

Rối loạn chuyển hóa carbohydrate trong thai kỳ
Readiness Assurance Test



c xác định có
D. cân nặng

Sinh trắc thai

(percentile)

50
75
90



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
Rối loạn chuyển hóa carbohydrate trong thai kỳ

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

7/10

1. Tác nhân quan trọng nhất gây hiện tượng đề kháng Insuline ở thai phụ trong thai kỳ là gì? **Chọn một câu đúng.**
 - a. human Chorionic Gonadotropin (hCG)
 - b. human Placental Lactogen (hPL)
 - c. Cortisol nguồn gốc nhau thai
 - d. Estrogen và progesterone
2. Nguyên nhân nào gây đột tử cho thai nhi ở thai phụ có đái tháo đường thai kỳ? **Chọn một câu đúng.**
 - a. Biến độ biến động nồng độ đường huyết ở máu mẹ lớn
 - b. Nồng độ đường huyết cao thường trực trong máu mẹ
 - c. Tình trạng nhiễm toan ketone ở mẹ do đái tháo đường
 - d. Thoái hóa bánh nhau do đái tháo đường gây giảm trao đổi chất
3. Sự lệch pha giữa chế tiết insulin nồng độ đường huyết ở con dẫn đến hệ quả nào? **Chọn một câu đúng.**
 - a. Thai to so với tuổi thai
 - b. Thai chậm tăng trưởng
 - c. Dư thừa thể tích nước ối
 - d. Đột tử ở thai đang khỏe
4. Trong chiến lược tầm soát đái tháo đường thai kỳ, tầm soát nào là tầm soát sơ cấp? **Chọn một câu đúng.**
 - a. Test dung nạp glucose
 - b. Định lượng nồng độ HbA₁C
 - c. Định lượng đường huyết đói và sau ăn
 - d. Test nước tiểu bằng que nhúng tìm glucose
5. Trong tầm soát đái tháo đường thai kỳ, test nào có tỉ lệ dương sai (FPR) cao nhất? **Chọn một câu đúng.**
 - a. Định lượng insulin huyết tương
 - b. Test dung nạp 100 gram glucose
 - c. Test dung nạp 75 gram glucose
 - d. Test dung nạp 50 gram glucose
6. Dấu hiệu nào gợi ý glycemia không được kiểm soát tốt ở thai phụ có đái tháo đường thai kỳ? **Chọn một câu đúng.**
 - a. Thai to so với tuổi thai
 - b. Tăng AFI trong 3 tháng giữa
 - c. Thai chậm tăng trưởng
 - d. Chúng đều có ý nghĩa gợi ý

Đường huyết ko kiểm soát thì một chiều, chiều ngược lại thì sao?
7. Hành động nào có thể làm giảm tỉ lệ thai kỳ có kết cục xấu khi có đái tháo đường thai kỳ? **Chọn một câu đúng.**
 - a. Phải thực hiện tốt tiết chế
 - b. Nên tăng số lần khám thai
 - c. Nên châm dứt thai kỳ sớm
 - d. Chúng quan trọng như nhau
8. Thai kỳ với đái tháo đường, khảo sát nào có ý nghĩa nhất trong nỗ lực làm giảm đột tử ở thai? **Chọn một câu đúng.**
 - a. Velocimetry Doppler
 - b. Contraction Stress Test
 - c. Non-stress Test
 - d. Glycemia đói và sau ăn

ng 20 phút

Readiness Assurance Test gồm 10 câu.

Thời gian làm test 10 phút

Rối loạn chuyển hóa carbohydrate trong thai kỳ
Readiness Assurance Test

Phân biệt rõ ràng

9. Kể từ sau tuần lễ thứ 31, nếu nghi có bất dung nạp đường, bạn sẽ yêu cầu xét nghiệm nào? *Chọn một câu*
- a. Test dung nạp đường huyết
- b. Đường huyết đói và 2 giờ sau ăn
- c. Theo dõi diễn biến đường niệu
- d. Định lượng insuline huyết tương
- Sau 28 tuần không dùng test dung nạp glucose nữa
Vì sao sau 28 tuần không dùng nữa?
- ~~✓~~
10. Khi quản lý một trường hợp đái tháo đường thai kỳ, điều nào sau đây là đúng? *Chọn một câu đúng*
- A a. Bắt đầu với điều trị bằng tiết chế. Chỉ dùng thuốc nếu thất bại. Thuốc có thể là metformin hoặc insuline
- b. Nếu trước khi mang thai không bị đái tháo đường, thì không có chỉ định dùng thuốc hạ đường huyết
- c. Đánh giá ổn định đường huyết bằng các triệu chứng lâm sàng quan trọng hơn là glycemia đói và sau ăn
- d. Giới hạn lượng carbohydrate ăn vào quan trọng hơn là việc chia nhỏ lượng carbohydrate ra nhiều bữa nh

Chia nhỏ quan trọng hơn

1.

2.

C

3.

4.

5.

6.

7.



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý tăng huyết áp 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

1. Bất thường trong cách xâm nhập của nguyên bào nuôi vào các động mạch xoắn ở màng rung là sự khởi đầu của cơ chế bệnh sinh chủ yếu của tiền sản giật. Bất thường này được thể hiện sớm nhất qua dấu hiệu nào? Chọn một câu đúng

- a. Tăng trở kháng giường mạch máu rốn ở nhau.
- b. Tăng trở kháng của động mạch tử cung
- c. Tăng lưu lượng dòng chảy qua mạch máu rốn
- d. Tăng lưu lượng dòng chảy qua động mạch tử cung

B

2. Nguyên nhân gây ra phù não trong tiền sản giật là gì? Chọn một câu đúng

- a. Thay đổi áp lực keo của huyết tương do cô đặc máu
- b. Tăng áp suất thủy tĩnh mao mạch do tăng huyết áp
- c. Tăng tính thấm thành mạch do tổn thương cấu trúc✓
- d. Rối loạn thăng bằng kiềm-toan do tình trạng thiếu O₂

C

3. Năm 2013, ACOG đã đề nghị những thay đổi quan trọng trong tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật, trong đó có tiêu chuẩn liên quan đến tình trạng đạm niệu. Thay đổi liên quan đến đạm niệu này đã được ACOG phát biểu thế nào? Chọn một câu đúng

- a. Sự hiện diện của đạm niệu không còn được xem là yếu tố quan trọng để chẩn đoán tiền sản giật
- b. Khi đạm niệu ở mẫu nước tiểu bất kỳ âm tính thì phải thực hiện đạm niệu 24 giờ để chẩn đoán
- c. Chẩn đoán tiền sản giật có thể được thiết lập mà không cần sự có mặt của đạm niệu
- d. Mức đạm niệu cao hơn 5 gram trong 24 giờ là một dấu hiệu nặng của tiền sản giật

C

4. Xử trí tiền sản giật với dấu hiệu nặng phải tuân thủ các nguyên tắc quan trọng. Chọn một nguyên tắc được phát biểu đúng

- a. Chấm dứt thai kỳ là biện pháp duy nhất giải quyết triệt để tình trạng tiền sản giật
- b. Điều kiện quan trọng nhất để quyết định chấm dứt thai kỳ là diễn biến nặng của đạm niệu
- c. Mục tiêu dùng thuốc chống tăng huyết áp là đưa huyết áp của thai phụ về trị số bình thường
- d. Mục tiêu của dùng MgSO₄ là dùng tác dụng an thần của nó để ngăn cản sự xuất hiện co giật

A

5. Hãy xác định điều trị nào là điều trị nền tảng của quản lý tiền sản giật? Chọn một câu đúng

- a. Thuốc chống tăng huyết áp
- b. Magnesium sulfate
- c. Nhóm barbiturate hoặc nhóm zepam
- d. Thuốc chống kết tập tiểu cầu

A

6. Hãy xác định các đặc điểm của thay đổi hô hấp ở bệnh nhân bị ngộ độc MgSO₄ khi điều trị tiền sản giật. Chọn một câu đúng

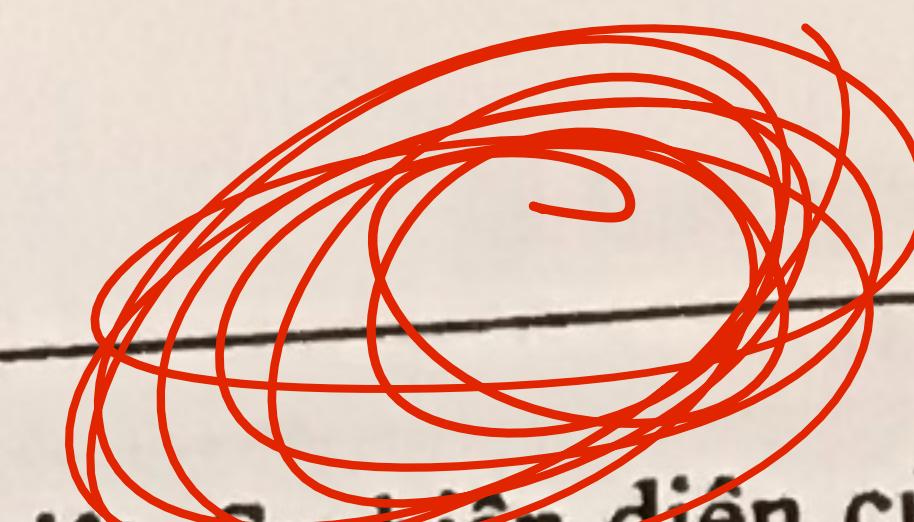
- a. Thở nhanh, nóng, co kéo
- b. Thở chậm, không co kéo
- c. Thở kiểu Cheyne-Stokes
- d. Thở kiểu Kussmaul

