



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
Dẫn nhập về Y học Sinh sản

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. miRNA tham gia kiểm soát và điều hòa tiến trình tổng hợp protein bằng cơ chế nào?
- a. Can thiệp trên tiến trình mở các promoter trên DNA
 - b. Can thiệp trên tiến trình sao mã DNA thành mRNA
 - c. Can thiệp trên tiến trình dịch mã mRNA thành protein
 - d. miRNA can thiệp trên toàn bộ các tiến trình kể trên
- ✓ 2. Tại DNA của phôi đang phân chia, quan sát thấy hiện tượng thượng di truyền nào?
- a. Xóa hoàn toàn ẩn thượng di truyền
 - b. Thiết lập việc đóng ẩn thượng di truyền \rightarrow gene (đóng phôi phân chia)
 - c. Khử methyl các đảo CpG trên DNA
 - d. Khử histone trên các nucleosome
- ✓ 3. Tại noãn bào của người phụ nữ lớn tuổi, tình trạng nào là nguyên nhân gây giảm cơ hội (probability) mang thai của họ, đồng thời cũng là nguyên nhân làm tăng nguy cơ xảy ra lệch bội và sảy thai?
- a. Thoái hóa vật chất di truyền trong nhân của noãn bào
 - b. Bất thường trong xóa ẩn và đóng ẩn thượng di truyền
 - c. Thoái hóa bộ máy cung cấp năng lượng cho noãn bào
 - d. Giảm chất lượng noãn bào là do cả ba hiện tượng trên
- ✓ 4. Hãy xác định mối liên quan giữa noãn bào với các tế bào tùy hành của nó?
- a. Noãn bào được xem như một thực thể cự trú chủ động và chi phối quần thể tế bào hạt
 - b. Noãn bào được xem như một thực thể có quan hệ hai chiều với quần thể tế bào hạt
 - c. Noãn bào được xem như một thực thể cự trú thụ động và chịu sự chi phối bởi tế bào hạt
 - d. Noãn bào được xem như một thực thể cự trú thụ động và độc lập trong quần thể tế bào hạt
- ✓ 5. Yếu tố nào là các điều kiện cần thiết cho sự phát khởi estrogen 2nd feedback trên các đỉnh gonadotropin?
- a. Nồng độ estradiol phải vượt, rồi được duy trì trên ngưỡng trong thời gian đủ dài
 - b. Hiện diện của progesterone ở một nồng độ sinh lý ở thời điểm cuối của pha noãn
 - c. Phóng thích kisspeptin từ tế bào NKDy làm thay đổi tần số phóng thích GnRH hạ đồi
 - d. Cả ba yếu tố trên cùng có ảnh hưởng lên sự xuất hiện và đặc điểm đỉnh gonadotropin
- ✓ 6. Cần đạt được điều kiện nào để estrogen có thể gây ra được 1st feedback của nó?
- a. Chỉ cần có sự hiện diện của estrogen lưu hành trong máu là đủ để gây ra estrogen 1st feedback
 - b. Estrogen 1st feedback được phát khởi ngay khi nồng độ estrogen đạt một nồng độ ngưỡng
 - c. Estrogen 1st feedback được phát khởi sau khi nồng độ estrogen đã vượt một nồng độ ngưỡng
 - d. Estrogen 1st feedback được phát khởi khi nồng độ estrogen được duy trì cao hơn một nồng độ ngưỡng
- ✓ 7. Hãy xác định vai trò của AMH trong giai đoạn nang noãn độc lập với gonadotropin (Gn).
- a. AMH có nhiệm vụ kiểm soát cân bằng PTEN/PI3K theo chiều hướng ức chế chiều menses
 - b. AMH có nhiệm vụ kiểm soát cân bằng PTEN/PI3K theo chiều hướng thúc đẩy chiều menses
 - c. AMH thúc đẩy chiều menses, do nó là hormone đối vận với PTEN (là một chất ức chế chiều menses)
 - d. AMH ức chế chiều menses, do nó là hormone đối vận với PI3K (là một chất kích thích chiều menses)
- ✓ 8. Hãy cho biết nhận định nào trong các nhận định sau về các tế bào pinopodes là đúng?
- a. Pinopodes chỉ xuất hiện sau phóng noãn, tồn tại kéo dài trong suốt thời kỳ chế tiết
 - b. Progesterone là điều kiện cần để hình thành và duy trì sự tồn tại của các pinopodes
 - c. Bề mặt của các pinopodes là nơi xảy ra đối thoại phôi-nội mạc khi làm phôi đến làm tổ
 - d. Cả ba nhận định trên về pinopodes cùng là các nhận định chính xác

Pinopodes chỉ xuất hiện khi của tế bào nội mạc (ϵ progesterone) như ϵ cần nó để duy trì



