ năng nào khác. Do có tăng huyết áp, người ta đã cho bà A. uống 250 mg alpha methyldopa, rồi cho bà A. lưu tại cấp cứu.

Khám tại trại sản bệnh ghi nhận M = 80 lần/phút, huyết áp 145/90 mmHg, thở 16 lần/phút, nhiệt độ 37°C, phù nhẹ chi dưới. Bụng mềm, BCTC 36 cm, không có cơn co tử cung, ngôi đầu cao, TT 140 lần/phút. CTC đóng, các màng ối chưa vỡ.

Xét nghiệm chức năng gan thận đều bình thường. Huyết đồ đếm tiểu cầu = 130000 / µL. Đạm niệu = 0.5 g/L Siêu âm ghi nhận sinh trắc thai ở 50th percentile, AFI = 8. Non-stress Test bình thường. Bạn sẽ làm gì cho bà A. hôm nay? Chọn 3 hành động thích hợp

→ đạm niệu bất thường (nơi 24h)

Bưu thoát giữ tức thời!

CĐoán: THA thai kì (150/95).

0,5g/L → theo dõi TSG chưa có DH nặng → làm lại đạm 24h

A. Cho xuất viện, hẹn tái khám ngoại trú

B. Cho nhập viện và tiến hành điều trị để chứ thai kì.

C. Duy trì hoặc đổi loại thuốc chống tăng huyết áp

D. Bắt đầu dùng magnesium sulfate — CCchỉ: vì ngăn ngừa HA quá thấp.

E. Lên kế hoạch chấm dứt thai kỳ sớm

F. Tư vấn về tình trạng bệnh lý

BEF

Bm bé non tháng, tuổi thai sẽ cao hơn → 100 ellpha thấp quá rồi

TÌNH HUỐNG 2: HÔN MÊ

Bà X. (?) tuổi (?), được người đi đường đưa đến bệnh viện sản bằng xe taxi, trong tình trạng hôn mê.

Tại phòng cấp cứu, bạn ghi nhận bà ta đang có thai, bề cao tử cung 28 cm, không có cơn co tử cung. Tim thai nghe bằng Doppler 100 lần/phút. Cổ tử cung đóng.

→ tuổi thai ≈ 30 tuần, ĩ CDTK thai, bé có thể sống đc

Mạch 100 lần/phút, huyết áp 150/100 mmHg, phù chân, tay và mặt. Thông tiểu thấy có 100 mL nước tiểu màu nâu sậm. Bạn phải làm gì ngay lúc này? Chọn 2 can thiệp hay hành động có độ ưu tiên và bắt buộc cao nhất

tuổi thai thấp hơn. ∅ thể nuôi con sống được → ổn định mẹ + kapeda, dù mẹ bị HELLP / sản giật

A. Thuốc chống ta□ng huyết áp

B. Magnesium sulfate

C. Corticosteroid liệ□u pháp

D. Thực hiệ□n EFM

E. Tìm nguyên nhân của hôn mê

F. Chấm dứt thai kỳ

Hãy xác định nọ□i dung của can thiệ□p thứ ba, sau can thiệ□p hay hành đọ□ng mà bạn đã chọn

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 cho bình thường.

Mặc nhiên công nhận người buồng trứng đa nang có OGTT > 75 là ĐTĐ type 2 và đk bằng metformin -> ko cần chẩn đoán lại

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

Không cần OGTT để theo dõi điều trị ĐTĐ

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

Nếu BN từng ĐTĐ thai kì, sau sinh hết ĐTĐ trong lần mang thai thứ 2 cần làm OGTT là bắt buộc

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

TÌNH HUỐNG 4: MEDICAL NUTRITION THERAPY

Bà D. 28 tuổi, cao 1.5m. ñang 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 75gram dương tính. Bà đang thực hiện MNT theo yêu cầu của bạn. Trước mang thai bà D. cân nặng 47 kg.

