

RAT Y15 1

Wednesday, March 17, 2021 1:22 PM



Link google form: <https://forms.gle/HvM1VpnqYpYGRTYt7>

RAT Y15

1

RAT Y15

Tổng điểm 28/36

Nửa đầu thai kỳ + XHTC bất thường 3 tháng đầu thai kỳ + Chuyển dạ bình thường

✓ Test thai nhanh bằng nước tiểu (+), siêu âm không thấy hình ảnh thai 1/1

trong tử cung. Dữ kiện nào có giá trị nhất? *

- Tìm hiểu thông tin chi tiết về ngày kinh cuối và đặc điểm chu kỳ
- Nếu không có cấp cứu, chờ thêm vài ngày nữa để thực hiện lại siêu âm
- Khám lâm sàng tìm các dấu hiệu của xuất huyết tử cung bất thường
- Thực hiện ngay định lượng nồng độ của β-hCG trong huyết thanh ✓

Phản hồi

Việc tìm thấy β-hCG trong huyết tương hay trong nước tiểu một người phụ nữ trong độ tuổi sinh sản thường là dấu hiệu sinh hóa của thai kỳ. Cần đổi chiều hình ảnh quan sát được qua siêu âm với nồng độ β-hCG. Thông thường, khi nồng độ β-hCG huyết thanh đạt mức 1500mIU/ml có thể thấy được hình ảnh túi thai trong buồng tử cung qua siêu âm đầu dò âm đạo. Nếu không thấy được hình ảnh túi thai khi nồng độ β-hCG đã ở trên điểm cắt này cần nghĩ đến thai ngoài tử cung, thai ngưng tiến triển hoặc đã sẩy hay giai đoạn sớm của một trường hợp đa thai.

✓ Khi nào phải thực hiện định lượng nồng độ β-hCG huyết thanh nhiều 1/1 lần liên tiếp? Chọn một câu đúng *

- Khi nghi ngờ có bất thường về tính sinh tồn thai: thai ngưng phát triển trong tử cung, trứng không phôi...
- Khi kết quả định lượng nồng độ β-hCG huyết thanh lần đầu không phù hợp với nồng độ được kỳ vọng ✓

- Khi nghĩ ngờ có sai lầm trong định tuổi thai: tuổi thai trên lâm sàng và trên siêu âm có chênh lệch...
- Luôn luôn định lượng nồng độ β -hCG huyết thanh nhiều lần liên tiếp, vì sẽ tốt hơn chỉ định lượng một lần

Phản hồi

β -hCG trong huyết tương phản ánh hoạt động của nguyên bào nuôι, nhưng không phản ánh tình trạng của phôi thai. Vì thế, cần thực hiện một loạt định lượng β -hCG trong trường hợp mà nồng độ hCG lần đầu không phù hợp với kỳ vọng. Thai ngưng tiến triển, trứng rống là bất thường của phôi, định lượng hCG không mang lại bất cứ thông tin hữu ích nào cho chẩn đoán. Nồng độ hCG liên quan rất kém với tuổi thai, do biến thiên phi tuyến tính với khoảng phương sai rất lớn

- ✓ 3 tháng đầu thai kỳ. Bạn làm gì nếu tuổi thai theo lâm sàng và theo siêu âm có khác biệt? Chọn một câu đúng *
- 1/1

- Tùy mức độ chênh lệch là nhiều hay ít để quyết định có cần hiệu chỉnh tuổi thai hay không ✓
- Dùng song song cả hai cách tính tuổi thai, với ghi chú là theo lâm sàng hay theo siêu âm
- Luôn căn cứ vào ngày kinh cuối để định tuổi thai. Sinh trắc thai chỉ có ý nghĩa tham khảo
- Luôn căn cứ vào sinh trắc thai để định tuổi thai. Ngày kinh cuối chỉ có ý nghĩa tham khảo

Phản hồi

Siêu âm tam cá nguyệt I là phương pháp tốt nhất để định tuổi thai với độ chính xác cao hơn ngày đầu chu kỳ kinh cuối kể cả khi thai phụ nhớ chính xác kỳ kinh cuối. Tuy nhiên, nếu chỉ dựa vào siêu âm đơn thuần có thể sai lệch trong những trường hợp thai quá to hay quá nhỏ, từ đó có thể che lấp một số trường hợp bất thường tuần hoàn nhau thai. Phương pháp được dùng ở một số trung tâm sản khoa trên thế giới là phôi hợp kỳ kinh cuối và siêu âm tam cá nguyệt I, trong đó siêu âm được dùng để xác định

lại độ tin cậy của kỳ kinh cuối. Nếu sai lệch quá nhiều thì cần hiệu chỉnh lại tuổi thai theo siêu âm. Cụ thể là cần hiệu chỉnh nếu thai dưới 9 tuần tuổi mà sai lệch trên 5 ngày, hoặc khi thai từ 9 tuần tuổi đến 13 tuần 6 ngày mà sai lệch trên 7 ngày

- ✓ Nếu chỉ được phép chọn 1 trong các chỉ số sau để xác định tuổi thai, 1/1 bạn sẽ chọn chỉ số nào? Chọn một chỉ số đúng *

- Chiều dài đầu mông phôi (CRL)
- Tùy theo tuổi thai ở thời điểm thực hiện khảo sát ✓
- Đường kính trung bình của túi thai (MSD)
- Đường kính lưỡng đỉnh (BPD) hay chu vi đầu (HC)

Phản hồi

Có thể dùng siêu âm để định tuổi thai vì kích thước của phôi và thai phát triển tương ứng với tuổi thai. Tuy nhiên, sự khác biệt về sinh trắc của phôi ở tam cá nguyệt I ít hơn của thai ở cuối tam cá nguyệt II và III nên siêu âm trong tam cá nguyệt I (đến 13 tuần 6 ngày) là phương pháp chính xác nhất để định tuổi thai. Người ta có thể dùng đường kính trung bình của túi thai (mean gestational sac diameter MSD), chiều dài đầu mông (crown-rump length CRL) hoặc các chỉ số sinh trắc khác của thai như đường kính lưỡng đỉnh (biparietal diameter BPD), chu vi đầu (head circumference HC) để định tuổi thai. Đường kính trung bình của túi thai (MSD): khi thai 3-5 tuần tuổi, trên siêu âm có thể thấy được hình ảnh của một túi thai tròn đều, có hình ảnh vòng đôi, sẽ phát triển thành xoang ối sau này. Túi thai sớm nhất có thể thấy được qua siêu âm ngá âm đạo khi có kích thước 2-3mm tương ứng với tuổi thai 32-33 ngày, MSD tăng trung bình 1mm mỗi ngày. Đây là yếu tố phổ biến, tiêu chuẩn giúp định tuổi thai sớm nhất qua siêu âm. Tuổi thai (ngày) có thể tính được bằng cách lấy MSD cộng 30. Tuy nhiên, độ chính xác của MSD sẽ giảm khi MSD lớn hơn 14mm hoặc khi xuất hiện phôi. Khi đã có phôi, không nên dùng MSD để tính tuổi thai nữa vì tuổi thai tính bằng MSD có nhiều sai số hơn so với CRL. Yolk sac: có thể thấy sớm nhất lúc thai 5 tuần hoặc trước lúc thai 6 tuần. Yolk sac đạt kích thước lớn nhất vào khoảng 6mm lúc thai 10 tuần, sau đó nó sẽ di chuyển ra ngoại vi của xoang ối. Tuy nhiên, người ta không dùng yolk sac để xác định tuổi thai. Chiều dài đầu mông (CRL): là chỉ số giúp định tuổi thai chính xác nhất với sai số ± 3-8 ngày. CRL do được tốt nhất khi ≥ 10mm, nên nếu có nhiều kết quả siêu âm ở tam cá nguyệt I thì nên dùng kết quả siêu âm sớm nhất với $CRL \geq 10\text{mm}$ để tính tuổi thai. Tuổi thai tính bằng tuần có thể tính được bằng cách lấy CRL cộng 6,5 hoặc bằng cách lấy CRL cộng 42 chia 7. Khi $CRL > 84\text{mm}$ thì độ chính xác của nó trong việc định tuổi thai giảm đi nên lúc đó cần sử dụng các chỉ số sinh trắc khác. Đường kính lưỡng đỉnh (BPD) và chu vi đầu (HC): ở thời điểm 11-13 tuần 6 ngày, sử dụng CRL và BPD có độ chính xác tương đương nhau trong việc định tuổi thai tuy

nhiều KPI CRL > 84mm thì nên dùng BPD hoặc HC. HC có độ chính xác cao hơn BPD một chút. Tại thời điểm 11 tuần, trị số BPD trung bình là 17mm và sẽ tăng 3mm mỗi tuần.