B

7. Nhiều nhóm thuốc chống tăng huyết áp khác nhau được đề nghị dùng trong điều trị tiền sản giật. Nhóm thuốc chống tăng huyết áp nào đánh trực tiếp vào cơ chế bệnh sinh của bệnh lý này? Chọn một câu đúng

- a. Thuốc ức chế kênh canxi
- b. Thuốc ức chế thụ thể alpha
- c. Thuốc ức chế thụ thể beta
- d. Thuốc giãn mạch trực tiếp

D



8. Có thể xuất hiện thai chậm tăng trưởng trong tử cung khi có tiền sản giật. Sự hiện diện của tình trạng thai chậm tăng trưởng trong tử cung ảnh hưởng ra sao đến quyết định xử trí tiền sản giật? *Chọn một câu đúng*
- a. Tình trạng này xác lập chẩn đoán tiền sản giật có biểu hiện nặng. Khi đó, xử trí như tiền sản giật có biểu hiện nặn
 - b. Nguyên tắc xử trí tiền sản giật là không đổi. Xử trí thai song song thai chậm tăng trưởng tùy vào tình trạng thai
 - c. Thuốc chống tăng huyết áp và corticoids liệu pháp có thể được dùng an toàn, dù có tình trạng thai chậm tăng trưởng
 - d. Tiền sản giật là một bệnh lý độc lập. Xử trí tiền sản giật không bị thay đổi khi có kèm tình trạng thai chậm tăng trưởng
9. Các bằng chứng y học chứng cứ hiện nay đã cho thấy biện pháp nào có hiệu quả trong dự phòng tiền sản giật ở dân số nguy cơ cao của tiền sản giật? *Chọn một câu đúng*
- a. Dùng các chất chống oxy hóa
 - b. Dùng progesterone
 - c. Bổ sung vitamin D
 - d. Dùng acetylsalicylic acid = Aspirin
10. Suy thận cấp trong tiền sản giật được xếp vào nhóm nào? *Chọn một câu đúng*
- a. Hoại tử ống thận cấp
 - b. Hoại tử vỏ thận cấp
 - c. Giảm cung lượng tuần hoàn
 - d. Suy thận cấp sau thận

3EF

CD



Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ
Readiness Assurance Test

xuất hiện vài
át thường, kết

dài, chúc sau.

áng nhẹ, trong

hai nghe bằng

sậm.

nh mổ sanh ở

ghi nhận một

èn sản giật

tiền sản giật

Giai quyết co mạch. (thuốc giãn mạch)

Furosemide (thải chất độc)

Bù H₂O (cho có V.mạch).

i cùng quan trọng I: Chấm dứt thai kỳ.



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ

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

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

- Trong nguồn gốc bệnh sinh sâu xa của tiền sản giật, yếu tố nào đóng vai trò quan trọng nhất? **Chọn một câu đúng**
 - a. Estrogen
 - b. Progesterone
 - c. Human Chorionic Gonadotropin
 - d. Human Placental Hormone

Multi - mechanism. ↗ genetic ↗ inflammatory reactions ↗ progesterone
- Tiến trình giả tạo mạch của nguyên bào nuôi tại động mạch xoắn dẫn đến hiện tượng nào? **Chọn một câu đúng**
 - a. Tăng dòng chảy qua giường nhau
 - b. Tăng trở kháng động mạch tử cung
 - c. Tăng trở kháng động mạch rốn
 - d. Tăng trở kháng động mạch não giữa
- Trên bệnh nhân đã xác định có tiền sản giật, sự hiện diện của dấu hiệu nào trong các dấu hiệu sau cho phép thiết lập chẩn đoán tiền sản giật với biểu hiện nặng? **Chọn một câu đúng**
 - a. Tăng trở kháng dòng chảy qua động mạch tử cung với khuyết đầu tâm trương
 - b. Thiếu ôi nặng kèm theo biểu đồ tăng trưởng thai nằm dưới đường bách phân vị thứ ba
 - c. Hiện diện trong nước tiểu của hemoglobin và các thành phần hữu hình khác của máu
 - d. Cô đặc máu với tăng hematocrite và biểu hiện khác của thoát quản huyết tương như phù

AKI ↗ tai thận (chủ yếu). trước thận (làm nặng thêm). Phù nhiều cause, câu C tán huyết
- Trong bối cảnh của một chẩn đoán tiền sản giật có dấu hiệu nặng đã được thiết lập, với các tình huống sau, ở tình huống nào có thể ra được quyết định kéo dài thêm thai kỳ? **Chọn một câu đúng**
 - a. Khi đã có chẩn đoán tiền sản giật với biểu hiện nặng thì phải chấm dứt thai kỳ ngay khi có thể được
 - b. Khi đã đưa được trị số huyết áp về mức độ mong muốn và giữ được huyết áp ổn định ở mức này
 - c. Khi các dấu hiệu thần kinh hay các dấu hiệu khác của tiền sản giật biểu hiện nặng đã mất đi
 - d. Khi kết quả khảo sát sức khỏe thai vẫn còn cho phép kéo dài thêm cuộc sống trong tử cung của thai
- Điều trị nào là nền tảng của tiền sản giật với biểu hiện nặng? **Chọn một câu đúng**
 - a. Thuốc chống tăng huyết áp
 - b. Chấm dứt thai kỳ
 - c. Magnesium sulfate
 - d. Cả ba điều trị trên có vai trò tương đương nhau
- Trong bối cảnh của một chẩn đoán tiền sản giật có dấu hiệu nặng đã được thiết lập, phải chấm dứt thai kỳ ở thời điểm nào? **Chọn một câu đúng**
 - a. Chấm dứt thai kỳ ngay, không điều kiện
 - b. Chấm dứt thai kỳ khi thai đủ khả năng sống
 - c. Chấm dứt thai kỳ ngay sau khi đủ liều corticoids
 - d. Chấm dứt thai kỳ khi đã cố gắng ổn định nội khoa

Cho sinh là stress, cần ổn định nội khoa trước (tim mạch, huyết động)
- Khi thực hiện điều trị chống tăng huyết áp bằng hydralazine, vì sao nên dùng kèm thêm một chẹn α và β khác là labetalol? **Chọn một câu đúng**
 - a. Tác dụng đơn thuần trên trớ kháng ngoại vi, không có tác dụng trung ương
 - b. Mất cân đối giữa thể tích lòng mạch và tổng khối lượng tuần hoàn
 - c. Tác dụng quá nhanh nhưng lại không bền vững của hydralazine
 - d. Cả ba đặc điểm trên khiến việc phải dùng thêm một thuốc chống tăng huyết áp khác là bắt buộc

Có thể dùng propranolol, labetalol hơn do tác dụng dẫn mạch ở giường mạch máu nhau

HELLP: → Hemolysis: DIC. (thoát huyết tế bào ngoại → ↓ yếu tố đông máu)
{tiểu cầu → ↓ tiểu cầu}

Duy trong
hậu sản 24h

8. Trong điều trị dự phòng co giật bằng Magnesium sulfate, cần lưu ý điều gì? **Chọn một câu đúng**
 a. Ngưng magnesium sulfate khi không thỏa mãn các điều kiện đảm bảo thanh thải chất này
 b. Ngưng magnesium sulfate nếu không đạt được mục đích điều trị, tức trong trường hợp có sản giật
 c. Ngưng magnesium sulfate khi đã ổn định được tình trạng tăng huyết áp và các dấu hiệu nặng
 d. Việc ngưng magnesium sulfate buộc phải được cẩn cứ trên nồng độ Mg^{++} có được qua ion đồ
9. Động thái dùng aspirine để dự phòng tiền sản giật phải được triển khai thực hiện ra sao? **Chọn một câu đúng**
 a. Phải chấm dứt khi có bằng chứng của việc dự phòng đã thất bại như có tăng huyết áp
 b. Nên được bắt đầu kể từ tuần lễ thứ 20 của thai kỳ, bắt đầu có nguy cơ có tiền sản giật
 c. Chỉ triển khai aspirine dự phòng cho nhóm đối tượng được đánh giá là có nguy cơ cao
 d. Cần tôn trọng cả 3 nguyên tắc trên khi thực hiện dự phòng tiền sản giật bằng aspirine
10. Trong các trường hợp có tiền sản giật với biểu hiện nặng đang được điều trị sau, điều trị bị xem là thất bại tr
trường hợp nào? **Chọn một câu đúng**
 a. Xảy ra cơn sản giật
 b. Xảy ra hội chứng HELLP
 c. Xảy ra nhau bong non
 d. Cả ba tình huống trên đều được xem là các thất bại của điều trị

Hydralazine :

Nife Nicar - dipine: → nguy cơ ↓ HA hơn Hydralazine → ↓ tuần hoàn tử cung - nhau.

Liu Corticoid | Thời thai.
Tình trạng mẹ.
Điều kiện chăm sóc sơ sinh

$MgSO_4$ trong/tuổi thai non: 24-32 tuần mục đích gì?
TSG nặng.

Nguyên tắc: Chấm dứt thai kỳ bất kể tuổi thai.
Có thể hoà điều trị; nếu ổn định.

Nội khoa thi tri hoán đổi từ liều Corticoid
thêm chí chờ đủ liều vẫn chấm dứt thai kỳ luôn.

bảo vệ não em bé?

ngừa co giật?

keo dài thai kỳ đến khi nào?