Tuổi thai	Loại test glycemia	Đói	1 giờ	2 giờ	Cân nặng	Sinh trắc thai
(Tuần)			(mg/dL)		kg	(percentile)
24	OGTT	90	185	155	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 — đh đói đủ rồi, 102

B. Kết quả các test đường là bất thường — đh đói quá thấp, có sự chênh lệch ở các thời điểm

C. MNT có hiệu quả

D. MNT không hiệu quả — đh cân nặng + sinh trắc thai (gia tăng rất nhanh)
↳ 3kg/1tháng

E. Không có chỉ định dùng insulin

F. Đã có chỉ định dùng insulin

B + D + E (gái hỏi lại chế độ ăn để coi MNT ở hquả do ở thói quen hay do hquả mà ở đường)

Bài ứng dụng

Chuyển dạ với vấn đề bất thường

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa I

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TÌNH HUỐNG 1: NƯỚC ỐI LẪN PHÂN SU

Bà A. 31 tuổi, PARA 1001, được phát khởi chuyển dạ vì thiểu 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 răng cưa của tình trạng chèn ép rốn thoáng 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 3000 gram, 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 lần/phút, không đều. → Apgar = 1: rất xấu → gọi HSCC tiếp cấp

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

hút ống → có thở chưa? (30s)
tim?
t/lực cơ?

- **A.** Lau khô vì lau khô sẽ mất thời gian
- **B.** Sưởi ấm + hút phân su = nội khí quản.
- **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

→ tự thở ổn → cannula
→ ngưng thở NKQ
→ ≤ áp lực (+)
NKQ.

TÌNH HUỐNG 2: BẤT THƯỜNG TRÊN BĂNG GHI ELECTRONIC FETAL MONITORING

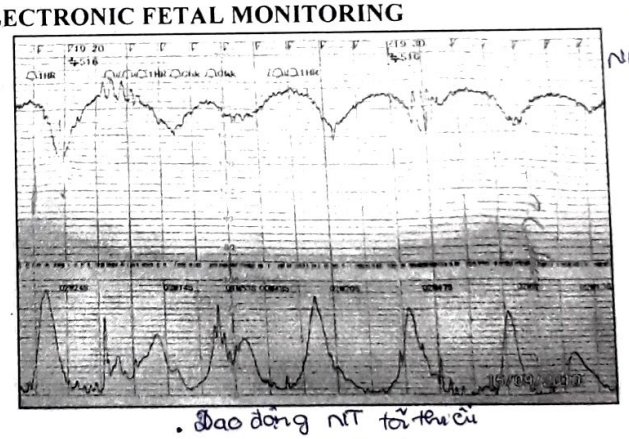
Bà L. 32 tuổi, PARA 1001, tiền căn sanh thường con 3500 gram, nhập viện vì chuyển dạ sanh, thai 41 tuần vô kinh. 2 giờ trước, do cơn co không hiệu quả, làm sản đồ chuyển phải, nên người ta đã thực hiện phá ối, và bắt đầu tăng co cách nay 90 phút.

lúc này đã 4cm.

Không có bất thường xảy ra trong giờ đầu dùng oxytocin.

Đột nhiên, Nữ hộ sinh của bạn báo bạn rằng có bất thường vừa xuất hiện trên băng ghi EFM (xem hình bên).

Khám lại ghi nhận cổ tử cung mở 4 cm, xóa 70%, ngôi chỏm, kiểu thế Chẩm Chậu Trái trước, chưa lọt. Ối vỡ, không rõ màu nước ối.



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

- Dao động NT tới thu cũ
- Tim thai 180 lp

- **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 gò và thở oxy qua mask
- **F.** Ngưng oxytocin, giảm gò và thở oxy qua mask trong khi chờ đợi mổ sanh

- ↓ muộn và bất định.

4cm → chỉ xét lâu if muốn giúp sanh. (vd 8,9 cm thì có thể chọn F)

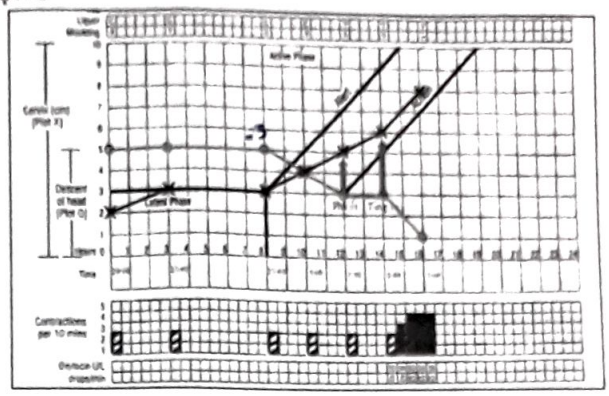
TÌNH HUỐNG 3: SẢN ĐỒ BÊN PHẢI ĐƯỜNG BÁO ĐỘNG

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 một chuyển dạ nguy cơ thấp. Khám thấy ngôi chỏm, lưng trái. Băng ghi EFM được xếp loại I theo ACOG 2009. Ước lượng trọng lượng thai khoảng 3000 gram. Kiểu thế của ngôi khi lọt là Chẩm chậu trái trước. Khung chậu bình thường trên lâm sàng.