✓ Dấu hiệu nào có giá trị cao nhất để dự báo thai nghén có khả năng sẽ 1/1 bị thất bại sớm? Chọn một câu đúng *

- Trên siêu âm quan sát thấy có hình ảnh xuất huyết dưới màng nuôi điện hẹp
- Trên siêu âm thấy yolk-sac giãn rộng có hay không kèm hiệu số MSD-CRL < 5mm
- Trên siêu âm thấy tốc độ tăng trưởng của CRL chậm hơn 7mm trong một tuần
- Nồng độ β-hCG huyết thanh không tăng gấp đôi so với 2 ngày trước đó

Phản hồi

Dọa sẩy thai lưu là một hiện tượng thường gặp trong thai kỳ, xảy ra với tần suất 20-25% số thai kỳ. Triệu chứng cơ năng khá nghèo nàn. Ra máu và trần bụng là các triệu chứng không phải lúc nào cũng hiện diện. Định lượng β-hCG không có giá trị cao trong dự báo, do chỉ phản ánh hoạt động của nguyên bào nuôi, và không phản ánh thực sự tình trạng thai. Các dấu hiệu trên siêu âm là có giá trị nhất. Trong đó, yolk-sac giãn rộng và hiệu số MSDCRL < 5mm là các triệu chứng có giá trị. Tăng trưởng CRL chậm có giá trị dự báo lệch bội hơn là thai ngưng tiến triển, ngoại trừ khi tốc độ này là rất chậm. Tụ dịch dưới màng nuôi chỉ có giá trị nếu nó xuất hiện trên diện rất rộng, > 50% mà thôi.

✓ Phải chỉ định thực hiện **test huyết thanh** tầm soát lệch bội cho những 1/1 thai phụ nào? Chọn một câu đúng *

- Mọi thai phụ, không có bất cứ trường hợp nào được xem là ngoại lệ
- Chỉ thực hiện cho những thai phụ với nguy cơ lâm sàng cao có lệch bội
- Chỉ khi nào thai kỳ có dấu hiệu hiện bất thường trong phát triển胎儿

- Mọi thai phụ, ngoại trừ các thai phụ có nguy cơ lâm sàng cao có lệch bội ✓

Phản hồi

Test huyết thanh cũng là một test tầm soát, tự thân nó có độ nhạy và độ đặc hiệu không cao. Mọi thai phụ có nguy cơ thấp phải là đối tượng của test tầm soát bằng huyết thanh. Đối tượng có nguy cơ cao được xác định bằng lâm sàng, bằng siêu âm sàng lọc, bằng tiền sử... không được xem là đối tượng của test huyết thanh. Khi đó một khảo sát có giá trị cao hơn sẽ được đề nghị như NIPT hay test xâm lấn.

- Ngày nay, giá trị thật của test tiền sản không xâm lấn NIPT phải được 1/1 hiểu như thế nào? Chọn một luận điểm đúng *

- Là một test sàng lọc, được tiến hành đồng thời với test huyết thanh tầm soát lệch bội
- Là một test chẩn đoán, được dùng để thay vào vị trí của test xâm lấn chẩn đoán lệch bội
- Là một test sàng lọc, được dùng để thay vào vị trí của test huyết thanh tầm soát lệch bội
- Là một test sàng lọc, được dùng để hạn chế việc thực hiện test xâm lấn chẩn đoán lệch bội ✓

Phản hồi

Free cell fetal DNA là các mảnh vyun DNA của thai nhi lưu hành tự do trong máu mẹ. Ký thực, đây là các mảnh DNA có nguồn gốc lá nuôi. Về bản chất, free cell DNA thể hiện cấu trúc di truyền của lá nuôi. Việc sử dụng các mảnh vỡ DNA thai nhi ngoài tế bào lưu hành trong máu mẹ để tái dựng khái niệm về bộ nhiễm thể của thai nhi dựa trên nguyên lý là khi thai nhi có lệch bội thì tần suất xuất hiện của DNA tương ứng với nhiễm sắc thể đó sẽ khác với tần suất được kỳ vọng ở một thai đãng bội. Sự hiện diện các mảnh vyun của DNA từ một nhiễm sắc thể nào đó với nồng độ thấp hơn nồng độ kỳ vọng (expected) gợi ý một tình trạng đơn bội của nhiễm sắc thể đó. Tương tự, Sự hiện diện các mảnh vyun của DNA từ một gene nào đó với nồng độ thấp hơn nồng độ kỳ vọng (expected) gợi ý một tình trạng đột biến kiểu vi mất đoạn của gene đó. Sự hiện diện các mảnh vyun của DNA từ một nhiễm sắc thể nào đó với nồng độ cao hơn

nồng độ kỳ vọng (expected) gợi ý một tình trạng đa bội của nhiễm sắc thể đó. NIPT được thực hiện sớm nhất từ tuần thứ 10 thai kỳ, sau khi tham vấn xét nghiệm di truyền học. Việc thực hiện quá sớm có thể làm tăng khả năng âm sai và dương sai của test, do khối lượng chất liệu di truyền thai hiện diện trong máu mẹ không đủ vượt khỏi ngưỡng phân định (Z-score). Dù free cell DNA đạt đến một khả năng tầm soát là trên 99%, với dương tính giả dưới 1% cho T21, nhưng do NIPT không xác định cấu trúc nhiễm sắc thể, nên NIPT không được xem là test chẩn đoán lệch bội. Nó chỉ dùng để hạn chế chỉ định test xâm lấn, để hạn chế mất thai do các can thiệp xâm lấn gây ra. Theo xu hướng hiện nay, NIPT được đề nghị thực hiện ở những thai phụ có nguy cơ cao với trisomy 13, 18, 21 như tuổi thai phụ ≥ 35 , hình ảnh siêu âm gợi ý nhiều bất thường lệch bội, tiền căn sanh con bị lệch bội, test sàng lọc 3 tháng đầu hoặc 3 tháng giữa nguy cơ cao, và ba mẹ biết rõ có đột biến chuyển đoạn nhiễm sắc thể kết hợp với trisomy 13, 18, 21. Các tiến bộ mới nhất gần đây cho phép dùng NIPT để khảo sát một số vi mất đoạn phổ biến như hội chứng Di George, hoặc các bệnh lý đột biến gene đã biết rõ địa chỉ như thalassemia, với điều kiện là các vi mất đoạn hay đột biến này phải có kích thước > 7 Megabases.

✓ Vào đầu 3 tháng giữa, người ta thực hiện siêu âm soft-markers với 1/1 mục đích gì? Chọn một câu đúng *

- Để hiệu chỉnh nguy cơ nền tảng
- Để thu thập thêm thông tin bổ sung
- Để thu thập thêm thông tin độc lập
- Để hiệu chỉnh nguy cơ huyết thanh

Phản hồi

Siêu âm 3 tháng giữa được thực hiện sớm vào tuần 15 đến 18+6 khảo sát các chỉ báo mềm (soft-markers), nhằm mục đích hiệu chỉnh nguy cơ tính toán từ triple test. Mỗi chỉ báo mềm có một khả dĩ dương (Likelihood Ratio) thể hiện rằng khả năng có lệch bội đã bị tăng hơn bao nhiêu lần so với thai nhi không có dấu chỉ này. Kết quả cuối cùng của việc tích hợp được gọi là nguy cơ hiệu chỉnh (adjusted risk). Nguy cơ hiệu chỉnh là tích số của nguy cơ huyết thanh và khả dĩ dương có lệch bội của dấu chỉ. Nguy cơ hiệu chỉnh là cơ sở để đưa ra các quyết định thực hiện test sau tầm soát sơ cấp, gồm NIPT hoặc chọc ối. Nếu không có bất cứ một chỉ báo mềm nào hiện diện, thì nguy cơ bị lệch bội sẽ giảm đi một nửa, tức $LR = 0.5$. Ngày nay, với nguy cơ hiệu chỉnh bất thường, người ta có thể thực hiện NIPT.