1. Trong các
kỳ? **Chọn**
 ✓ a. Thay
 b. Tăng
 c. Nồng
 d. Cả 3
2. Nội dung
đầu tại th
a. Ở m
 b. Ở m
 c. Ở m
 ✓ d. Ngay
3. Làm gì ở
thời gian
a. Khi t
 b. Vẫn t
 ✓ c. Lúc r
 ✓ d. Lúc r

4. Phải hiểu
a. NPY
 ✓ b. Ở tại
 c. Tính
 d. Khi te

5. Ở một ng
lược tầm s
a. Duy t
 b. Phải t
 c. Phải t
 ✓ d. Hoàn

6. Nguyên n
 ✓ a. Hạ đ
 b. Tăng
 c. Dị tật
 d. Chậm

7. Làm thế
trú? **Chọn**
 ✓ a. Phân
 ✓ b. Phân



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

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

1. Trong các biến đổi sau, biến đổi nào là biến đổi đặc trưng, chỉ quan sát thấy ở thai phụ bị mắc đái tháo đường thai kỳ? **Chọn một câu đúng**
- a. Thay đổi không thỏa đáng của tế bào β đảo tụy
 - b. Tăng mạnh hoạt động chế tiết hPL và glucagon
 - c. Nồng độ đường huyết cao một cách thường trực
 - d. Cả 3 biến đổi trên cùng là các biến đổi đặc trưng
2. Nội dung đầu tiên thuộc chuỗi các nội dung của hoạt động tầm soát thường qui đái tháo đường thai kỳ phải được bắt đầu tại thời điểm nào trong thai kỳ, và được thực thi bằng phương thức nào? **Chọn một câu đúng**
- a. Ở một trong các lần khám được thực hiện ở tuần 24-28 của thai kỳ, với test dung nạp 75 gram glucose
 - b. Ở một trong các lần khám thuộc tam cá nguyệt thứ nhất của thai kỳ, với test đường huyết, đường niệu
 - c. Ở một trong các lần khám thuộc tam cá nguyệt thứ nhất của thai kỳ, bằng cách định lượng HbA1C
 - d. Ngay từ lần khám đầu tiên trong thai kỳ, ở đầu tam cá nguyệt thứ nhất, bằng cách đánh giá tiền sử
3. Làm gì ở tam cá nguyệt thứ ba của thai kỳ nếu như thai phụ chưa từng được tầm soát đái tháo đường thai kỳ trong thời gian trước đó? **Chọn một câu đúng**
- a. Khi thai kỳ đã ở vào tam cá nguyệt thứ ba thì không còn chỉ định tầm soát đái tháo đường thai kỳ nữa
 - b. Vẫn tầm soát bằng test 75 gram glucose, nhưng cần chọn cut-off phù hợp với tam cá nguyệt thứ ba
 - c. Lúc này, hoạt động hPL-glucagon rất mạnh, nên phải thay test 75 gram glucose bằng test 100 gram glucose
 - d. Lúc này, không thể tầm soát đúng nghĩa được nữa, nên phải dựa vào lâm sàng, sinh trắc và đường huyết
4. Phải hiểu như thế nào khi kết quả thực hiện test dung nạp 75 gram glucose cho kết quả âm tính? **Chọn một câu đúng**
- a. NPV cao. Thai phụ này sẽ không bị đái tháo đường thai kỳ trong thời gian còn lại của thai kỳ này
 - b. Ở tại thời điểm thực hiện test 75 gram glucose, thai phụ này không bị đái tháo đường thai kỳ
 - c. Tính đến thời điểm thực hiện test 75 gram glucose, thai phụ này chưa có đái tháo đường thai kỳ
 - d. Khi test dung nạp 75 gram glucose âm tính, cần làm thêm test dung nạp 100 gram glucose để kết luận
5. Ở một người đã biết có đái tháo đường từ trước khi mang thai và đang được điều trị với một điều trị nào đó, chiến lược tầm soát đái tháo đường thai kỳ sẽ được triển khai như thế nào? **Chọn một câu đúng**
- a. Duy trì điều trị hiện tại đến lúc làm test dung nạp glucose ở 24-28 tuần, tùy kết quả sẽ điều chỉnh điều trị
 - b. Phải thực hiện test 75 gram glucose ở thời điểm sớm nhất có thể, để có quyết định điều trị mới, phù hợp
 - c. Phải thực hiện test 100 gram glucose ở thời điểm sớm nhất có thể, để có quyết định điều trị mới, phù hợp
 - d. Hoàn toàn không cần tầm soát. Bà ta phải được tiếp tục điều trị như hiện tại và điều chỉnh điều trị khi cần
6. Nguyên nhân thường gặp nhất của đột tử ở thai nhi ở thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ là gì? **Chọn một câu đúng**
- a. Hạ đường huyết ở thai, xảy ra một lúc sau đợt tăng đường huyết ở mẹ bị đái tháo đường thai kỳ
 - b. Tăng đường huyết quá cao ở thai, hệ quả của tăng đường huyết ở mẹ bị đái tháo đường thai kỳ
 - c. Dị tật bẩm sinh tim mạch ở thai nhi, rất phổ biến ở thai nhi có mẹ bị đái tháo đường mang thai
 - d. Chậm tăng trưởng trong tử cung, thường thấy ở thai nhi có mẹ bị đái tháo đường mang thai
7. Làm thế nào để đánh giá một cách đơn giản và tin cậy về sự hiệu quả của việc thực hiện MNT ở bệnh nhân ngoại trú? **Chọn một câu đúng**
- a. Phân tích số liệu ghi nhận từ nhật ký theo dõi đường huyết mao mạch, tự thực hiện 4-6 lần mỗi ngày ở nhà
 - b. Phân tích sự tăng cân ở thai phụ, thông số đường huyết, diễn biến của sinh trắc bào thai và thể tích nước ối

Rối loạn chuyển hóa carbohydrate trong thai kỳ

Readiness Assurance Test

- c. Phân tích diễn biến qua các lần khám ngoại trú của số đo đường huyết đói, đường huyết sau ăn và HbA1C
d. Không có biện pháp đơn giản và tin cậy. Buộc phải kết hợp cả 3 dữ kiện trên để đánh giá hiệu quả của MNT

8. Khi thực hiện điều trị đái tháo đường thai kỳ bằng điều trị tiệt chế nội khoa (MNT), bạn phải lưu ý đảm bảo điều gì?

Chọn một câu đúng

- a. Đái tháo đường mắc trước khi có thai yêu cầu MNT nghiêm ngặt hơn là đái tháo đường mới có trong thai kỳ
b. Trong trường hợp phải dùng thuốc tăng nhạy insulin hay dùng insulin, yêu cầu MNT sẽ ít nghiêm ngặt hơn
c. Nội dung của MNT bao gồm cả kiểm soát tất cả các chất, không chỉ đơn thuần là kiểm soát carbohydrate
d. MNT nghiêm ngặt là nội dung nền tảng cho mọi điều trị, dù là điều trị không thuốc hay có dùng thuốc bất kỳ

9. Vì sao sơ sinh sinh ra từ một bà mẹ bị đái tháo đường thai kỳ lại có nguy cơ cao bị hạ đường huyết trong những ngày đầu tiên? **Chọn một câu đúng**

- a. Vì các trẻ này to, có nhu cầu cao về carbohydrate, nên nguồn carbohydrate trong sữa mẹ không đủ
b. Vì tình trạng quá tiết insulin do phì đại đảo tụy ở trẻ do đáp ứng với glucose nồng độ cao trong thai kỳ
c. Vì đáp ứng epinephrin-glucagon của trẻ với hạ đường huyết sau cắt rốn không đủ để duy trì glycemia
d. Ba yếu tố trên cùng là các nguyên nhân gây tình trạng dễ bị hạ đường huyết ở trẻ có mẹ đái tháo đường thai kỳ

10. Đái tháo đường thai kỳ ở mẹ ảnh hưởng xấu như thế nào trên thai nhi của bà mẹ bị đái tháo đường thai kỳ, sơ sinh và đứa trẻ sinh ra từ bà mẹ bị đái tháo đường thai kỳ? **Chọn một câu đúng**

- a. Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng xấu lên thai nhi, không ảnh hưởng đến sinh lý sơ sinh và phát triển đứa trẻ
b. Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng xấu lên thai nhi và sinh lý sơ sinh, không tác động đến phát triển đứa trẻ
c. Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng xấu lên cả thai nhi, sinh lý sơ sinh và phát triển đứa trẻ
d. Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng xấu lên thai nhi. Còn sơ sinh và đứa trẻ chỉ bị ảnh hưởng nếu có bú mẹ

Rối loạn chuyển hóa carbohydrate trong thai kỳ
Application

TÌNH HUỐNG
Bà A. 28 tuổi, PA
Các dữ kiện lâm
Bà A. cao 1.6 m,
Hãy nhận định về

- A. Tình trạng
B. Tình trạng
C. Chờ đến
D. Thực hiện
E. Thực hiện
F. Thực hiện

TÌNH HUỐNG
Bà B. 26 tuổi, PA
Gia đình có mẹ r
trong cả 2 lần ma
Do có yếu tố nguy
Bà B. cao 1.6 m,
khác nhau ghi nh
AFI hôm nay 16
Hãy nhận định về

- A. Thai kỳ
B. Thai kỳ
C. Thai kỳ
D. Định lượ
E. Thực hiệ
F. Thực hiệ

TÌNH HUỐNG
Hội chứng buồng
Nếu bệnh nhân h
cân. Metformin đ
Bà C. 26 tuổi, PA
công với tiệt chế, l
Bà ta vừa được x
Bà ta cần phải đ
A. Ở thời điểm
B. Ở thời điểm
C. Ở thời điểm
D. Ở thời điểm
E. Ở thời điểm
F. Ở thời điểm

Application gồm 5



Bài ứng dụng

½ sau thai kỳ: bắt thường tăng trưởng bào thai, HIP

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TÌNH HUỐNG 1: TRỄ HỆN

A. 31 tuổi, PARA 0000, hiện mang thai 30 tuần, tuổi thai đúng tính theo kinh chót và siêu âm tam cá nguyệt 1. Anh súi bén thân cô A. không ghi nhận gì lợ, chu kỳ kinh của cô khá đều đặn 30-32 ngày, hành kinh 4-5 ngày, lượng vừa

B. Tiễn sứ gia đình cô mẹ bị đái tháo đường type 2 → nguy cơ cao. A. khám thai tại phòng khám tư, đã được làm đường huyết đối trong 3 tháng đầu, kết quả 98 mg/dL → (+) (-) > 85. A. khám thai tại phòng khám tư, đã được làm đường huyết đối trong 3 tháng đầu, kết quả 98 mg/dL → (+) (-) > 85. C. có lịch hẹn làm test dung nạp 75gr đường lúc thai 26 tuần nhưng do bận việc gia đình nên cô đã không thực hiện. D. quay lại khám thai hôm nay, lúc 30 tuần. Kết quả đường huyết đối của thai phụ sáng nay là 110 mg/dL (-). Kết luận: Lý do để quay lại khám thai hôm nay, lúc 30 tuần. Kết quả đường huyết đối của thai phụ sáng nay là 110 mg/dL (-).