Lúc 3:00 bà M. được phá ối.

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

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



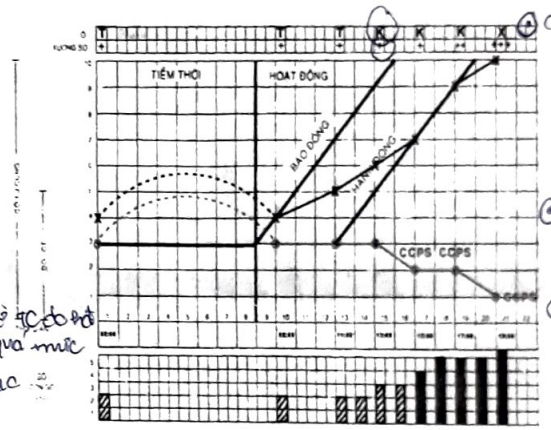
A. Thời điểm và quyết định phá ối lúc 3:00 là hợp lý
B. Thời điểm hay quyết định phá ối lúc 3:00 là không hợp lý
C. Thời điểm và quyết định tăng co lúc 5:00 là hợp lý
D. Thời điểm hay quyết định tăng co lúc 5:00 là không hợp lý
E. Các can thiệp đã làm là có hiệu quả
F. Các can thiệp đã làm không mang lại hiệu quả mong muốn

TÌNH HUỐNG 4: BÊN PHẢI ĐƯỜNG HÀNH ĐỘNG

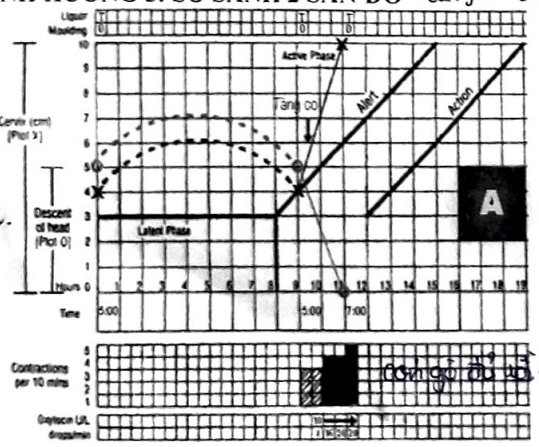
Thai phụ D. 29 tuổi, PARA 0000, thai 39 tuần vô kinh, chuyển dạ sanh. Thai kỳ bình thường. Cao 150cm, BCTC 32cm, ngôi chỏm, ước lượng trọng lượng thai khoảng 3kg. Phá ối được thực hiện lúc 8:00, ngay khi vào phòng sanh. Không dùng oxytocin. Chuyển dạ được ghi trên sản đồ.

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***

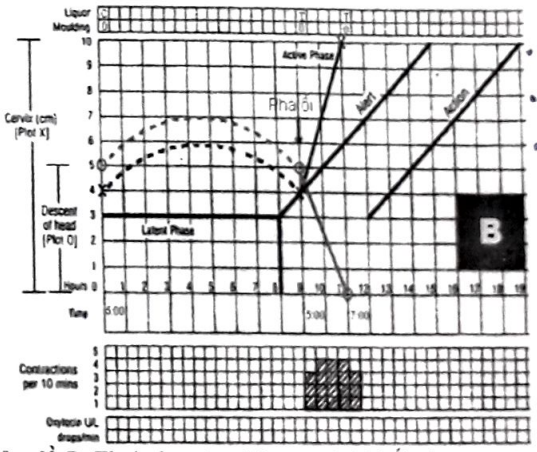
A. Chuyển dạ kéo dài
B. Bất xứng đầu chậu
C. Hội chứng vượt trở ngại
D. Chờ sanh tự nhiên
E. Giúp sanh bằng dụng cụ
F. Mổ sanh không trì hoãn



TÌNH HUỐNG 5: SO SÁNH 2 SẢN ĐỒ



Sản đồ A: Thai phụ vào phòng sanh khi ối 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***)

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

Bài ứng dụng

Quản lý thai nửa đầu thai kỳ: thiếu máu và nhiễm trùng

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TÌNH HUỐNG 1: NHIỄM GIANG MAI TRONG THAI KỲ