✓ Khi thực hiện tầm soát nhiễm Rubella cho thai phụ, cần lưu ý điều gì? 1/1
Chọn một hành động đúng *

- Thực hiện tầm soát thường quy trong thai kỳ cho mọi thai phụ, ngoại trừ **người đã chủng ngừa trước đó**
- Thực hiện tầm soát thường quy trong thai kỳ cho mọi thai phụ, **không có bất cứ trường hợp ngoại lệ nào**
- Thực hiện tầm soát thường quy trong thai kỳ cho mọi thai phụ, ngoại trừ người **đã từng mắc Rubella trước đó**
- Thực hiện tầm soát thường quy trong thai kỳ cho mọi thai phụ, ngoại trừ người **có IgG [+] đã biết từ trước**



Phản hồi

Nhiễm Rubella có nguy cơ gây dị tật bào thai cao, đặc biệt là nhiễm mới. Mọi thai phụ đều được tầm soát huyết thanh Rubella trong thai kỳ. Test huyết thanh được lặp lại sau đó. Diễn biến kết quả huyết thanh cho phép xác lập chẩn đoán và định kế hoạch theo dõi trong thai kỳ

✓ Khi phát hiện thai phụ có huyết thanh HBsAg [+] nhưng HBeAg [-], 1/1 bạn sẽ làm gì? Chọn một câu đúng *

- Trong thai kỳ, chỉ cần định kỳ thực hiện theo dõi huyết thanh chẩn đoán HBeAg
- Giữa thai kỳ, cần đánh giá chức năng gan và định lượng HBV DNA, dù HBeAg [-]
- Trong thai kỳ, định kỳ thực hiện theo dõi huyết thanh chẩn đoán HBsAg và HBeAg
- Trong thai kỳ, không cần khảo sát thêm huyết thanh HBV do kết quả này là đủ để an tâm

Phản hồi

Nhiễm HBV có thể lây truyền dọc từ mẹ sang con trong trường hợp có viêm gan thể hoạt động. HBeAg [+] là chỉ định của điều trị trong thai kỳ. HBeAg [-] có nguy cơ lây truyền dọc thấp, nhưng không phải bằng 0. Khi HBsAg [+] và HBeAg [-], cần xác minh lại tình trạng hoạt động của HBV vào nửa sau thai kỳ, thông qua chức năng gan và định lượng HBV DNA. Lượng copies HBV sẽ giúp có một quyết định phù hợp trong chăm sóc hậu sản cho mẹ và cho con.

???

- ✓ Trong 3 tháng đầu, khi phát hiện ra đa thai, nội dung nào là quan trọng nhất phải thực hiện? Chọn một câu đúng *

1/1

- Xác định bất thường các thai
- Xác định đúng số lượng thai
- Tiến hành sớm dự phòng sanh non
- Xác định đúng dạng đa thai

✓

Phản hồi

Dạng đa thai là một nội dung chẩn đoán quan trọng nhất, buộc phải thực hiện trong chẩn đoán đa thai, do kết cục sản khoa rất khác nhau. Đa thai khác trứng có nguy cơ thấp nhất, kế đến là D-D twins, rồi đến M-M twins do các vấn đề thông nối mạch máu. Kết cục xấu nhất thuộc về song thai M-M, do có thêm vấn đề song thai dinh. Việc dự phòng sanh non không phải là nội dung của can thiệp trong 3 tháng đầu. Số lượng các thai cũng có ảnh hưởng đến tiên lượng, như ảnh hưởng này chủ yếu liên quan đến sanh non và tăng trưởng bào thai.

- ✓ 3 tháng đầu, thai phụ có thiếu máu nhược sắc, hồng cầu nhỏ, ferritin bình thường, bạn làm gì? Chọn một câu đúng *

1/1

- Bổ sung sắt, vitamine B12

- Test phân tim giun móc
- Bổ sung sắt, acid Folic
- Điện di Hb cả 2 vợ chồng



Phản hồi



EMERGENCY

Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ với ferritin thấp gợi ý thiếu máu thiếu sắt. Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ với ferritin bình thường hay cao gợi ý Thalassemia. Thiếu máu do giun móc là một thiếu máu thiếu sắt. Thiếu máu do Thalassemia được tầm soát bằng huyết đồ. Nếu huyết đồ cho thấy thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắt thì cần phải thực hiện Ferritin. Nồng độ ferritin bình thường hay cao là chỉ định thực hiện điện di Hb ở cả 2 vợ chồng nhằm định bệnh thể loại của Thalassemia và đánh giá nguy cơ cho thai

- ✓ Trong xuất huyết 3 tháng đầu thai kỳ nói chung, bạn chọn khảo sát 1/1 loại hCG nào. Chọn một câu đúng *

- β-hCG tự do, đứt gãy
- β-hCG toàn phần
- Mảnh vỡ lõi β-hCG
- β-hCG tự do, không đứt gãy



Phản hồi

Các cầu liên kết polypeptide có thể bị gãy làm phá vỡ cấu trúc hCG, hiện tượng này tăng theo tuổi thai. Ngoài ra, phân tử hCG còn có thể trải qua quá trình đứt gãy, phân ly và thoái giáng tạo thành nhiều dạng hCG khác nhau lưu hành trong huyết tương: non-nicked hCG (hCG toàn phần không đứt gãy), nicked hCG (hCG toàn phần đứt gãy), free α-hCG (α-hCG tự do), non-nicked free β-hCG (β-hCG không đứt gãy, tự do), nicked free β-hCG (β-hCG đứt gãy, tự do), β-core fragment (mảnh vỡ lõi β-hCG). Tỉ lệ các dạng hCG thay đổi tùy thuộc vào tuổi thai và vào bệnh lý của thai kỳ. Tùy vào từng mục đích mà người ta sẽ chọn khảo sát dạng lưu hành nào của hCG trong huyết tương. Khảo

sát free β -hCG được dùng trong tầm soát lệch bội. hCG đứt gãy và tỉ lệ free β -hCG:hCG toàn phần có ý nghĩa trong PTTT. Trong trường hợp thai ngoài tử cung có thể chọn định một dạng test hCG bất kỳ vì tỉ lệ đứt gãy của hCG trong 8 tuần đầu thấp. Tuy nhiên cần theo dõi diễn biến nồng độ hCG bằng một loại test duy nhất vì có sự khác biệt về kết quả giữa các test khác nhau. Trong bệnh lý nguyên bào nuôi, nếu là thai trứng thì hCG toàn phần tăng nhanh còn nếu là choriocarcinoma thì thành phần gia tăng lại là β -hCG đứt gãy hoặc β -hCG không đứt gãy, tự do. Để tầm soát lệch bội nhiễm sắc thể ở thai, nên chọn test định lượng chuyên cho β -hCG đứt gãy hay β -hCG đứt gãy tự do vì β -hCG đứt gãy chiếm tỷ trọng lớn và tăng trong các thai kỳ bệnh lý. Trong xuất huyết 3 tháng đầu thai kỳ, điều ta quan tâm là hoạt năng nguyên bào nuôi, vì thế hCG toàn phần hay riêng thành phần β -hCG đều có thể dùng được. hCG toàn phần gồm tất cả mọi hCG. β -hCG chỉ khảo sát các β -hCG nguyên vẹn, không phân biệt tự do hay kết hợp với tiểu đơn vị α -hCG.