5 tháng đầu tăng tiêu chuẩn cho 100 mg/dL

hết tháng

nguy cơ cao BTO

- A. Đái tháo đường thai kỳ
- B. Đái tháo đường tiềm ẩn
- C. Dung nạp đường bình thường
- D. Không thể kết luận nhưng cần quản lý vì có những nguy cơ tăng đường huyết trong thai kỳ → nguy cơ cao

Chiến lược tầm soát đái tháo đường thai kỳ cho cô A. sẽ như thế nào tại thời điểm này?

- A. Test 50gr đường để xem xét test 100gr đường
- B. Test 75gr đường ngay tại thời điểm này
- C. Đường huyết sau ăn
- D. Định lượng HbA1C
- E. Định lượng đường huyết sau ăn và đánh giá lâm sàng
- F. Không làm gì thêm, chờ tiết chế ngay để hạn chế nguy cơ của HIP

tết kế

- Những điều cần thay đổi trong chiến lược tầm soát tăng đường huyết trong thai kỳ cho thai phụ này?
- A. Thực hiện test 75gr đường từ lần khám thai đầu tiên
 - B. Thực hiện đường huyết sau ăn trong lần khám thai đầu tiên
 - C. Thực hiện HbA1C trong lần khám thai đầu tiên
 - D. Thực hiện test 75gr đường đúng thời điểm

TÌNH HUỐNG 2: HIẾM MUỘN

Bà S. 35 tuổi, PARA 0000, bà lập gia đình cách đây 2 năm, không ngừa thai nhưng vẫn không có thai. → sống ngay từ buồng trứng da nang
Bà cho biết từ lúc dậy thì chu kỳ kinh của bà rất không đều, thay đổi từ 30-90 ngày, hành kinh 5-7 ngày, thỉnh thoảng kinh kéo dài 10 ngày, lượng khí nhiều khi ít. Bà rất dễ tăng cân, cân nặng trước khi mang thai là 74kg, chiều cao 1.65m. → nhé phì (BFIT = BMI)

Do chậm con, bà đã đi khám và được chẩn đoán mắc hội chứng buồng trứng đa nang.

Khảo sát đường huyết của bà trước khi mang thai không ghi nhận bất thường.

Thai kỳ lần này có được sau khi bà được cho kích thích buồng trứng bằng thuốc uống và metformin tại phòng khám tư.

Hiện thai 6 tuần vô kinh tính theo ngày phóng noãn.

Cần thiệp nào sau đây phù hợp cho bà S. ở thời điểm hiện tại?

- A. Tiếp tục metformin và theo dõi bà S. như 1 người mắc DIP suốt thai kỳ
- B. Chuyển sang insulin và theo dõi bà S. như 1 người mắc DIP suốt thai kỳ
- C. Tiếp tục metformin và thực hiện test 75gr tại thời điểm 24-28 tuần
- D. Thực hiện ngay test 75gr đường để quyết định có tiếp tục metformin không

Thời gian dự kiến cho mỗi tình huống 30 phút

Tới thời điểm 24 tuần, bà S. được chẩn đoán giác đái tháo đường thai kỳ.
Bà được điều trị bằng thay đổi lối sống và insulin, đường huyết ổn định. Đến tuần 38 bà chuyển dạ tự nhiên sinh 1 bé trai, cân nặng 3600gr.

Hôm nay là ngày thứ 3 sau sinh, hậu sản ổn định, đường huyết đói của bà là 96 mg/dL và đường huyết sau ăn 1g 135 mg/dL. Bà đã ngưng dùng insulin từ sau sinh. Bạn cần can thiệp gì cho bà S.?

- A. Đánh giá lại tình trạng dung nạp đường 6-12 tuần sau sinh bằng test 75gr đường
- B. Đánh giá lại tình trạng dung nạp đường 6-12 tuần sau sinh bằng các xét nghiệm đường huyết
- C. Tiếp tục quay lại sử dụng metformin
- D. Ngưng metformin đến khi có ý định mang thai lại hết mang thai.
- E. Hướng dẫn chế độ ăn và tập luyện dành cho người đái tháo đường (lý tưởng)
- F. Tái khám trước khi có ý định mang thai để đánh giá lại tình trạng dung nạp đường và ổn định đường huyết trước mang thai
- G. Đánh giá dung nạp đường chỉ cần thực hiện khi mới bắt đầu mang thai

TÌNH HUỐNG 3 : CORTICOSTEROID LIỆU PHÁP VÀ GDM

Cô L. 28 tuổi, PARA 0000, phát hiện đái tháo đường thai kỳ lúc thai 24 tuần do kết quả test 75gr đường bắt thường.

Cô được hướng dẫn chế độ ăn dành cho thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ và theo dõi cho thấy đường huyết được kiểm soát tốt với chế độ ăn khoảng 200gr tinh bột (cơm, gạo lứt) và mức năng lượng cung cấp khoảng 2500 kcal mỗi ngày. Hôm nay cô đến khám vì trầm bung.

Ghi nhận được các vấn đề sau:

Tuổi thai hiện tại là 30 tuần, tuổi thai là chính xác. So với lần khám thai trước cách đây 2 tuần, thai phụ tăng 0.5kg.
Bụng có con gö, 1 con trong mỗi 20 phút

Tim thai 140 lần/phút

Âm đạo có ít khí hư trắng đục, nitrazine test âm tính. CTC đóng.

Siêu âm thấy 1 thai sống có sinh trắc thuộc bách phân vị 40th của thai 30 tuần, SDP = 38 mm, CL = 30 mm.

Thái phụ được chẩn đoán doa sinh non và nhập viện. Thái phụ được lên kế hoạch tiêm corticosteroid nếu kết quả đường huyết bắt kỳ < 200 mg/dL.

Ý kiến của bạn về kế hoạch này?

- A. Nên thử đường huyết đói và 1-2 giờ sau ăn, nếu ổn sẽ tiêm corticoid
- B. Nên thử thêm HbA1C nếu ổn sẽ tiêm corticoid
- C. Không cần xét nghiệm thêm và tiêm ngay corticoid
- D. Cần phải đánh giá lại tình hợp lý của kế hoạch tiêm corticoid

Bất chấp ý kiến của bạn, sau kết quả thử đường huyết bắt kỳ = 105 mg/dL, thai phụ được tiêm corticoid. Kết quả thử đường huyết trước ăn dao động trong khoảng 120-150 mg/dL và sau ăn dao động trong khoảng 150-195 mg/dL. Cần xử trí như thế nào trong trường hợp này?

- A. Theo dõi thêm vì tình trạng này là thoáng qua và sẽ ổn định sau vài ngày
- B. Cho sản phụ hạn chế hơn nữa lượng tinh bột và năng lượng nhập vào trong ngày → ahi huyễn.
- C. Sử dụng các thuốc tăng nhẹ insulin đường uống như metformin hoặc glyburide
- D. Sử dụng insulin để ổn định đường huyết cho đến khi sự bất ổn được cải thiện

TÌNH HUỐNG 4: 8th PERCENTILE

hyp

Cô N. 25 tuổi, mang thai lần đầu, hiện thai 29 tuần tính theo kinh chót và siêu âm tam cá nguyệt 1.

Tiền sử bén thân và gia đình không ghi nhận gì bất thường.
Kết quả các xét nghiệm công thức máu, miễn dịch chưa ghi nhận bất thường, tầm soát lệch bội nguy cơ cơ thấp, siêu âm soft-markers và hình thái lúc 20 tuần chưa ghi nhận bất thường, tầm soát lệch bội nguy cơ thấp, siêu âm soft-markers và hình thái lúc 20 tuần chưa ghi nhận bất thường, tầm soát lệch bội nguy cơ thấp, siêu âm soft-markers và hình thái lúc 17 tuần, ghi nhận sinh trắc thai thuộc bách phân vị 8th theo biểu đồ tăng trưởng Hadlock, lượng nước ối bình thường theo tuổi thai.

Thái phụ được theo dõi đến tuần 20 ghi nhận sinh trắc thuộc bách phân vị 10th. Mỗi 3 tuần, thai phụ được siêu âm đánh giá tăng trưởng thai, sinh trắc dao động trong khoảng percentile 8-10th. Hôm nay, thai phụ tiếp tục đến khám định kỳ, được siêu âm Doppler ghi nhận 1 thai sống trong tử cung có sinh trắc ở bách phân vị 8th, SDP = 27 mm, RI ĐMR, ĐMNG trong giới hạn bình thường.

Nhận định về tình trạng tăng trưởng của thai này

- A. Tăng trưởng thai bình thường.