Cô AM, 26 tuổi, PARA 0000. Hiện cô A 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 02 hành động phù hợp nhất, giải thích vì sao bạn chọn:

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 Benzathine Penicilline G

D. TPHA dương tính. Theo dõi thai kỳ bình thường

E. TPHA dương tính. Chấm dứt thai kỳ

TÌNH HUỐNG 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 cô có triệu chứng giống cúm, sốt nhẹ, không phát ban, không nổi hạch. Cô A 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 advidity, nếu tăng cao sẽ chấm dứt thai kỳ

B. Thực hiện CMV IgG advidity, 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

TÌNH HUỐNG 3: THIẾU MÁU DI TRUYỀN THALASSEMIA

Cô D., 27 tuổi bị β-Thalassemia phải truyền máu thải 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:

A. Huyết đồ chồng

B. Điện di Hemoglobin chồng

C. Xét nghiệm sinh học phân tử tìm đột biến gen cho chồng Cô D

D. Sinh thiết gai nhau hoặc chọc ối tìm đột biến gen β Thalassemia cho thai

E. Chấm dứt thai kỳ ngay

cũ gặt: cấp

Thứ gặt [tái nhiễm / tái hoạt]

1) Tầm soát rubella chọc ối mà GM ẹ chọc ối hết cực mức trên of bởi ở 2 bệnh khác nhau If rubella mẹ bị, con có thể bị lẹ, nhưng nếu con bị, sẽ gặp chẩn đoán thai vì ẹ có thuốc điều trị → trước khi CDM gặp rõ ràng là con đã bị hay chưa mà hủy thai. Còn GM ẹ chọc vì dù con có bị nhỉ hay ẹ thì vẫn chỉ cần điều trị mẹ là con cũng được điều trị dưng có bị hay bệnh → ẹ cần chọc

Xét ng. IgG avidity ở UN ẹ có.

Sẹ đến vì sốt phát ban → { IgG, IgM } rubella

1) IgM + → cđxđ, IgG có thể (-) / (+). → xử trí.
→ (+) giả trong bệnh khác. If IgG (-) có thể làm lại sau 2wk để xđ giả / thật (thật tăng 4 lần sau 2 tuần)

2) IgM (-) → (-) giả vì có thể (-) trong vòng vài ngày đầu phát ban → làm lại sau 1wk: chuyển thành (+).
muốn nhanh: lấy dịch hầu họng làm RT PCR
→ (-) thật, ẹ bị

(học sơ đồ trong sách)

- CMV: 1 kết quả IgG(+), IgM(-) không loại trừ hoàng ẹ bị CMV trong kì vì có thể virus tái nhiễm (vs chủng ≠) hoặc tái hoạt mà ẹ có TC (≈ 2%)
  - Càng về cuối chu kì, hoàng truyền virus từ mẹ (if có) sang con càng cao >< rubella (sau 20wk dường như ẹ có cơ hội gây NT bẩm sinh) và ≈ VGVB
  - Có IgG trẻ đó bảo vệ cho con khỏi bị NTBTHau hơn sự nhanh ngoặt, tuy nhiên 1 khi đã có virus trong con, dị tật về sau là giống nhau
  - Chọc dò dịch ối sau 21wk dù nhưng là p² hữu hiệu bên cạnh chuyển đổi sthanh và IgG avidity thấp trong cđ CMV pregnancy. Tiếp LS lớn đến vì tc trên Siêu âm thấy dị tật / tầm soát vì đó tương có 1 đưa bị CMV. Vì kq lưỡng giá sthanh có hạn chế (thế chỉ xài đo ẹ 2TH trên) nên chọc dò dịch ối lấy p² hữu hiệu
  - Sau khi xđ exact con bị nhiễm CMV, công việc là dự đoán hoàng con bị dị tật sau này (sơn / muộn, nhiều / ít cơ quan, nhẹ / nặng). Điều SA bình thường dù hầu tốt, hơn bị dị tật lúc sinh thấp, vài hoàng bị dị tật sau này cũng thấp → giúp bs nhi lường trước công việc của họ
  - If mẹ chắc chắn bị, câu hỏi là khi nào con bị. Answer: chọc dò ối sau 21wk VÀ sau 6wk bị nhiễm. SA bao gồm gồm là "e đoán con bị truyền bị mẹ chưa, dù ngay cả SA có dị tật, vẫn chưa chắc dị tật là do chỉ tăng có cao ← con CMV. SA bình thường ẹ loại trừ 100% con ẹ bị dị tật sau này