✓ Thay đổi cut-off của discrimination zone ảnh hưởng ra sao lên PPV 1/1
có thai ngoài tử cung? Chọn một câu đúng *

- Nâng cut-off lên cao sẽ làm PPV tăng lên ✓
- PPV lệ thuộc vào nhiều yếu tố, không chỉ là cut-off
- Giảm cut-off xuống thấp sẽ làm PPV tăng lên
- Nâng cut-off lên cao sẽ làm PPV giảm đi

✓ Khi dùng diễn biến của nồng độ β -hCG để tiếp cận xuất huyết 3 tháng đầu, cần lưu ý gì? Chọn một câu đúng *

- Trong thai ngoài tử cung, nồng độ β -hCG biến thiên theo hướng tăng dần
- Tốc độ diễn biến của nồng độ β -hCG không đổi, độc lập với tuổi thai
- Sau sẩy thai trứng trọn, nồng độ β -hCG giảm theo dạng đường thẳng
- Sau mọi sẩy thai trọn, logarithm của nồng độ β -hCG giảm một bậc mỗi tuần ✓

Phản hồi

Trong 3 tháng đầu thai kỳ bình thường, β -hCG huyết thanh tăng theo cấp số mũ. Thời gian để tăng gấp đôi β -hCG huyết thanh thay đổi theo tuổi thai, từ 1,2 ngày ngay khi làm tổ đến 3,5 ngày lúc thai 8 tuần. Sau đó hCG đạt bình nguyên. Trong sẩy thai, do không còn các nguyên bào nuôi còn hoạt động sau sẩy trọn của một thai bất kỳ: thai trứng, thai thường, thai lưu... nên diễn biến hCG chỉ lệ thuộc vào nồng độ khởi điểm của hCG ở thời điểm tổng xuất hoàn toàn. Thời gian bán hủy của hCG là khoảng 36 giờ nên bình thường thì logarithm thập phân của nồng độ β -hCG giảm đi một bậc mỗi tuần. Ví dụ như nồng độ β -hCG của hôm nay là 105 IU/L ($\lg 105 = 5$) thì sau một tuần nồng độ β -hCG phải là 104 IU/L ($\lg 104 = 4$).

X Trong các trường hợp sau, bạn kết luận thai không xác định vị trí (PUL) trong trường hợp nào? Chọn một câu đúng *

0/1

- Nồng độ β -hCG < 1000 IU/L, siêu âm không thấy hình ảnh túi thai trong tử cung
- Siêu âm không thấy túi thai cả trong hay ngoài tử cung bất chấp nồng độ β -hCG
- Nồng độ β -hCG < 1000 IU/L, và siêu âm không thấy túi thai trong cũng như **X** ngoài tử cung
- Nồng độ β -hCG > 2000 IU/L, siêu âm không thấy hình ảnh túi thai trong tử cung

Câu trả lời đúng

- Nồng độ β -hCG < 1000 IU/L, siêu âm không thấy hình ảnh túi thai trong tử cung

Phản hồi

Thai chưa xác định vị trí (Pregnancy of Unknown Location - PUL) là một khái niệm mới, hệ quả của việc đưa vào thực hành khái niệm về vùng phân định. Một cách thực hành, khi nồng độ β -hCG tương đối cao, nhưng đang nằm dưới ngưỡng phân định và không thấy được túi thai trong tử cung thì sẽ dẫn đến việc xác lập chẩn đoán thai PUL. Khái niệm PUL thay thế cho chẩn đoán cổ điển là "theo dõi thai ngoài tử cung". Trong khái niệm PUL, vị trí làm tổ của trứng ở ngoài buồng tử cung vẫn được nghĩ đến, nhưng với một thái độ thận trọng, có cân nhắc đến khả năng của các thai nghén thất bại sớm, hay thất bại làm tổ, tức một diễn biến tự nhiên khác của thai sinh hóa.

✓ Trong các yếu tố sau, yếu tố nào là yếu tố nguy cơ rõ rệt nhất với thai 1/1 ngoài tử cung? Chọn một câu đúng *

- Nhiễm trùng vòi trứng do Neisseria gonorrhoea
- Nhiễm trùng vòi trứng do Chlamydia trachomatis ✓
- Đặt dụng cụ tử cung tránh thai loại có chứa đồng
- Dùng thuốc tránh thai chứa progestogen đơn thuần

Phản hồi

Nguyên nhân lớn nhất của thai ngoài tử cung là do tổn thương ống dẫn trứng. Khoảng 50% trường hợp là do tổn thương lớp bì mặt lông chuyển bên trong vòi trứng do hậu quả của viêm nhiễm Chlamydia và lậu cầu, dẫn đến sự thay đổi cơ chế vận chuyển vòi trứng. Những nguyên nhân khác có thể gấp như sự di chuyển chậm trễ của hợp tử vào buồng tử cung hoặc hợp tử lại di chuyển sang vòi trứng đối diện, dưới tác động của các yếu tố nội sinh hay ngoại sinh. Tần suất thai ngoài tử cung gia tăng còn do liên quan đến những biến đổi trong lối sống, làm tăng tần suất của viêm vòi trứng cấp tính và mãn tính gia tăng, đặc biệt do Chlamydia trachomatis.

✓ Trong các tình huống có thai ngoài tử cung sau, tình huống nào thiên 1/1 về điều trị nội khoa? Chọn một câu đúng *

- Song thai, một trong tử cung, một ngoài tử cung
- Có thai ngoài tử cung lặp đi lặp lại nhiều lần
- Có thai ngoài tử cung khi đang điều trị vô sinh
- Có thai ngoài tử cung được phát hiện rất sớm ✓

Phản hồi

Mổ mở thường áp dụng cho bệnh nhân có huyết động học không ổn định nhằm mục đích giải quyết nhanh khôi thai để cầm máu tức thời. Mổ mở cũng là phương pháp hữu hiệu trong trường hợp có chống chỉ định nội soi hoặc nội soi thất bại như bệnh nhân có dính trong ổ bụng nhiều do tiền sử mổ trước đó hay nhiễm trùng hoặc lạc nội mạc tử cung dính.

Ngoại khoa cũng có giá trị trong trường hợp có bệnh lý hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng cần khảo sát hay cắt bỏ và có kế hoạch làm thụ tinh trong ống nghiệm, hay có thai trong tử cung cùng tồn tại. Khi bệnh nhân có huyết động học ổn định hay có sẵn dụng cụ, thì mổ nội soi là một phương pháp điều trị được ưu tiên do những ưu điểm như thời gian nằm viện ngắn, chi phí thấp, ít đau, ít dinh sau mổ, phục hồi nhanh và thẩm mỹ hơn.

Điều trị ngoại khoa thai ở vòi trứng tùy thuộc vào mức độ tổn thương của vòi trứng và mong muốn có thai trong tương lai của bệnh nhân.

X Khái niệm PUL (thai không xác định vị trí) đồng nghĩa với cụm từ nào 0/1 dưới đây? Chọn một câu đúng *

Theo dõi thai ngoài tử cung X

PUL không có từ đồng nghĩa

Có biểu hiện sinh hóa của thai

Nghi thai ngoài tử cung

Câu trả lời đúng

PUL không có từ đồng nghĩa

Phản hồi

Thai chưa xác định vị trí (Pregnancy of Unknown Location - PUL) là một khái niệm mới, hệ quả của việc đưa vào thực hành khái niệm về vùng phân định. Một cách thực hành, khi nồng độ β-hCG tương đối cao, nhưng đang nằm dưới ngưỡng phân định và không thấy được túi thai trong tử cung thì sẽ dẫn đến việc xác lập chẩn đoán thai PUL. Khái niệm PUL thay thế cho chẩn đoán cổ điển là "theo dõi thai ngoài tử cung". Trong khái niệm PUL, vị trí làm tổ của trứng ở ngoài buồng tử cung vẫn được nghĩ đến, nhưng với một thái độ thận trọng, có cân nhắc đến khả năng của các thai nghén thất bại sớm, hay thất bại làm tổ, tức một diễn biến tự nhiên khác của thai sinh hóa. Khi phải đối mặt với chẩn đoán PUL, thái độ thực hành hiệu quả nhất là chờ đợi kiểu mà nồng độ β-hCG đạt đến ngưỡng phân định ra sao. Như vậy, cần tiến hành một loạt các khảo sát song song siêu âm và β-hCG.

✓ Trong các nguyên nhân gây sẩy thai sau, nguyên nhân nào là phổ biến nhất? Chọn một câu đúng * 1/1

- Bệnh lý nhiễm trùng TORCH
- Chức năng hoàng thể suy yếu
- Bất thường nhiễm sắc thể ở cha mẹ
- Bất thường nhiễm sắc thể ở phôi thai ✓

Phản hồi

Bất thường nhiễm sắc thể của thai xảy ra trong quá trình hình thành giao tử hay hợp tử là nguyên nhân chính của thai nghén thất bại sớm. 50% thai nghén thất bại sớm có lệch bộ. Vì thế, việc cố gắng giữ lại một tình trạng đe doa thai nghén thất bại sớm đồng nghĩa với khả năng có thể giữ lại một thai lệch bộ. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ của một tình trạng thai nghén thất bại sớm như lớn tuổi, tiền căn đã từng có nhiều lần thai nghén bị thất bại sớm liên tiếp hay lặp lại, hay tiền căn đã từng có thai bị lệch bộ, hay tình trạng có chuyển đoạn Robertson đã biết có thể giúp hướng chẩn đoán sang hướng thai nghén thất bại sớm.