- B. Thai nhỏ so với tuổi thai.
- C. Thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung khởi phát sớm.
- D. Thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung khởi phát muộn.
- E. Cần can thiệp gì trên thai phụ này?
- A. Chọc ối khảo sát di truyền và nhiễm trùng bào thai
- B. Đo NST mỗi ngày
- C. Siêu âm Doppler mỗi tuần
- D. Siêu âm đánh giá tăng trưởng mỗi 3-4 tuần
- E. Không can thiệp gì

TÌNH HUỐNG 5: FGR

C C

Bà M. 28 tuổi, PARA 0000, không có tiền căn bệnh lý, đến khám lúc 29 tuần.
Cân nặng trước mang thai 60 kg, chiều cao 170 cm, chồng 80 kg, chiều cao 180 cm.

Quá trình khám thai ghi nhận:

Huyết áp trong thai kỳ 120/70 mmHg, tăng cân đến thời điểm hiện tại 10 kg.

Tăng trưởng thai (theo Intergrowth 21st)

Thai 22 tuần: VB 95th ULCT 94th lượng nước ối bình thường, không phát hiện bất thường hình thái học thai nhi. Test 75 g glucose âm tính.

Thai 26 tuần: VB 30th ULCT 40th lượng nước ối bình thường.

Thai 29 tuần: VB 10th ULCT 8th lượng nước ối bình thường, Doppler thai trong giới hạn bình thường, chưa phát hiện bất thường hình thái học thai.

Ở thời điểm hiện tại, chẩn đoán của bạn là gì?

- A. Tăng trưởng thai bình thường.
- B. Thai nhỏ so với tuổi thai.
- C. Thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung khởi phát sớm.
- D. Thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung khởi phát muộn.

Hướng xử trí của bạn ở thời điểm hiện tại:

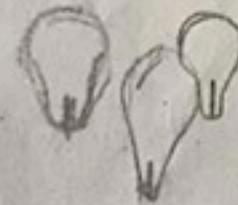
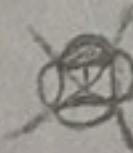
A. Theo dõi thai bình thường.

B. Siêu âm 2 tuần sau để theo dõi tăng trưởng của thai.

Chọc ối để khảo sát di truyền và chẩn đoán nhiễm trùng bào thai.

C. Siêu âm Doppler thai 1 tuần sau để theo dõi.

IUGR (1,2,.. => SUTK 20)



Intergrowth 21st

21st 21st
21st 21st

Nguyên nhân: Tý
IUGR

M: Phổi phình
cúi thai
B. lịt bối khí (ultra)
kết tinh bón màng

Rối → Nai gió → Sóng A-a



Nguồn gốc: Universal screening → GVN
MST Universal screening → MST → PTI (Patches in Pregnancy)
(BL: biến chứng thai kỳ) (acute hydramnios)
GYN: Gestational Diabetes Mellitus



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài ½ sau thai kỳ: bắt thường tăng trưởng, HIP

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa, Môn học Sản Phụ khoa, Học phần Sản khoa.
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

1. Trong các trường hợp thai có vấn đề liên quan đến tăng trưởng được liệt kê sau, việc khảo sát chỉ số trở kháng động mạch não giữa: trở kháng động mạch não (chi số não-nhau) sẽ có giá trị quan trọng chỉ theo dõi ở trường hợp nào?
 a. Mọi trường hợp thai có thông số sinh trắc dưới 3rd percentile NS!
 b. Thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung khởi phát muộn → tuổi đời < 34 ✓
 c. Thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung khởi phát sớm → PH.H từ 34
 d. Thai có kích thước nhỏ hơn so với tuổi thai *
2. Khi đặt hai công cụ khảo sát tăng trưởng bào thai là (A) biểu đồ tăng trưởng dùng thông số tham chiếu theo dân số (references, thí dụ như biểu đồ Shinozuka) và (B) biểu đồ tăng trưởng theo chuẩn mực chỉ định (prescriptive standards, tức Intergrowth-21st) lên cùng một hệ trực tọa độ Descartes, bạn nhận thấy điều gì?
 a. Không thể có nhận định tổng quát, do mỗi một dân số chịu ảnh hưởng của các tác động khác nhau
 b. Một cách tổng quát thì các đường percentile của (A) sẽ nằm thấp hơn các đường percentile của (B)
 c. Một cách tổng quát thì các đường percentile của (A) sẽ trùng khớp với các đường percentile của (B)
 d. Một cách tổng quát thì các đường percentile của (A) sẽ nằm cao hơn các đường percentile của (B) ?
3. Trong trường hợp thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung (FGR) khởi phát sớm, hãy cho biết các phương tiện khảo sát/chẩn đoán được dùng như thế nào?
 a. Bệnh sử và tiền căn được xem như yếu tố tham khảo, có vai trò thứ yếu trong thiết lập chẩn đoán
 b. Siêu âm hình thái học đóng vai trò cốt lõi trong thiết lập chẩn đoán và xác định nguyên nhân
 c. Siêu âm khảo sát động học các dòng chảy bằng Doppler có tính giá trị rất cao trong chẩn đoán ?
 d. Khảo sát các bất thường của vật chất di truyền chỉ được chỉ định khi có bất thường hình thái học
4. Trong các nhận định sau liên quan đến thực hiện siêu âm trong tam cá nguyệt 3 của thai kỳ, nhận định nào là đúng?
 a. Nên đặt siêu âm trong bối cảnh của một trắc đồ sinh vật lý biến đổi khi có chỉ định lượng giá sức khỏe thai
 b. Nên khảo sát sinh trắc thai mỗi 2-3 tuần nhằm làm giảm khả năng bỏ sót tăng trưởng giới hạn trong tử cung Vì thiêm làm gi
 c. Nên khảo sát sinh trắc thai mỗi lần khám nhằm làm giảm tử suất chu sinh ở các thai nhi đã biết là bình thường → h
 d. Nên thực hiện thường qui siêu âm Doppler vào thời điểm tuổi thai 33-34 tuần để tầm soát bất thường tưới máu h
5. Trong trường hợp thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung (FGR) khởi phát muộn, hãy cho biết các phương tiện khảo sát/chẩn đoán được dùng như thế nào?
 a. Bệnh sử và tiền căn được xem như các yếu tố tham khảo, có vai trò thứ yếu trong thiết lập chẩn đoán
 b. Trắc đồ sinh vật lý biến đổi là khảo sát đầu tay trong theo dõi tình trạng thai khi đã xác lập chẩn đoán ✓
 c. Bất thường trong phô các dòng chảy khi khảo sát bằng Doppler là các biểu hiện xuất hiện sớm nhất
 d. Khảo sát các bất thường của vật chất di truyền là bắt buộc, bắt chấp kết quả khảo sát hình thái học ✓
6. Khi nói về khả năng đáp ứng của tế bào β đảo tụy với tình trạng đái kháng insulin xảy ra khi mang thai ở thai phụ có tình trạng dung nạp đường bình thường và ở thai phụ bị GDM, phát biểu nào sau đây là đúng?
 a. Họ có tình trạng đái kháng insulin tương tự nhau, nhưng thai phụ GDM không có sự bù trừ đủ từ tuyến tụy ✓
 b. Họ có đáp ứng bù trừ từ tuyến tụy như nhau, nhưng thai phụ GDM có tình trạng đái kháng insulin mạnh hơn ✓
 c. Thai phụ GDM có tình trạng đái kháng insulin mạnh hơn, đồng thời không có đáp ứng bù trừ đủ từ tuyến tụy ✓
 d. Một trong ba kiểu bất thường kể trên đều có thể dẫn đến rối loạn dung nạp đường trong thai kỳ ✗
7. Vai trò quan trọng nhất của HbA1C trong quản lý tăng đường huyết trong thai kỳ (HIP) là gì?
 a. Hoàn toàn không có giá trị trong quản lý tăng đường huyết trong thai kỳ
 b. Trong giai đoạn sớm của thai kỳ: đánh giá nguy cơ dị tật thai ✓
 c. Trong giai đoạn muộn của thai kỳ: đánh giá nguy cơ đột tử thai ✓
 d. Trong suốt thai kỳ: đánh giá hiệu quả của việc ổn định đường huyết ✗

8. Các so sinh của mẹ mắc GDM có nguy cơ mắc hội chứng suy hô hấp sau sinh cao hơn so sinh của thai phụ có đường huyết bình thường trong thai kỳ. Làm thế nào để làm giảm thiểu nguy cơ suy hô hấp cho trẻ khi mẹ bị GDM?
- Cố gắng đạt và duy trì ổn định đường huyết ở mức mục tiêu
 - Thực hiện sớm liệu pháp corticosteroid dự phòng suy hô hấp
 - Thực hiện lặp lại liệu pháp corticosteroid dự phòng suy hô hấp
 - Hạn chế chỉ định chấm dứt thai kỳ khi tuổi thai chưa đủ 38-39 tuần
- Thời điểm 38, 39 tuần không phải vì suy hô hấp
9. Có nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường khác nhau được công bố bởi các hiệp hội, các tổ chức khác nhau. Tuy nhiên, chúng cùng nhau vào một nguyên lý/mục đích cơ bản trong việc quản lý DIP/GDM. Đó là mục đích/nguyên lý nguyên lý cơ bản nào?
- Hạn chế khả năng bỏ sót các thai phụ có thể có rối loạn dung nạp đường huyết
 - Xác định chính xác các thai phụ bị mắc đái tháo đường thai kỳ thực sự để quản lý đúng
 - Nhận diện các thai phụ có nguy cơ cao xảy ra các biến chứng của tăng đường huyết
 - Xác định các thai phụ mắc đái tháo đường tiềm ẩn hoặc có nguy cơ đái tháo đường sau này
10. Hãy xác định phương thức hiệu quả nhất để đánh giá kết quả của việc thực hiện tiết chế của thai phụ mắc GDM?
- Theo dõi nhật ký đường huyết, ghi lại kết quả đường huyết đói và đường huyết sau bữa ăn sáng
 - Theo dõi nhật ký đường huyết, ghi lại kết quả đường huyết đói và đường huyết trước/sau mỗi bữa ăn
 - Thực hiện lặp lại test dung nạp 75 gram glucose sau khi đã ổn định được đường huyết đói và sau ăn
 - Theo dõi nhật ký đường huyết, các dấu hiệu lâm sàng của mẹ và diễn biến sinh trắc/AFI của thai nhi

Đi vào quản lý *

(đã mắng, đtg, bụng)
HS.