gmai: có thể điều trị → phòng sẽ điều trị, con sinh ra ẹ bị GM bẩm sinh

VDRL tsoát trong lần đầu đến khám

- VDRL (-) → ngưng + tìm bệnh ≠ làm VRDU (+); thử lại vào III
  - (-) → if ≈ sp này → làm nghề bây lạ / khi có TC
  - (+) → TPHA
    - (-) → ngưng + tìm bệnh ≠ làm VRDU (+); thử lại vào III
    - (+) → điều trị
      - benzathine penicillin (TB)
        - muộn (III, tổn ẩn muộn): 1 wk 1 lần x 3 wk
        - sớm (I, II, tiềm ẩn sớm): 2,4 tr / 1 lần
      - erythromycin

- nhau bong non: ta ở để sanh AD Kay ↓ tục [illegible]

- xh nhịp giảm kéo dài: xh trên 2phút, sau đó trở về → các chấn baseline cũ / ổ ↑ / tăng chấn

> 10p → nhịp mới.

- cũng nhau: ↓ oxy máu of thai nhi

sa dây rốn (do ↑ tớ lahag dm rốn → ↓ nhịp tim)

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Cấp cứu sản khoa

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© *Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

1. Có thể xảy ra kẹt vai trong trường hợp nào? Chọn một câu đúng
   a. Khung chậu hẹp ở eo giữa hoặc eo dưới
   b. Khung chậu hẹp hay giới hạn ở eo trên
   c. Giúp sanh khi ngôi chỏm ở vị trí +1 hay +2
   d. Thai to không do đái tháo đường thai kỳ

   C

2. 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 cổ tử cung, cơn co, độ lọt)
   d. Loại ngôi thai có chèn ép không (ngôi chỏm hay ngược)

   A

3. Hãy xác định mục đích ưu tiên của hồi sức tuần hoàn trong băng huyết sau sanh? 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

   C

4. 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 cuống rốn
   b. Là hậu quả của tình trạng thoái hoá cấu trúc của các gai nhau → acidosis từ ti → bradycardia → ↓ kéo dài (cơn co mạnh)
   c. Là hậu quả của rối loạn cơn 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

   D

5. 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

   B

6. 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 tử 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 ở cả 3 bệnh cảnh trên

   máu ở đồng đỏ bám gõ nhiều để bám vs dọa sanh non. nhau bong non ở độ cao ↓ co.

   D

7. Vì sao chỉ được phép xác định có nhau tiền đạo kể từ sau tuần 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

   B

8. Khi có một 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

   C

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

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

10. 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 sanh được ngả 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

- vmc mới sẽ đau, cũ đau chỉ xảy sau sẹo
- Đau ở cổ sẽ làm dễ đi mổ vá lý
  ↓
- ↓ đau sẽ giúp ít giảm đi mổ vá lý.
- Xạo mổ cũ → do sẹo → dễ bể / ở cổ tử cung
- Đau ở vmc do thuốc / máu → ảnh hưởng pm → đau
- vmc đã nứt → tc ngừng đẩy → ở cổ cổ tử cung.
- vmc nứt tới nhiều trở đẩy

ổn tc ở vị (sẹo tốt)
Đầu cuối ở tốt → bình thường → có thể làm VBAC
con to
suy tim

Trần Huỳnh Tùng Như
Y140-21

<3,0	3.0 → 3,5	>3,5
1-2%	6,6%	13% bất thường cấu trúc cơ bản bên ngoài

① NT > 3,5 → Invasive test vì chọc chốn Σ xotic xét rung quang 1 TSG mà ≠ cần y tế

- NT > 3,5, cần chuyển môn ở NST ≠ NST 21
- NIPT phân 13, 18, 21 ở
- E+D ≠ cần vì NIPT đã loại bỏ
- NIPS 1 có thể 1 dương giả but NIPS dấu thu 100% ≠ ko trisomy

Bài ứng dụng

Nửa đầu thai kỳ: tầm soát lệch bội và bất thường thai

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

NC nền tảng: PRCA mẹ (q mẹ) + sero-marker (double test) + sero-marker (NT) = combined test trong quý I

TÌNH HUỐNG 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 = 19^{mm}, CRL = 50^{mm}, NT = 4.5^{mm}. Double-test thực hiện cùng ngày cho kết quả nguy cơ với T_{18} là 1 :10000, và với T_{21} 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 T_{21} và T_{18} là thấp hơn 1:10000.