✗ Trong chẩn đoán sẩy thai lưu, ta cần nhiều thông tin. Thông tin nào có giá trị kém nhất? Chọn thông tin kém nhất * 0/1

- Diễn biến qua nhiều lần quan sát của dữ kiện về hình ảnh ✗
- Thông tin về tiền sử sẩy thai, tiền sử thai dị tật, gia đình
- Diễn biến nồng độ β-hCG máu qua nhiều lần định lượng
- Thông tin lần hành kinh cuối, về chu kỳ kinh, về tuổi thai

Câu trả lời đúng

● Diễn biến nồng độ β-hCG máu qua nhiều lần định lượng

Phản hồi

Các yếu tố liên quan đến nguy cơ của một tình trạng thai nghén thất bại sớm như lớn tuổi, tiền căn đã từng có nhiều lần thai nghén bị thất bại sớm liên tiếp hay lặp lại, hay tiền căn đã từng có thai bị lệch bội, hay tình trạng có chuyển đoạn Robertson đã biết có thể giúp hướng chẩn đoán sang hướng thai nghén thất bại sớm. Triệu chứng cơ năng của thai kỳ là các triệu chứng không khách quan. Tuy nhiên, nó phản ánh phần nào hoạt năng của nguyên bào nuôi. Một tình trạng nghén biến mất một cách đột ngột thể hiện sự giảm bất thường của hoạt năng nguyên bào nuôi, gợi ý một thai nghén thất bại sớm. Khái niệm về sự diễn biến của β-hCG huyết thanh được xây dựng dựa trên cơ sở là β-hCG thể hiện hoạt năng của nguyên bào nuôi. Trong khái niệm này, động học của β-hCG có thể giúp có được một ý niệm về hoạt động của nguyên bào nuôi, nhưng không thể có được một ý niệm trực tiếp về tình trạng thai. Trong 3 tháng đầu thai kỳ bình thường, β-hCG huyết thanh tăng theo hàm số mũ. Thời gian để tăng gấp đôi β-hCG huyết thanh thay đổi tùy thời điểm, từ 1.2 ngày ở thời điểm trứng thụ tinh làm tổ, đến 3.5 ngày lúc thai 8 tuần. Trong vài tuần đầu của thai trong tử cung bình thường, ở 66% trường hợp, β-hCG sẽ tăng gấp đôi trong mỗi 2 ngày và không bao giờ tăng < 53% mỗi 2 ngày. Vì vậy, nếu β-hCG tăng < 53% trong mỗi 2 ngày, thì nên nghĩ đến khả năng có thai trong tử cung với diễn biến bất thường hoặc có thai ngoài tử cung. Sau khi sẩy thai tự nhiên, β-hCG huyết thanh sẽ giảm ít nhất 21-35% mỗi 2 ngày. Cần lưu ý rằng khi β-hCG huyết thanh càng thấp (< 500mUI/mL), thì độ thai khỏi máu mẹ chậm hơn so với β-hCG huyết thanh cao. Vì vậy, nếu β-hCG huyết thanh giảm < 20% mỗi 2 ngày thì có nhiều khả năng là còn tồn tại sản phẩm thụ thai hoặc có thai ngoài tử cung.

✓ Theo dõi hậu thai trứng, hCG đã về âm tính, đột ngột dương tính trở lại. Làm gì trước tiên? Chọn một câu đúng *

- X-quang phổi tìm di căn phổi của choriocarcinoma
- Đặt mỏ vịt tìm di căn âm đạo của choriocarcinoma
- Siêu âm phụ khoa tìm sự hiện diện của thai kỳ mới
- MRI sọ não tìm di căn não của choriocarcinoma

Phản hồi

Giá trị thật sự của định lượng hCG lại là trong theo dõi diễn biến sau hút nạo. Việc theo dõi thai trứng xâm lấn và choriocarcinoma được dựa vào diễn biến của hCG và các triệu chứng lâm sàng-cận lâm sàng của xâm lấn và di căn, trong đó theo dõi diễn biến của β-hCG được xem như một phương tiện tầm soát và theo dõi chủ lực, còn lâm sàng và các phương tiện khác sẽ được thực hiện nếu có diễn biến bất thường của β-hCG, ngoại trừ khi đã có triệu chứng lâm sàng gợi ý. Bình thường thì logarithm thập phân của nồng độ hCG giảm đi một bậc mỗi tuần. Sự chững lại, ở dạng bình nguyên, hay tăng lại của nồng độ hCG gợi ý một diễn biến bất lợi của GTD.

- ✓ Điều kiện nào cho phép rút ngắn thời gian theo dõi hậu thai trứng. 1/1
Chọn một điều kiện đúng *

- Phải thực hiện định lượng hCG theo một lịch theo dõi tăng cường
- Phải thực hiện được định lượng các nồng độ cực thấp của β-hCG ✓
- Phải thực hiện được định lượng tất cả các dạng lưu hành của hCG
- Phải thực hiện được định lượng một cách chính xác nồng độ β-hCG

Phản hồi

hCG tăng rất cao trong thai trứng, nhưng giá trị thật sự của định lượng hCG lại là trong theo dõi diễn biến sau hút nạo. Sau hút nạo, bệnh nhân cần được theo dõi diễn tiến của β-hCG một lần mỗi tuần, cho đến khi kết quả β-hCG định lượng trở về âm tính và duy trì âm tính trong 3 lần liên tiếp. Khi đó, nhịp độ theo dõi β-hCG sẽ giãn ra thưa hơn, còn một lần mỗi tháng cho đến khi kết quả duy trì âm tính 3 tháng liên tiếp. Khi thỏa những điều kiện, có thể an tâm về diễn biến trở về bình thường của thai trứng. Định lượng hCG có thể là hCG hay β-hCG. Tuy nhiên, khuyến cáo nên định lượng β-hCG, do các kỹ thuật định lượng hiện nay cho phép nhận diện và đo lường được những nồng độ rất thấp của β-hCG, từ đó cho phép rút ngắn đáng kể thời gian theo dõi hậu thai trứng. Nếu hCG trở về âm tính trong vòng 56 ngày sau hút nạo, thì thời gian theo dõi chỉ còn là 6 tháng, như đã trình bày ở trên.

- ✓ Để tránh thai hậu thai trứng, condom, COCs và IUD được xếp theo thứ tự ưu tiên lựa chọn nào? Chọn một câu đúng * 1/1

Condom = 1st; IUD = 2nd; COCs = 3rd

COCs = 1st; IUD = 2nd; Condom = 3rd ✓

IUD = 1st; COCs = 2nd; Condom = 3rd

IUD = 1st; Condom = 2nd; COCs = 3rd

Phản hồi

Trong quá trình theo dõi hậu thai trứng, bệnh nhân bị buộc phải áp dụng một phương pháp ngừa thai hiệu quả. Lý do của yêu cầu tránh thai hiệu quả này là không để xuất hiện những triệu chứng lâm sàng, những thông tin về hCG và hình ảnh học của thai kỳ mới làm nhiễu loạn việc theo dõi thai trứng. Condom là một lựa chọn tốt, do phương pháp này hoàn toàn không có ảnh hưởng trên diễn biến tự nhiên của hậu thai trứng hay các triệu chứng theo dõi như rong huyết, nhức đầu... Nhược điểm lớn nhất của condom là hiệu quả tránh thai không thật sự cao. Dụng cụ tử cung tránh thai (Intra Uterine Devices - IUD) là một lựa chọn tốt vì có hiệu quả tránh thai rất cao. Tuy nhiên, các tác dụng phụ của IUD lại là những thông tin gây nhiễu. Quan trọng nhất là rong huyết. Rong huyết dưới IUD làm cho việc chẩn đoán phân biệt với các thể GTD không kèm tăng cao của hCG như trong trường hợp của bệnh nguyên bào nuôi tồn tại (Persistent Trophoblastic Disease - PTD) hay PSTT. Thuốc nội tiết estro-progestogen phối hợp (Combined Oral Contraceptive pills - COCs) là một lựa chọn tốt, do hiệu quả tránh thai rất cao. Trước đây, có các nghi ngờ rằng COCs hàm lượng thấp có thể ảnh hưởng đến nhịp điệu trở về bình thường của β -hCG, làm tăng nguy cơ phải thực hiện một cách không cần thiết hóa trị liệu vì diễn biến bất thường của β -hCG. Hiện nay, các bằng chứng phủ nhận liên quan của COCs đối với sự diễn biến của β -hCG. COCs cũng không làm tăng tỉ lệ PSTT..