½ S

A HUỒNG 1: T
.. 31 tuổi, PARA
sử bản thân cõ
Tiền sử gia đìn
A. khám thai tại
có lịch hẹn làm t
quay lại khám th
t luận thế nào về

A. Đái tháo C
B. Đái tháo C
C. Dung nạp
D. Không th

chiến lược tầm sc

A. Test 50g
B. Test 75g
C. Đường 1
D. Định lư
E. Định lư
F. Không

Những điều cần

A. Thực h
B. Thực h
C. Thực h
D. Thực

TÌNH HUỒNG

Bà S. 35 tuổi,

Bà cho biết t
kinh kéo dài

Do chậm con

Khảo sát đư

Thai kỳ lần

Hiện thai 6

Can thiệp

A. T
B. C
C. T
D. T



Bài ứng dụng ½ sau thai kỳ: tiền sản giật và sanh non

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Pháp khoa. Học phần Sản khoa.
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TÌNH HUỐNG 1: HÔN MÊ

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

Không ai biết bắt cứ thông tin gì về bà ta. Nghe kể rằng bà ta đang đi đường thì ngã xuống, sùi bọt mép và hôn mê. Tuy nhiên, nhân chứng đó không đi kèm theo xe taxi.

Tại phòng cấp cứu, ghi nhận sinh hiệu: mạch 100 $\text{mm}/\text{phút}$, huyết áp 150/100 mmHg . Thông tiểu ra được 100 ml nước tiểu màu nâu sẫm. Phù chân, tay và mặt.

Khám lâm sàng thấy bà ta đang có thai, belly cao từ cung 26 cm, tim thai nghe bằng Doppler 80-100 $\text{mm}/\text{phút}$, không có cơn co tử cung. Cổ tử cung đóng. \rightarrow Nghẽn khí từ hông再到腰, suy thận cấp và thai đóng ở ngày có do hâm thai \downarrow thai áp.

Bạn phải làm gì ngay lúc này? Chọn một can thiệp hay hành động có độ ưu tiên và bắt buộc cao nhất

- A. Tim nguyên nhân, xử trí hôn mê
- B. Thuốc chống tăng huyết áp \rightarrow $\text{MAP} = \text{MAP}_{\text{TT}} + 10 \text{ mmHg}$ \rightarrow không dùng do \downarrow lưu lượng máu nuôi胎 cho bé, làm bé
- C. Corticosteroid liều pháp
- D. Magnesium sulfate
- E. Mở sanh cấp cứu
- F. Thực hiện EFM \rightarrow Sáu tháng dùng trong 9H mỗi cầu.

Hãy xác định nội dung của can thiệp thứ nhì, sau can thiệp hay hành động mà bạn đã chọn

TÌNH HUỐNG 2: TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN

Bạn đang ở trung tâm y tế huyện.

Bà B., PARA 1001, đang mang thai 34 tuần $^{+0/7}$ đến khám vì đau hạ sườn phải, nôn.

Từ đêm qua đến nay đi tiêu ít, nước tiểu có màu đỏ nâu.

Khám ghi nhận M = 92 $\text{mm}/\text{phút}$, huyết áp 140/90 mmHg , phù chi và mặt, 37°C , thở 16 $\text{lít}/\text{phút}$, phản xạ gần xương (+). Bụng mềm, BCTC 26 cm, không có con co tử cung, ngôi đầu cao, TT 140 $\text{lít}/\text{phút}$.

Khám âm đạo CTC đóng, dài, chúc sau. Các mảng ối chưa vỡ.

Huyết đồ: Hematocrite 42%, tiểu cầu 80.000 / μL . Dip-stick 10 thông số ghi nhận có protein niệu $3+$, kèm huyết niệu.

Bạn sẽ làm gì cho bà B.? Chọn 2 hành động phải thực hiện ngay

- A. Theo dõi ngoại trú
- B. Lưu bệnh tại trung tâm y tế huyện
- C. Chuyển bệnh viện tuyến trên
- D. Corticosteroid liều pháp
- E. Trắc đồ sinh vật lý biến đổi là năng suất, hệ tim não SV huyết áp cũ từ đó, bo đầm
- F. Magnesium sulfate / bao hít mang m

TÌNH HUỐNG 3: THAI KỲ TRÊN TỬ CUNG ĐÔI

Bà H. 30 tuổi, PARA 0000, đến khám thai định kỳ.

Bà có thai bằng thụ tinh trong ống nghiệm. Trước khi có thai, bà đã được chẩn đoán là tử cung đôi dạng didelphis. Vì thế, người ta chỉ đặt một phôi duy nhất.

Hiện tại tuổi thai là 28 tuần vô kinh. Tuổi thai căn cứ theo ngày chọc hút noãn thụ tinh và chuyển phôi.



Thai kỳ hiện tại: 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: bё cao tử cung 26cm tử cung lệch hẳn sang trái, không có cơn co, tim thai 152 bpm đều, cổ tử cung đóng kín.

Siêu âm hôm nay: Đơn thai sống trong tử cung, sinh trắc tương ứng với $25^{\text{th percentile}}$ của tuổi thai 28 tuần. Chiều dài kênh cổ tử cung = 35 mm .

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

- 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
 - B. Nguy cơ sanh non ở lần mang thai này vẫn giữ nguyên ✓
 - C. Nguy cơ sanh non ở lần mang thai này sẽ cao hơn
 - D. Đã có chỉ định dùng progesterone dự phòng sanh non
 - E. Đã có chỉ định đặt pessary dự phòng sanh non
 - F. Đã có chỉ định corticoid liều pháp dự phòng RDS

TÌNH HUỐNG 4: 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 tiền triền bình thường.

Các khảo sát thường qui, khảo sát lệch bội đều cho thấy không có vấn đề gì bất thường. Tổng kết (Hỗn hển nhẹ, không đau).

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 ói đã lấp.

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 PAMG-1 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. $M = 90\text{ bpm}$, huyết áp $120/80\text{ mmHg}$. Trên EFM còn thấy vài cơn co tử cung cường độ $20-40\text{ mmHg}$.

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 không chế hoãn 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 lập lại siêu âm khảo sát chiều dài kênh tử cung
 - E. Việc theo dõi tiếp tục chủ yếu dựa vào lập lại ghi EFM khảo sát cơn co



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
½ sau thai kỳ: tiền sản giật, sanh non

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

1. Trong quá trình thiết lập chẩn đoán sanh non và ra quyết định điều trị, nhận định "cần thực hiện corticosteroid liệu pháp dự phòng RDS" phải được đưa ra bằng cách căn cứ vào chỉ báo nào?
 a. Dự báo âm về khả năng sê sanh non
 b. Dự báo dương về khả năng sê sanh non
 c. Khi thấy có các cơn co tử cung trên EFM
 d. Thường qui cho thai kỳ có nguy cơ sanh non cao TẠNG - L
CL vấn có giá trị tiên đoán dương sinh non
2. Trong quá trình thiết lập chẩn đoán sanh non và ra quyết định điều trị, nhận định "việc dùng thuốc giảm gò có thể là cần thiết" phải được đưa ra bằng cách căn cứ vào chỉ báo nào?
 a. Chiều dài kẽm tử cung và fetal fibronectin
 b. Fetal fibronectin và placental alpha microglobulin-1
 c. placental alpha microglobulin-1 và chiều dài kẽm tử cung
 d. Chiều dài kẽm tử cung, fetal fibronectin và placental alpha microglobulin-1 C
3. Tiêu chuẩn nào là tiêu chuẩn để kết luận "can thiệp điều trị sanh non đã thành công"?
 a. Không còn thấy các cơn co tử cung trên EFM
 b. Trí hoãn thời điểm xảy ra cuộc sanh được 48 giờ B
 c. Ngăn được cuộc sanh không xảy ra trước 34 tuần ⁶⁷
 d. Ngăn được cuộc sanh không xảy ra trước 36 tuần ⁶⁷
4. Trong các thuốc có hoạt tính giảm gò sau, thuốc nào đã được nhà sản xuất tiến hành nghiên cứu chuyên biệt cho điều trị sanh non và đã tiến hành đăng ký dán nhãn (labelled) cho chỉ định điều trị này?
 a. Atosiban ^{Đã vận dụng thử oxytocin}
 b. Nifedipine ^{Đã thử}
 c. Salbutamol ^{Đã thử}
 d. Cà ba thuốc trên A
5. Trường hợp nào trong các trường hợp liệt kê sau có chống chỉ định của corticosteroid liệu pháp?
 a. Huyết áp tâm thu rất cao ^{LHNS}
 b. Đái tháo đường thai kỳ ^{LHNS}
 c. Suy giảm miễn dịch ^{LHNS}
 d. Tuổi thai ≥ 34 tuần ^{Suy & miễn dịch} C
6. Ở thời điểm rất sớm của thai kỳ, làm cách nào để nhận diện được đang có bất thường của hiện tượng xâm nhập của nguyên bào nuôi vào động mạch xoắn, nhằm thực hiện dự báo khả năng xảy ra tiền sản giật trong nửa sau thai kỳ?
 a. Khảo sát động học dòng chảy bằng Doppler thực hiện vào cuối tam cá nguyệt thứ nhất ^{Đã làm}
 b. Nồng độ huyết thanh của PAPP-A và của free β-hCG vào cuối tam cá nguyệt thứ nhất [→] ^{Double test}
 c. Nồng độ huyết thanh của free β-hCG, của uE₃ và của AFP vào đầu tam cá nguyệt thứ nhì ^{Double test}
 d. Các khảo sát trên cùng cho phép nhận diện sớm và giúp cho dự báo tình trạng tiền sản giật Double test, triple test
7. Trong các trường hợp liệt kê sau, trường hợp nào phải được xem là tiền sản giật có dấu hiệu nặng?
 a. Tiền sản giật với tổn thương phù gai hay xuất huyết ở đáy mắt
 b. Tiền sản giật có tình trạng đạm niệu trong 24 giờ ≥ 5 gram
 c. Tiền sản giật kèm thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung
 d. Kết luận là tiền sản giật nặng cho cả ba tình trạng trên d