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.

- **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 2nd

free βHCG, PAPPA } đi thẳng tới ST luôn

sero-marker

> 3,5 → nguy cơ xét cao

TÌNH HUỐNG 2: SERO-MARKERS VÀ SOFT-MARKERS

IVF có cần tầm soát lệch bội trên làm tổ bằng vì không ổn định giá

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 = 19^{mm}, CRL = 50^{mm}, NT = 1.1^{mm}. Không có bất thường về hình thái học. Double-test thực hiện cùng ngày cho kết quả nguy cơ cao với T_{21}. 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.

- **A.** Từ các dữ kiện đã có, có thể kết luận nguy cơ thật sự của lệch bội ở bà E. là cao
- **B.** Từ các dữ kiện đã có, có thể kết luận nguy cơ thật sự của lệch bội ở bà E. là thấp
- **C.** 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.
- **D.** Hôm nay, cần phải thực hiện NIPT cho bà E. mẹ béo phì → tổng cell-free DNA → làm giả kết quả CIPS. But
- **E.** Hôm nay, cần phải thực hiện chọc dò ối cho bà E. CFD = (bố + mẹ + dì) → ≠ biết đc ai as CFD - (mẹ + bố)
- **F.** Cần phải xem lại và điều chỉnh sai sót của quá trình tính toán nguy cơ lệch bội trước khi có quyết định

Hãy dùng tất cả các dữ kiện đã có để thử giải thích toàn bộ những gì đã xảy ra trong trường hợp của bà E.

NIPS không làm đc 2 mang thai đôi / song trùng. Tăng là CD trên làm tổ thiết như cấy ghép, rối loạn tăng quy

TÌNH HUỐNG 3: NIPT, FISH VÀ NHIỄM SẮC THỂ ĐỒ

(*Non Invasive Prenatal Testing, Fluorescence In Situ Hybridization and Karyotype*)

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 = 19^{mm}, CRL = 50^{mm}, NT = 2.3^{mm}. Do kết quả này, bà G. được đề nghị thực hiện NIPT. NIPT cho kết quả nguy cơ có trisomy 21 là 99:100. Người ta đã quyết định thực hiện CVS để xác định chẩn đoán bằng FISH và nhiễm sắc thể đồ. 48 giờ sau, kết quả FISH test cho thấy là không thấy bất thường về số lượng tín hiệu của nhiễm sắc thể 21. 1 tháng sau, kết quả karyotype của sinh thiết gai nhau cho kết quả *46,XY,der(21,21)(q10,q10),+21* (Hình).

Hãy chọn **3** câu đúng.

- **A.** Thai của bà G. bị trisomy 21
- **B.** Thai của bà G. không bị trisomy 21

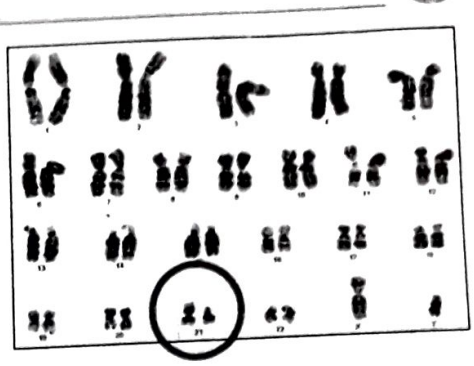
FISH centromere tâm đồng of 1 đoạn Robertson nằm bà 2 → sai sót → (−)

NIPT fat thiên ra được $\left(\frac{99}{100}\right)$ 21

Trisomy nd 3 NST riêng lẻ, có thể 2 trong cùng 1 vùng 3 đoạn of NST ấy

C. 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
D. 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

Hãy dùng tất cả các dữ kiện đã có để thử giải thích toàn bộ những gì đã xảy ra trong trường hợp của bà G.



FTS (combined test) → câu 6 đề RAT

rất rất cao

$\frac{1}{50} \sim \frac{1}{10}$

[NT > 3,5] → invasive

vũng xám → (NIPS) (thế: invasive luôn) → adjust FTS x NIPS.

$\frac{1}{2500}$ → bé sót Tri rất thấp → tầm soát II.

NC thấp → tầm soát II

NC cao → invasive.

T_{21}, T_{18}, T_{13}, X

not all NST

muốn all NST + invasive

Suy suyển bánh nhau: NT bì + double test cao : bình thường.