✗ So sánh biểu đồ Friedman giai đoạn hoạt động với đường báo động 0/1 của sản đồ WHO. Chọn một câu đúng *

Biểu đồ Friedman gần như trùng khít với đường báo động của sản đồ WHO

Phần lớn của biểu đồ Friedman nằm ở bên trái đường báo động của sản đồ WHO ✗

Biểu đồ Friedman nằm hoàn toàn ở bên trái đường báo động của sản đồ WHO

Phần lớn của biểu đồ Friedman nằm ở bên phải đường báo động của sản đồ WHO

Câu trả lời đúng

- Biểu đồ Friedman nằm hoàn toàn ở bên trái đường báo động của sản đồ WHO

Phản hồi

Trong biểu đồ của mình, Friedman dùng các trị số trung vị để diễn tả sự biến thiên của mở cổ tử cung theo thời gian. Có sự khác biệt trong dạng biểu đồ giữa người con so và người con rạ, với tốc độ mở cổ tử cung trong giai đoạn hoạt động là 1.2 cm mỗi giờ ở người con so, và là 1.5 cm mỗi giờ ở người con rạ. 1972, Philpott thực hiện lại một nữa các khảo sát trước đó của Friedman và Hendricks. Lần này, Philpott đã lấy số liệu của các trường hợp cổ tử cung mở chậm trong giai đoạn hoạt động, dưới 10th percentile. Từ đó, Philpott có các nhận định sau: 10th percentile của tốc độ mở cổ tử cung là 1cm mỗi giờ. Tốc độ mở cổ tử cung dưới 1cm mỗi giờ có liên quan mạnh với kết cục xấu của chuyển dạ. Từ đó, có thể kết luận rằng: ở mọi đối tượng, con so và con rạ, có thể dùng đường thẳng xây dựng bởi 10th percentile của xóa mở cổ tử cung để tầm soát chuyển dạ có chiều hướng kéo dài và kết cục xấu. Đây là tiền thân của đường báo động mà Tổ chức Y tế Thế giới dùng trong model sản đồ 1993 của mình. Vì thế toàn bộ biểu đồ Friedman sẽ ở bên trái của đường báo động.

- Vì sao trong sản đồ WHO, model 2004, chỉ bắt đầu ghi sản đồ khi cổ tử cung đã mở $\geq 4\text{cm}$? Chọn một câu đúng *

- Vì hiếm khi cần phải can thiệp trong giai đoạn tiềm thời
- Để tránh thực hiện tịnh tiến như khi dùng model 1993
- Để tránh bắt đầu vẽ sản đồ ở thời điểm không thích hợp
- Để giảm can thiệp không cần thiết trên cuộc chuyển dạ



Phản hồi

Sau model 1993, WHO có nhiều cải tiến trong sản đồ. Cải tiến gần nhất là bỏ đi phần ghi lại giai đoạn tiềm thời và việc tịnh tiến, cùng lúc với việc chỉ bắt đầu ghi trong giai đoạn hoạt động. Đồng thời, giai đoạn hoạt động, tức thời điểm bắt đầu có thể ghi sản đồ được điều chỉnh là $\geq 4\text{ cm}$, nhằm tránh những can thiệp khi chưa thực sự bắt đầu giai đoạn hoạt động. Cải tiến này làm cho sản đồ đơn giản hơn, và vẫn giữ được tính hiệu quả.

X Trong chuyển dạ sanh ngôi chòm, người ta thực hiện phá ối với mục đích gì? Chọn một câu đúng nhất *

Để tạo thuận lợi cho tiến trình mở cổ tử cung

Để tạo thuận lợi cho sự xuống của ngôi thai X

Để tạo thuận lợi cho đánh giá sức khỏe thai

Để đánh giá chính xác vị trí lọt của ngôi thai

Câu trả lời đúng

Để tạo thuận lợi cho tiến trình mở cổ tử cung

Phản hồi

Bấm ối không được khuyến cáo là một thực hành thường quy cho một chuyển dạ có diễn biến bình thường và nguy cơ thấp. Cần cân nhắc việc thực hiện phá ối. Chỉ thực hiện phá ối khi ước đoán lợi ích từ phá ối là lớn hơn nguy cơ. Có thể xem xét phá ối khi khi chuyển dạ đã vào giai đoạn hoạt động, đầu ối phồng làm cản trở cuộc chuyển dạ, cổ tử cung mở chậm, ngôi đầu cao, hoặc khi sản đồ lệch sang bên phải đường bao động khi con co tử cung đú.

✓ Vì sao người ta nghiêm cấm pha bất cứ dược chất nào khác vào chai dịch tăng co với oxytocin? Chọn một câu đúng *

Vì việc pha các dược chất khác vào chai dịch có oxytocin có thể làm thay đổi tác dụng của oxytocin

Vì dung dịch pha oxytocin buộc phải là dung dịch glucose 5%, không phù hợp với các dược chất khác

Vì tốc độ truyền oxytocin phải được điều chỉnh nghiêm ngặt không nhì hơn . ✓

- với các dược chất khác
- Vì oxytocin có thể làm thay đổi tính chất cũng như khả dụng sinh học của các dược chất được pha vào

Phản hồi

Oxytocin có thể được pha chung với bất dịch truyền đẳng trương nào. Glucose thường được chọn do có thể cung cấp năng lượng cho thai phụ. Không được hòa chung bất cứ một thuốc nào khác vào chai có oxytocin, dù oxytocin không có phản ứng với thuốc đó. Lý do của việc nghiêm cấm này là do oxytocin được truyền với một tốc độ được kiểm soát rất nghiêm ngặt, và không hàng định, lượng nhỏ, bắt đầu với liều thấp nhất có thể được. Trong khi đó, phần lớn các dược chất khác là có thể dùng với tốc độ nhanh, nếu dùng chậm sẽ không đạt liều điều trị. Việc chỉnh liều oxytocin cũng sẽ ảnh hưởng đến việc dùng thuốc khác. Tuyệt đối không dùng chung với các oxytocics khác khi chưa sổ thai. Oxytocin chỉ được dùng sau liều cuối prostaglandin 6 giờ.

- Chuyển dạ giai đoạn I, khi bắt đầu truyền lại oxytocin sau một khoảng tạm ngưng, cần lưu ý gì? Chọn một câu đúng *

1/1

- Bắt đầu truyền lại với tốc độ truyền chậm hơn tốc độ trước khi tạm ngưng
- Bắt đầu truyền lại với tốc độ truyền nhanh hơn tốc độ trước khi tạm ngưng
- Bắt đầu truyền lại với tốc độ truyền bằng với tốc độ trước khi tạm ngưng
- Bắt đầu truyền lại với tốc độ truyền chậm nhất có thể điều chỉnh được ✓

Phản hồi

Trong quá trình tăng co, nếu có co cơ cường tính, CTG có biểu hiện đe dọa thai, cần ngưng oxytocin và giảm co nếu cần. Tiếp tục thực hiện monitoring, nếu tình trạng hồi phục nhanh có thể tiếp tục tiến trình tăng co bằng cách bắt đầu chỉnh lại số giọt cho phù hợp. Khi tăng co có hiệu quả, nên duy trì ở tốc độ truyền oxytocin ở mức thấp nhất có thể đủ để quá trình sanh tiến triển.

✓ Phân loại EFM theo ACOG 2009 có đặc điểm gì? Chọn một câu đúng 1/1 *

- Loại II là một loại không thuần nhất, có tiên lượng rất khác nhau ✓
- Loại III là một loại không thuần nhất, có tiên lượng rất khác nhau
- Loại I là một loại không thuần nhất, có tiên lượng rất khác nhau
- Phân loại này nhằm định mức chăm sóc, không có ý nghĩa tiên lượng

Phản hồi

EFM loại I là một nhóm thuần nhất gồm tất cả các băng ghi EFM thỏa đồng thời và nghiêm ngặt các tiêu chuẩn sau: Trị số tim thai cản bán 110-160 nhịp/phút, dao động nội tại trung bình, không được có nhịp giảm bất định hay nhịp giảm muộn. EFM nhóm I dự báo mạnh mẽ tình trạng thai hoàn toàn bình thường ở thời điểm khảo sát, nếu không kèm theo sự kiện nào khác có thể có ảnh hưởng đến thai. Nói cách khác, nếu không có sự kiện đặc biệt xảy ra thì EFM loại I không đòi hỏi một can thiệp ở thời điểm khảo sát. Chuyển dạ với băng ghi loại I có thể được theo dõi một cách thường qui.