% sau thai kỳ: tiền sản giật, sanh non
Readiness Assurance Test

8. Trong quản lý tiền sản giật, biện pháp nào có bản chất chi đơn thuần là điều trị triệu chứng?

- a. Thuốc chống tăng huyết áp
- b. Corticosteroid liệu pháp
- c. Magnesium sulfate ~~✓~~
- d. Châm dứt thai kỳ

C

9. Trường hợp nào sau đây cần phải nghĩ đến tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mạn?

- a. Tăng huyết áp mạn, với đạm niệu mới xuất hiện sau thời điểm tuần lễ thứ 20 của thai kỳ
- b. Tăng huyết áp mạn trở nên khó kiểm soát hoặc phải tăng liều thuốc chống tăng huyết áp
- c. Tăng huyết áp mạn, với các triệu chứng tăng men gan, giảm tiểu cầu... mới xuất hiện thêm
- d. Phải nghĩ đến tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mạn trong cả 3 trường hợp được liệt kê trên

*

10. Yếu tố nào được xem là yếu tố ưu tiên nhất khi phải cân nhắc châm dứt thai kỳ trong tiền sản giật?

- a. Tuổi thai: triển vọng trẻ sống, không có di chứng, khi được đưa ra ngoài ra sao
- b. Tình trạng thai: thai còn có thể tiếp tục tăng trưởng trong tử cung nữa không
- c. Tình trạng của mẹ: mức độ nghiêm trọng của tình trạng đe dọa tính mạng mẹ
- d. Ba yếu tố trên là tương đương trong cân nhắc về quyết định châm dứt thai kỳ

✓

Tiêu chuẩn Tiền sản giật trên tăng huyết áp mạn



[Signature]
24/10

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
½ sau thai kỳ: tiền sản giật, sanh non

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

1. Trong quá trình thiết lập chẩn đoán sanh non và ra quyết định điều trị, nhận định “cần thực hiện corticosteroid liệu pháp dự phòng RDS” phải được đưa ra bằng cách căn cứ vào chỉ báo nào?
 a. Dự báo âm về khả năng sê sanh non
 b. Dự báo dương về khả năng sê sanh non
c. Khi thấy có các cơn co tử cung trên EFM
d. Thường qui cho thai kỳ có nguy cơ sanh non cao
B
2. Trong quá trình thiết lập chẩn đoán sanh non và ra quyết định điều trị, nhận định “việc dùng thuốc giảm gò có thể là cần thiết” phải được đưa ra bằng cách căn cứ vào chỉ báo nào?
a. Chiều dài kênh tử cung và fetal fibronectin
b. Fetal fibronectin và placental alpha microglobulin-1
c. placental alpha microglobulin-1 và chiều dài kênh tử cung
 d. Chiều dài kênh tử cung, fetal fibronectin và placental alpha microglobulin-1
C
3. Tiêu chuẩn nào là tiêu chuẩn để kết luận “can thiệp điều trị sanh non đã thành công”?
a. Không còn thấy các cơn co tử cung trên EFM
b. Trì hoãn thời điểm xảy ra cuộc sanh được 48 giờ
 c. Ngăn được cuộc sanh không xảy ra trước 34 tuần ^{0/7}
 d. Ngăn được cuộc sanh không xảy ra trước 36 tuần ^{6/7}
BV
4. Trong các thuốc có hoạt tính giảm gò sau, thuốc nào đã được nhà sản xuất tiến hành nghiên cứu chuyên biệt cho điều trị sanh non và đã tiến hành đăng ký dán nhãn (labelled) cho chỉ định điều trị này?
a. Atosiban
 b. Nifedipin
 c. Salbutamol
d. Cả ba thuốc trên
A
5. Trường hợp nào trong các trường hợp liệt kê sau có chống chỉ định của corticosteroid liệu pháp?
 a. Huyết áp tâm thu rất cao
 b. Đái tháo đường thai kỳ
c. Suy giảm miễn dịch
d. Tuổi thai ≥ 34 tuần
X
6. Ở thời điểm rất sớm của thai kỳ, làm cách nào để nhận diện được đang có bất thường của hiện tượng xâm nhập của nguyên bào nuôi vào động mạch xoắn, nhằm thực hiện dự báo khả năng xảy ra tiền sản giật trong nửa sau thai kỳ?
 a. Khảo sát động học dòng chảy bằng Doppler thực hiện vào cuối tam cá nguyệt thứ nhất
b. Nồng độ huyết thanh của PAPP-A và của free β-hCG vào cuối tam cá nguyệt thứ nhất
c. Nồng độ huyết thanh của free β-hCG, của uE₃ và của AFP vào đầu tam cá nguyệt thứ nhì
d. Các khảo sát trên cùng cho phép nhận diện sớm và giúp cho dự báo tình trạng tiền sản giật
XD
7. Trong các trường hợp liệt kê sau, trường hợp nào phải được xem là tiền sản giật có dấu hiệu nặng?
a. Tiền sản giật với tổn thương phù gai hay xuất huyết ở đáy mắt
b. Tiền sản giật có tình trạng đạm niệu trong 24 giờ ≥ 5 gram
c. Tiền sản giật kèm thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung
 d. Kết luận là tiền sản giật nặng cho cả ba tình trạng trên
A

CL > 30 - 9/6/91



8. Trong quản lý tiền sản giật, biện pháp nào có bản chất *chi đơn thuần là điều trị triệu chứng?*
- a. Thuốc chống tăng huyết áp
 - b. Corticosteroid liệu pháp
 - c. Magnesium sulfate
 - d. Chấm dứt thai kỳ
9. Trường hợp nào sau đây cần phải nghĩ đến tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mạn?
- a. Tăng huyết áp mạn, với đạm niệu mới xuất hiện sau thời điểm tuần lễ thứ 20 của thai kỳ
 - b. Tăng huyết áp mạn trở nên khó kiểm soát hoặc phải tăng liều thuốc chống tăng huyết áp
 - c. Tăng huyết áp mạn, với các triệu chứng tăng men gan, giảm tiểu cầu... mới xuất hiện thêm
 - d. Phải nghĩ đến tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mạn trong cả 3 trường hợp được liệt kê trên
10. Yếu tố nào được xem là yếu tố ưu tiên nhất khi phải cân nhắc chấm dứt thai kỳ trong tiền sản giật?
- a. Tuổi thai: triển vọng trẻ sống, không có di chứng, khi được đưa ra ngoài ra sao
 - b. Tình trạng thai: thai còn có thể tiếp tục tăng trưởng trong tử cung nữa không
 - c. Tình trạng của mẹ: mức độ nghiêm trọng của tình trạng đe dọa tính mạng mẹ
 - d. Ba yếu tố trên là tương đương trong cân nhắc về quyết định chấm dứt thai kỳ

✓ THTA đ tñ
friệu chng

Nguyễn Đại Dương
Y15E - 29

½ sau thai kỳ: bắt thường tăng trưởng, HIP
Readiness Assurance Test



(Diabetes In Pregnancy)

5/10

Universal screening
⇒ Universal testing

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bái Pregnancy

½ sau thai kỳ: bắt thường tăng trưởng, HIP

DIP

GDM (Gestational

Diabetes Mellitus)