- Bam cá I tsoát lệch bội = combined test ra (-) , taca II SA thấy nang đt mmac / nối sdgớ tim thì e tsoát gì thêm
- If TCN (I) e làm combined, TCN (II) có (X) thì phải làm thêm Tripple test để đ/giá.

• Có thể do tan huyết
• Sữa : ăn trực tiếp / vắt ra bình / hút mẹ + sữa hộp
→
• Có loại trừ VD ↓ do SM? → ↓, vì trẻ 2-3 l/d
→ có thể do ăn SM
→ sau ccv: gái ăn bốn lần cách cho con bú.

Bài ứng dụng

Chăm sóc hậu sản và thực hành nuôi con bằng sữa mẹ

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TÌNH HUỐNG 1: BÉ ÓM

Bà H. sanh thường một bé gái, 2800 ^{gram}, có tuổi thai là 35 $^{tuần + 2 ngày}$, lúc 23^{45} ngày 10 tháng 4 năm 2016. Apgar 1' = 8, 5' = 9. Ghi nhận có phá ối lúc 23^{15} ngày 10 tháng 4 năm 2016.

Trong các ngày đầu sau sanh, bé được mẹ cho bú mẹ hoàn toàn.

Trong thời gian này, bé không sốt, với thân nhiệt dao động quanh 36.8° C.

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

Bé có vàng da từ sáng ngày 12 tháng 4 năm 2016. Tình trạng vàng da của bé tăng dần. Chiều tối ngày 13 tháng 4, mẹ thấy bé có vẻ ở trong tình trạng lừ đừ.

Lúc 15 giờ ngày 14 tháng 4 năm 2016, bé được nhập khoa nhi vì vàng da, với nồng độ bilirubin toàn phần (TSB) khi nhập khoa nhi là 352.1 $^{\mu mol/L}$. > 340 µmol/L → có cần thay máu ↓?

Bé được cho ngưng sữa mẹ, bú sữa công thức với lượng 50 $^{mL/cữ}$ x 8 cữ, đồng thời thực hiện quang trị liệu liên tục.

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

theo dõi
Bg cuyển

• chỉ số KT TSB của bé.

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 với mẹ là hợp lý

• Biểu ngưng ở ngày thứ 7 là 150 µmol/l
• ↓ độ ngưng đột ngột
• cần bắt đầu GTL trở lại, đóng lại XN TSB vào 12/4 à.
vàng da phơi nắng là sai.

TÌNH HUỐNG 2: SỐT SAU SANH

Bà B. 31 ^{tuổi}, sanh lần đầu, hiện 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 đã được ngưng sau liều dự phòng sau mổ. Từ chiều hôm qua, bà B. bắt đầu có sốt.

Khám ghi nhận toàn trạng tỉnh nhưng mệt mỏi, niêm hồng, M 84 $^{lần/phút}$, huyết áp 140/85 ^{mmHg}, T° = 38°C. Không nhức đầu, không hoa mắt, không có dấu hiệu màng não, không dấu thần kinh định vị.

Hai vú căng cứng, nặn chỉ ra một ít sữa non. Bà ta chưa cho bú vì nghĩ rằng chưa có sữa. Mỗi bên nách có 1 khối cứng, chạm rất đau, giới hạn rõ, di động tốt. → ca chùm vú phụ căng tạo sữa

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

Đặt mỏ vịt thấy sản dịch lượng rất ít, màu hồng nhạt, nặng mùi.

Bạn nghĩ đến khả năng nào? Và bạn sẽ điều trị ra sao? Chọn ***tối đa bốn*** câu đúng.

• Bít tử cung có ↓ vk trong trú.
→ Bít sản dịch có vấn đề
Vậy ở gái lúc nào sản dịch cũng là NT mà là do tắc nghẽn.

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

Làm thêm XN cấy nhi trùng

TÌNH HUỐNG 3: BÍ TIỂU SAU SANH

Bà C. sanh lần thứ nhất, hiện tại ở giờ thứ 20 hậu sản. Cuộc sanh được thực hiện với forceps Kjelland vì ngôi chỏm ngưng xoay ở kiểu thế chẩm chậu phải ngang, vị trí +2 / +3. Tổng thời gian ở giai đoạn 2 của chuyển dạ là 2 giờ. Trong

thời gian lưu lại tại phòng hậu sản gần của phòng sanh, người ta có thông tiểu cho bà C. một lần vì bà ta bị ra huyết âm đạo khoảng 200 ml và có cầu bàng quang. Sau khi thông tiểu, bà hết ra huyết. Người ta không để lưu thông tiểu.
Từ khi về trại hậu sản, bà C. không đi tiểu được. Khám ghi nhận sinh hiệu ổn, không sốt. Bụng mềm, tử cung gò chặt, bị đẩy lên cao bởi khối cầu bàng quang to. Sản dịch lượng vừa.
Hãy nhận định về chăm sóc đã thực hiện và ra quyết định. Chọn **2** câu đúng.