EFM loại III có ý nghĩa bệnh lý, liên quan mật thiết với một rối loạn tăng bằng kiềm toan ở thời điểm khảo sát. Là một nhóm thỏa một cách nghiêm ngặt các tiêu chuẩn sau: biểu đồ vắng mặt hoàn toàn dao động nội tại và bất kỳ một trong ba yếu tố nhịp giảm muộn lặp lại, nhịp giảm bất định lặp lại hoặc trị số tim thai cản bán chậm. Do có ý nghĩa bệnh lý, chuyển dạ với EFM loại III đòi hỏi một can thiệp thích hợp, tùy bối cảnh lâm sàng, nhằm mục đích giải quyết nguyên nhân trực tiếp dẫn đến rối loạn tăng bằng kiềm toan.

EFM loại II là một nhóm rất rộng gồm tất cả những băng ghi không được xếp vào loại I hay III. EFM loại II không dự báo một tăng bằng kiềm toan bình thường hay bất thường. Chuyển dạ với EFM loại II cần được theo dõi và đánh giá liên tục. Cần lưu ý rằng đánh giá trên lâm sàng là quan trọng để có thể đưa ra xử lý phù hợp.

✗ Kiểu thế Chẩm Chậu Phải Sau, sổ Chẩm Vệ: ngôi xoay trong, xoay 0/1 ngoài thì 1st, thì 2nd ra sao? Chọn một câu đúng *

- Xoay trong: -45; xoay ngoài 1st: +45; xoay ngoài 2nd: +45

- Xoay trong: +45 ; xoay ngoài 1st: -45 ; xoay ngoài 2nd: -45 X
- Xoay trong: +135; xoay ngoài 1st: -135 ; xoay ngoài 2nd: +45
- Xoay trong: -135; xoay ngoài 1st: +135; xoay ngoài 2nd: -45

Câu trả lời đúng

- Xoay trong: +135; xoay ngoài 1st: -135 ; xoay ngoài 2nd: +45

Phản hồi

Trong ngôi chòm Chẩm Châu Phái Sau và số kiểu Chẩm Vê, ở thì xoay trong, thóp sau từ vị trí 7 giờ sẽ xoay 135° theo chiều kim đồng hồ để đến vị trí 12 giờ. Sau khi xoay, người sẽ hướng vào đường kính trước sau của eo trên, bằng cách xoay 45° theo chiều kim đồng hồ, làm cho đầu xoay ngoài lần 2nd theo cùng hướng và cùng độ lớn.

- Khám âm đạo, sờ thấy được vòm胎 nhi nằm gần trung tâm của cổ tử cung. Bạn nghĩ gì? Chọn một câu đúng *

- Ngôi lọt bất đối xứng ✓
- Là dấu hiệu thường gặp
- Đầu thai cúi không tốt
- Đầu bị uốn khuôn dài

Phản hồi

Nếu xảy ra tình trạng bất thường xứng giữa kích thước của eo trên và các kích thước của đầu thai, thì thai sẽ phản ứng bằng 2 cách: (1) Chồng các xương sọ lên nhau. Do các xương sọ ở thai vẫn chưa liền, nên thai có khả năng chồng sọ để làm giảm các kích thước của đầu, uốn khuôn theo hình dạng của ống sanh. Ta gọi là hiện tượng uốn khuôn của đầu thai. Bất thường xứng giữa đầu thai và khung chậu càng nhiều thì hiện tượng uốn khuôn càng nặng nề. Sự uốn khuôn như không ảnh hưởng đến quá trình

tượng uốn khuôn càng nặng nề. Sự uốn khuôn hình khung ảnh hưởng đến các cấu trúc nội so của thai. Tuy nhiên, nếu sự uốn khuôn nghiêm trọng và nặng nề thì có khả năng sẽ ảnh hưởng đến các cấu trúc nội so, nhất là các mạch máu của khoang dưới nhện. (2) Đi vào theo một mặt phẳng khác. Trong trường hợp này, ngôi thai sẽ nghiêng đầu sang bên, để lách tránh tự từng bướu đỉnh vượt qua lối vào hẹp. Hệ quả là mặt phẳng lọt của đầu không còn song song với mặt phẳng của eo trên nữa. Khi quan sát, ta chỉ thấy có một bướu đỉnh trình trước eo trên. Trường hợp này còn được gọi là ngôi tai (ear presentation). Ta gọi là hiện tượng lọt không đổi xứng. Như vậy, các hiện tượng biến hình, gồm uốn khuôn và lọt không đổi xứng là các dấu chỉ của tình trạng bất tương xứng giữa khung chậu mẹ và các đường kính lọt của thai nhi.

X Dạng khung chậu nào gây khó khăn nhiều nhất cho cuộc sanh ngôi chỏm? Chọn một câu đúng *

- Khung chậu dạng hầu
- Khung chậu dạng phụ
- Khung chậu dạng dẹt
- Khung chậu dạng nam

X

Câu trả lời đúng

- Khung chậu dạng hầu

Phản hồi

Có 4 dạng khung chậu theo Caldwell-Moloy:

(1) **Khung chậu dạng phụ (gynecoid)** là dạng khung chậu thường thấy nhất ở phụ nữ. Đây là loại khung chậu có hình dạng đều đặn, đường kính từ trực giữa ra trước và ra sau gần bằng nhau, ra trước hơn ra sau chút ít. Nhìn toàn diện khung chậu này có hình bầu dục, đường kính ngang lớn hơn đường kính trước sau chút ít. Gai hông không nhọn. Đây là dạng khung chậu thuận lợi nhất cho cuộc sanh.

(2) **Khung chậu dạng nam (android)** giống khung chậu đàn ông. Dạng khung chậu này có đường kính từ trực giữa ra trước dài hơn ra sau rõ rệt. Nhìn toàn diện, khung chậu này có hình quả tim, phần sau không tròn mà lại thẳng, với móm nhô gõ rất nhiều về phía trước. Bờ hai bên nhô, hai gai hông nhọn. Dạng khung chậu này thường đi đôi với việc ngôi lọt ở kiểu thế sau, do phần eo trên ở phía sau thường rộng hơn phía trước. Đường kính ngang eo giữa bị thu nhỏ nhưng do độ cong xương cùng khá tốt nên thường ngôi có thể tự xoay được trong hành trình qua eo giữa.

(3) Khung chậu dạng dẹt (*Platypelloid*) có đường kính ngang lớn hơn rõ so với đường kính trước sau. Xương cùng ngắn, ngừa ra sau. Khung chậu này dễ gây ngưng xoay ở kiểu thế ngang, với hệ quả là chuyển dạ tắc nghẽn ở bình diện của eo giữa.

(4) Khung chậu dạng hầu giống như khung chậu ở loài khỉ. Dạng khung chậu này có đường kính ngang nhỏ hơn đường kính trước sau rất nhiều. Hai bờ vách chậu hai bên nhô, xương cùng dài, mõm nhô ngừa ra sau. Hai gai hông nhọn. Dạng khung chậu này là dạng khung chậu gây khó khăn nhiều nhất cho cuộc sanh trên cả 3 bình diện eo trên, eo giữa và eo dưới.