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

1. Trong các trường hợp thai có vấn đề liên quan đến tăng trưởng được liệt kê sau, việc khảo sát chỉ số trở kháng động mạch não giữa: trở kháng động mạch rốn (chỉ số não-nhau) sẽ có giá trị quan trọng cho theo dõi ở trường hợp nào?
- a. Mọi trường hợp thai có thông số sinh trắc dưới 3rd percentile
 - b. Thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung khởi phát muộn
 - c. Thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung khởi phát sớm
 - d. Thai có kích thước nhỏ hơn so với tuổi thai
- ✓ 2. Khi đặt hai công cụ khảo sát tăng trưởng bào thai là (A) biểu đồ tăng trưởng dùng thông số tham chiếu theo dân số (references, thí dụ như biểu đồ Shinozuka) và (B) biểu đồ tăng trưởng theo chuẩn mực chỉ định (prescriptive standards, tức Intergrowth-21st) lên cùng một hệ trục tọa độ Descartes, bạn nhận thấy điều gì?
- a. Không thể có nhận định tổng quát, do mỗi một dân số chịu ảnh hưởng của các tác động khác nhau
 - b. Một cách tổng quát thì các đường percentile của (A) sẽ nằm thấp hơn các đường percentile của (B)
 - c. Một cách tổng quát thì các đường percentile của (A) sẽ trùng khớp với các đường percentile của (B)
 - d. Một cách tổng quát thì các đường percentile của (A) sẽ nằm cao hơn các đường percentile của (B)
- ✓ 3. Trong trường hợp thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung (FGR) khởi phát sớm, hãy cho biết các phương tiện khảo sát/chẩn đoán được dùng như thế nào?
- a. Bệnh sử và tiền căn được xem như yếu tố tham khảo, có vai trò thứ yếu trong thiết lập chẩn đoán
 - b. Siêu âm hình thái học đóng vai trò cốt lõi trong thiết lập chẩn đoán và xác định nguyên nhân
 - c. Siêu âm khảo sát động học các dòng chảy bằng Doppler có tính giá trị rất cao trong chẩn đoán
 - d. Khảo sát các bất thường của vật chất di truyền chỉ được chỉ định khi có bất thường hình thái học
- ✓ 4. Trong các nhận định sau liên quan đến thực hiện siêu âm trong tam cá nguyệt 3 của thai kỳ, nhận định nào là đúng?
- a. Nên đặt siêu âm trong bối cảnh của một trắc đồ sinh vật lý biến đổi khi có chỉ định lượng giá sức khỏe thai
 - b. Nên khảo sát sinh trắc thai mỗi 2-3 tuần nhằm làm giảm khả năng bỏ sót tăng trưởng giới hạn trong tử cung
 - c. Nên khảo sát sinh trắc thai mỗi lần khám nhằm làm giảm tử suất chu sinh ở các thai nhi đã biết là bình thường
 - d. Nên thực hiện thường qui siêu âm Doppler vào thời điểm tuổi thai 33-34 tuần để tầm soát bất thường tưới máu
- ✓ 5. Trong trường hợp thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung (FGR) khởi phát muộn, hãy cho biết các phương tiện khảo sát/chẩn đoán được dùng như thế nào?
- a. Bệnh sử và tiền căn được xem như các yếu tố tham khảo, có vai trò thứ yếu trong thiết lập chẩn đoán
 - b. Trắc đồ sinh vật lý biến đổi là khảo sát đầu tay trong theo dõi tình trạng thai khi đã xác lập chẩn đoán
 - c. Bất thường trong phổi các dòng chảy khi khảo sát bằng Doppler là các biểu hiện xuất hiện sớm nhất ×
 - d. Khảo sát các bất thường của vật chất di truyền là bắt buộc, bắt chấp kết quả khảo sát hình thái học ×
- ✓ 6. Khi nói về khả năng đáp ứng của tế bào β đảo tụy với tình trạng đái kháng insulin xảy ra khi mang thai ở thai phụ có tình trạng dung nạp đường bình thường và ở thai phụ bị GDM, phát biểu nào sau đây là đúng?
- a. Họ có tình trạng đái kháng insulin tương tự nhau, nhưng thai phụ GDM không có sự bù trừ đủ từ tuyến tụy
 - b. Họ có đáp ứng bù trừ từ tuyến tụy như nhau, nhưng thai phụ GDM có tình trạng đái kháng insulin mạnh hơn
 - c. Thai phụ GDM có tình trạng đái kháng insulin mạnh hơn, đồng thời không có đáp ứng bù trừ đủ từ tuyến tụy
 - d. Một trong ba kiểu bất thường kể trên đều có thể dẫn đến rối loạn dung nạp đường trong thai kỳ
7. Vai trò quan trọng nhất của HbA1C trong quản lý tăng đường huyết trong thai kỳ (HIP) là gì?
- a. Hoàn toàn không có giá trị trong quản lý tăng đường huyết trong thai kỳ ×
 - b. Trong giai đoạn sớm của thai kỳ: đánh giá nguy cơ dị tật thai (Bài 2, p.2)
 - c. Trong giai đoạn muộn của thai kỳ: đánh giá nguy cơ đột tử thai
 - d. Trong suốt thai kỳ: đánh giá hiệu quả của việc ổn định đường huyết

⑧ Các sơ sinh của mẹ mắc GDM có nguy cơ mắc hội chứng suy hô hấp sau sinh cao hơn so sinh của thai phụ có đường huyết bình thường trong thai kỳ. Làm thế nào để làm giảm thiểu nguy cơ suy hô hấp cho trẻ khi mẹ bị GDM?

Cố gắng đạt và duy trì ổn định đường huyết ở mức mục tiêu

b. Thực hiện sớm liệu pháp corticosteroid dự phòng suy hô hấp

c. Thực hiện lặp lại liệu pháp corticosteroid dự phòng suy hô hấp

Hạn chế chỉ định chấm dứt thai kỳ khi tuổi thai chưa đủ 38-39 tuần

⑨ Có nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường khác nhau được công bố bởi các hiệp hội, các tổ chức khác nhau. Tuy nhiên, chúng cùng nhắm vào một nguyên lý/mục đích cơ bản trong việc quản lý DIP/GDM. Đó là mục đích/nguyên lý nguyên lý cơ bản nào?

Hạn chế khả năng bỏ sót các thai phụ có thể có rối loạn dung nạp đường để quản lý chặt chẽ

b. Xác định chính xác các thai phụ bị mắc đái tháo đường thai kỳ thực sự để quản lý đúng

Nhận diện các thai phụ có nguy cơ cao xảy ra các biến chứng của tăng đường huyết

d. Xác định các thai phụ mắc đái tháo đường tiềm ẩn hoặc có nguy cơ đái tháo đường sau này

⑩ Hãy xác định phương thức hiệu quả nhất để đánh giá kết quả của việc thực hiện tiết chế của thai phụ mắc GDM?

a. Theo dõi nhật ký đường huyết, ghi lại kết quả đường huyết đói và đường huyết sau bữa ăn sáng

Theo dõi nhật ký đường huyết, ghi lại kết quả đường huyết đói và đường huyết trước/sau mỗi bữa ăn

c. Thực hiện lặp lại test dung nạp 75 gram glucose sau khi đã ổn định được đường huyết đói và sau ăn

Theo dõi nhật ký đường huyết, các dấu hiệu lâm sàng của mẹ và diễn biến sinh trắc/AFI của thai nhi

⑨ Có thai → để kháng Insulin → bù trừ = ↑ lid β tuy. Tuy nhiên, đáp ứng của mỗi
làn ≠ nhau ($\in \text{HPL, TFA, y tế thường di truyền}$)

⇒ Khi có tiêu chuẩn cụ thể △ làn này có để kháng Insulin hay không

⇒ Quan trọng hơn là làm gì để tránh b/c chứng của HIP > làn này có
HIP hay không.

me: hôn mê tăng đường huyết

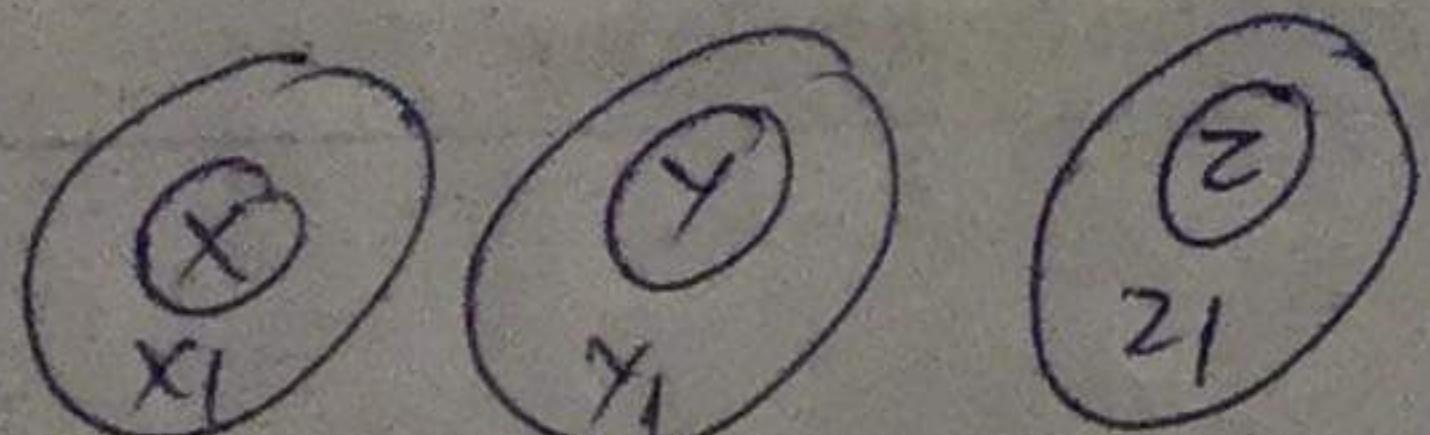
con: đột tử

* OGTT sau 30W nguy cơ b/c

- Cần nhắc làm những test ≠
- | |
|---|
| - Tình trạng tăng cân, thai to, da ối. |
| - ĐTH đói / sau ăn (1 hay 2 lần để nguy hiểm bli) |
| -Ảnh hưởng của b/c TĐH (nồng glucose) |

* bn đc △ SGA/IUGR = Shinozuka/Hadlock,.. (biểu đồ tham chiếu) đều dc check lại
= Intergrowth-21ST (biểu đồ chuẩn).

↪ △ làn đc cho là chuẩn mực của nhiều cộng đồng (Ko THA, ko ĐTD, ko bất thường NST,..)



- Có sự ≠ biệt lớn giữa $(x, x_1); (y, y_1); (z, z_1)$. Nhung giua x, y, z su ≠ biết là rất nhỏ (~10%)
- Biểu đồ tham chiếu ≠ biết so với dân số của nó $\Rightarrow \Delta SGA/FGR = \text{thống kê.}$
- Biểu đồ chuẩn mực ≠ biết so với kỳ vọng (đuẩn mực) \Rightarrow không △ quá tay, thiể luieu cả ds