A. Các can thiệp và xử trí kể từ sau khi sanh xong là đúng
B. Các can thiệp và xử trí kể từ sau khi sanh xong là sai
C. Hiện tại cần bắt đầu bằng thuốc giúp co bóp bàng quang
D. Hiện tại cần bắt đầu bằng thông tiểu và sau đó rút thông
E. Hiện tại cần bắt đầu bằng thông tiểu và lưu lại thông tiểu một thời gian rồi rút
F. Hiện tại cần bắt đầu bằng thông tiểu và lưu lại thông tiểu kết hợp với tập bàng quang

TÌNH HUỐNG 4: BREAST MILK JAUNDICE *hay* BREASTFEEDING JAUNDICE

Bà T. 38 tuổi, PARA 0000, sanh thường dễ dàng và nhanh chóng sau khi phá ối, một bé trai 3500 gram lúc 39 tuần vô kinh. Bà T. cho bé bú sữa mẹ hoàn toàn.
Ở ngày thứ tư hậu sản, bà than phiền rằng bà rất đau ở núm vú bên trái khi cho bé bú. Bà T. cho biết rằng bà ta bắt đầu cho bé bú từ ngay sau sanh. Hiện bà T. sốt 38.5°C. Vú phải bình thường, mềm. Hõm nách phải bình thường. Vú trái có vài vùng da đỏ ửng. Khám thấy đó là các mảng cứng, nóng và rất đau khi khám. Nặn thấy có sữa trắng đục chảy ra. Núm vú trái có một tổn thương loét hình liềm. Nách trái có một vài khối cứng kích thước khoảng 2 cm, rất đau khi chạm. Bạn đã đề nghị bà T. thực hiện bữa bú để bạn quan sát. Ảnh chụp cho thấy cách bà T. bế con và con bà đã ngậm vú ra sao.

Về phía bé, bé bị vàng da từ 2 ngày nay. Mức độ vàng da tăng nhanh. Bé thường xuyên khóc đòi bú, nhưng ngậm vú được một lúc thì nhả ra và khóc. Từ khi sanh, bé đi tiêu 2 lần mỗi ngày, phân su đã chuyển sang phân vàng, và bé tiểu khoảng 2-3 lần mỗi ngày, nước tiểu vàng sậm. Hiện tại bé cân 3150 gram. Ngoài ra không thấy bất thường gì khác ở bé. Định lượng nồng độ bilirubin toàn phần huyết thanh 12 mg/dL (170 μmol/L).

Hãy giải quyết vấn đề của bà T. Chọn ***một hay nhiều*** câu đúng.

A. Tạm thời ngưng hoàn toàn sữa mẹ trong vài ngày, dùng tạm sữa công thức
B. Tạm thời chuyển sang cho bú hỗn hợp hoặc sữa mẹ có bổ sung sữa công thức trong vài ngày
C. Cần thay đổi tư thế cho bé bú
D. Cần hướng dẫn lại cách đặt bé vào vú
E. Cần phải bắt đầu kháng sinh từ thời điểm này
F. Cần thực hiện quang liệu pháp

TÌNH HUỐNG 5: TIẾP TỤC CHO CON BÚ HAY TẠM NGƯNG

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 mẹ hoàn toàn. Hiện tại bé cân nặng 4000 gram.
Cách nay 2 ngày, bà thấy đau ở 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.
CD: viêm vú.
Hôm nay, bà A. lại đến khám vì khối cứng ở vú phải trở nên rất đau, không thuyên giảm với điều trị.
Hiện bà A. sốt 38.5°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 khi khám. Nặn thấy có ít sữa trắng đục chảy ra. Nách phải có một vài khối cứng kích thước khoảng 2 cm, rất đau khi chạm.
KS (-) viêm vú đã N trùng.
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 dùng tạm 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 sữa từ vú phải trước khi cho bé ăn
F. Tiếp tục cho bé bú, bằng cả hai bên vú

xử trí cơ bản 1 là thoát lưu để ngăn viêm. Tv viêm vú chưa NT đã NT
KS