✓ Trong lý thuyết về can thiệp tích cực giai đoạn 3 thường qui, yếu tố 1/1 nào là cơ sở nền tảng? Chọn một câu đúng *

- Xoa bóp tử cung liên tục duy trì sự gò tử cung
- Kéo dây rốn có kiểm soát thu ngắn giai đoạn 3
- Kẹp cắt dây rốn sớm để giúp nhau bong sớm
- Chỉ định dùng oxytocin ngay sau khi sổ vai



Phản hồi

Dự phòng BHSS có thể là dự phòng sơ cấp (*primary*) như nhận diện yếu tố nguy cơ BHSS ở thai phụ, thực hiện phòng tránh chuyển dạ kéo dài bằng cách dùng sán đỡ, thực hiện cuộc sanh an toàn và đúng kỹ thuật, kể cả sanh thường hay sanh thủ thuật. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đề nghị thực hành can thiệp tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ (*active management of the 3rd stage of labor*). Ý tưởng của can thiệp là việc thực hiện sớm sổ nhau, khi tử cung đã gò dưới oxytocin, sẽ làm giảm tổng lượng máu mất. Mục tiêu của việc thực hiện can thiệp tích cực giai đoạn 3 là làm giảm tỉ lệ BHSS. Tuy nhiên, sau nhiều năm thực hiện, các số liệu thống kê rất lớn cho thấy can thiệp tích cực giai đoạn 3 có làm giảm tổng lượng máu mất một cách có ý nghĩa thống kê, nhưng lượng máu mất giảm được lại không có ý nghĩa lâm sàng (dưới 100 mL). Can thiệp tích cực giai đoạn 3 không làm giảm có ý nghĩa tần suất của BHSS. Hiện nay, WHO vẫn khuyến khích thực hiện can thiệp tích cực giai đoạn 3 một cách có điều kiện. Điều kiện quan trọng nhất mà WHO đưa ra để thực hiện can thiệp tích cực giai đoạn 3 là có nhân sự được huấn luyện để có thực hiện đúng kỹ thuật này. Nội dung can thiệp tích cực giai đoạn 3 gồm 3 điểm cơ bản: thuốc co hồi tử cung, kéo dây rốn có kiểm soát và xoa bóp tử cung. Thuốc co hồi tử cung là yếu tố quan trọng nhất của can thiệp tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ. Oxytocin là thuốc được ưu tiên lựa chọn. Oxytocin được dùng bằng đường tiêm bắp, với liều 10 IU, thực hiện ngay sau sổ vai. Kéo dây rốn có kiểm soát là thành tố thứ nhì của can thiệp tích cực giai đoạn 3. Việc thực hiện sớm sổ nhau, khi tử cung đã gò dưới oxytocin, sẽ làm giảm tổng lượng

máu mặt. Kép dây rốn gần sát âm hộ, một tay cầm kép dây rốn, đặt một tay lên bụng sản phụ, phía trên xương vé để giữ cho đáy tử cung không bị lộn khi kéo dây rốn. Khi có cơn co tử cung, tạo bởi oxytocin đã tiêm trước đó, khuyến khích sản phụ rặn xuống đồng thời kéo nhẹ dây rốn giúp sổ nhau, đồng thời tay trên vệ chấn không cho tử cung di chuyển khi kéo dây rốn. Nhau sẽ nhẹ nhàng tróc và sổ khi kéo. Khi nhau ra đến âm hộ, tiến hành đỡ nhẹ bánh nhau bằng hai tay và xoay nhẹ để sổ trọn màng nhau như thường qui.

X Vấn đề nguy hiểm nhất có thể gặp khi gây tê ngoài màng cứng để 0/1 giảm đau sản khoa là gì? Chọn một câu đúng *

- Bơm thuốc tê vào tủy sống
- Biến động tim thai sau gây tê X
- Tụt huyết áp nghiêm trọng
- Tụ máu ngoài màng cứng

Câu trả lời đúng

- Bơm thuốc tê vào tủy sống

Phản hồi

Khi thực hiện tê ngoài màng cứng, hạ huyết áp ở thai phụ là tác dụng phụ hay gặp nhưng thoáng qua, có thể phòng ngừa bằng cách bù dịch truyền nhanh và theo dõi sát sinh hiệu. Tuy nhiên, biến chứng này có thể ảnh hưởng đến thai nhi làm thay đổi nhịp tim thai thoáng qua. Hiếm khi nhịp tim thai giảm nặng và kéo dài, trong trường hợp này có thể gây tình trạng toan chuyển hóa. Do đó, theo dõi sát sinh hiệu sản phụ và monitoring tim thai liên tục là cần thiết cho sản phụ sau giảm đau bằng tê ngoài màng cứng. Chọc thủng màng cứng và catheter chui vào tủy sống hay lòng mạch là biến chứng nhất thời, hiếm gặp. Tuy nhiên do cơ chế phong bế khác nhau, tê tủy sống được thực hiện bằng cách bơm thuốc tê vào dịch não tủy, liều thuốc và tỷ trọng cao của dịch thuốc là hai yếu tố quyết định thời gian và độ rộng của phong bế. Với tê ngoài màng cứng là bơm thuốc vào khoang ngoài màng cứng, tỷ trọng không phải là một yếu tố quan trọng, mà thể tích và tổng liều của thuốc bơm mới ảnh hưởng đến độ rộng và độ sâu của phong bế. Việc đâm thủng màng cứng và bơm thuốc tê có tỉ trọng thấp vào khoang tủy sống với một lượng lớn có thể gây biến chứng chết người.

✓ Vì sao nói thông khí áp lực dương là thao tác cơ bản trong hồi sức sơ sinh? Chọn một câu đúng *

- Vì thao tác này làm giảm trở kháng tiểu tuần hoàn ✓
- Vì thao tác này khắc phục tình trạng toan chuyển hóa
- Vì thao tác này khắc phục tình trạng toan hô hấp
- Vì thao tác này cung cấp oxygen cho sơ sinh

Phản hồi

Trong những thời khắc đầu tiên của cuộc sống ngoài tử cung, thai sẽ có động tác hít vào làm cho không khí tràn vào phế nang. Phế nang, trước đó đã được trang bị các surfactant làm giảm sức căng bề mặt của chúng, sẽ nở ra. Phổi nở ra làm giảm ngay tức khắc trở kháng của tiểu tuần hoàn. Một khác, hệ thống trở kháng thấp là giường nhau bị tách rời khỏi thai nhi do động tác cất rốn, gây ra một sự tăng đột ngột của trở kháng ngoại vi.

Giảm trở kháng tiểu tuần hoàn và tăng trở kháng ngoại vi là hai hiện tượng song hành, ngay tức khắc tái định hướng lại lưu thông máu. Máu về nhĩ phải sẽ không còn theo lỗ Botal nữa, do lỗ này đã bị đóng khi áp suất nhĩ trái đã tăng theo sự tăng trở kháng ngoại vi. Lúc này, dòng máu từ nhĩ phải sẽ qua van 3 lá vào thất phải rồi vào động mạch phổi, nơi có trở kháng thấp hơn rất nhiều so với trở kháng của tuần hoàn trái, tức đại tuần hoàn. Sau đó, máu đến phế nang và thực hiện những trao đổi khí đầu tiên tại nơi này. Như vậy tiểu tuần hoàn chức năng đã được thiết lập. Máu bão hòa oxygen theo tĩnh mạch phổi về tâm nhĩ trái, qua van 2 lá vào tâm thất trái và đi vào đại tuần hoàn. Điểm thiết yếu nhất trong hồi sức sơ sinh là giúp chúng thiết lập được tiểu tuần hoàn chức năng. Để thiết lập được tiểu tuần hoàn chức năng, việc quan trọng nhất phải thực hiện được, bằng mọi giá, là làm giảm trở kháng tiểu tuần hoàn. Điều này chỉ có thể đạt được khi và chỉ khi tạo ra được một thông khí tốt ở phổi, làm nở phế nang, làm giảm trở kháng của hệ thống giường mao mạch phổi.

Vì thế, thao tác quan trọng nhất trong hồi sức sơ sinh là đánh giá tình trạng hô hấp và hỗ trợ thông khí phổi. Thông khí áp lực dương là biện pháp được ưu tiên thực hiện khi sơ sinh không tự thực hiện được các động tác hít vào đầu tiên. Đánh giá tình trạng hô hấp của sơ sinh trong vòng 30 giây sau sanh. Nếu bé thở nắc hoặc không thở, bắt đầu giúp thở bằng bóng áp lực dương với tần số từ 40 đến 60 lần/phút với oxygen 100%. Khí trời cũng có thể dùng được. Áp lực đỉnh thì hít vào lên đến 40 cm nước là điều cần thiết để khởi động hô hấp. Lưu ý rằng bóng phải có van điều áp. Áp lực dương quá cao sẽ làm vỡ phế nang và gây tràn khí màng phổi.

Google Biểu mẫu