9. Trong các loại tế bào của đáp ứng miễn dịch được liệt kê sau, hoạt động của loại tế bào gây ảnh hưởng bất lợi trên sự làm tổ của trứng thụ tinh?
- a. T-regulatory cells (Treg)
 - b. Th17
 - c. Uterine Natural Killer cells (uNKc) } Tb mẫn dịch hâm sinh (TB hâm diến kháng nguyên)
 - d. Dendritic cells (DC) Hay thí
10. Hãy xác định cơ chế tác dụng của hCG trên sự làm tổ của trứng đã thụ tinh?
- a. hCG giúp duy trì chế tiết LH bằng cách ngăn cơ chế feedback của progesterone
 - b. hCG trực tiếp gây ra các thay đổi transcriptome của nội mạc tử cung khi làm tổ → progesterone + estrogen
 - c. hCG duy trì sự tồn tại và kéo dài chức năng chế tiết progesterone của hoàng thể chu kỳ → thai chí nết tút.
 - d. Tại giao diện phôi-nội mạc, hCG điều hòa đáp ứng miễn nhiễm bằng tác dụng cản tiết

F



Bài ứng dụng Đến nhập về Y học sinh sản

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: VÔ KINH NGUYÊN PHÁT

Cô A., đến khám vì không thấy có hành kinh, dù cô đã được 18 tuổi.

Khảo sát cho thấy cô có karyotype 45,X0¹.

chromogen LH

Khám lâm sàng ghi nhận vắng mặt hoàn toàn các đặc tính sinh dục nữ thứ phát. Siêu âm ghi nhận tử cung thiếu sản, kích thước 2 buồng trứng rất nhỏ, không thấy có hình ảnh của các nang noãn thứ cấp.

Để xác định lý do, cần thực hiện định lượng các nội tiết tố sinh dục. Kết quả nồng độ các hormone sẽ bất thường cho các hormone tại hết PTH (các) tầng nào? Chọn một câu đúng

- A. Ở các hormone thuộc tầng tuyến sinh dục
- B. Ở các hormone thuộc tầng tuyến sinh dục và các hormone thuộc tầng tuyến yên
- C. Ở các hormone thuộc tầng tuyến sinh dục, các hormone thuộc tầng tuyến yên, các hormone thuộc tầng hạ đồi
- D. Ở các hormone thuộc tầng tuyến yên, các hormone thuộc tầng hạ đồi
- E. Ở các hormone thuộc tầng hạ đồi

- Cô A. muốn có vóc dáng bình thường như người nữ khác, cũng như có kinh. Hãy chọn đúng nhất một can thiệp hợp lý để kết đòi
- A. Dùng các steroids sinh dục ngoại sinh
 - B. Dùng các gonadotropins ngoại sinh
 - C. Dùng bơm tạo xung GnRH ngoại sinh
 - D. Dùng kisspeptin ngoại sinh

TÌNH HUỐNG 2: THUỐC TRÁNH THAI HOẠT ĐỘNG RA SAO²?

Công thức của thuốc tránh thai uống có đồng thời ethinyl estradiol³ và progestogen⁴ với hàm lượng cao, cố định.

Thuốc được dùng liên tục từ ngày 1st của chu kỳ đến ngày thứ 21st của chu kỳ.

Có một khoảng nghỉ (không hormone ngoại sinh) dài 7 ngày từ ngày 22nd đến ngày 28th.

Sẽ xảy ra điều gì tại buồng trứng ở người dùng thuốc tránh thai uống có công thức như trên? Chọn một câu đúng

- A. Không diễn ra tất cả hiện tượng: chiêu mộ, phát triển, chọn lọc, phóng noãn
- B. Có diễn ra hiện tượng chiêu mộ, nhưng không có phát triển, chọn lọc, phóng noãn
- C. Có diễn ra hiện tượng chiêu mộ, phát triển, nhưng không có chọn lọc, phóng noãn
- D. Có diễn ra hiện tượng chiêu mộ, phát triển, chọn lọc, nhưng không có phóng noãn

Liệu có thể chế tạo ra một loại thuốc tránh thai mới, chỉ dùng một trong hai hormone trên? Chọn một câu đúng

- A. Có. Thuốc này sẽ chỉ có ethinyl estradiol
- B. Có. Thuốc này sẽ chỉ có progestogen
- C. Không. Thuốc tránh thai phải chứa cả hai thành tố ethinyl estradiol và progestogen

TÌNH HUỐNG 3: LÀM CÁCH NÀO ĐỂ CÓ ≥ 1 NANG DE GRAAF CHO MỤC ĐÍCH ĐIỀU TRỊ?

Ở loài người, hiện tượng chọn lọc đơn noãn xảy ra được là nhờ vào tác động của estradiol 1st feedback. Loại bỏ feedback này hay vô hiệu hóa feedback này sẽ dẫn đến kết quả là phát triển đa noãn⁵, với ≥ 1 nang de Graaf, sẵn sàng tiếp nhận dinh của các gonadotropins tiền phóng noãn, để thực hiện mục tiêu điều trị hiếm muộn.

Hãy chỉ ra phương pháp nào có thể dùng để đạt được mục đích này. Chọn đủ ba phương án đúng

- A. Dùng liên tục chất ức chế cạnh tranh để phong tỏa thụ thể mảng của estrogen tại NKDy neuron & horm Yf

¹ Tham khảo thêm bài "Nhiệm sắc thể giới tính" ở trang e-learning của www.yds.edu.vn, học phần Sản khoa Y₄

² Tham khảo thêm bài "Tránh thai bằng estrogen-progestogen phối hợp" ở trang e-learning của www.yds.edu.vn, học phần Phụ khoa Y₅

³ Một dược chất có hoạt tính giống với estrogen do có thể gắn với ER, nhưng hoạt tính estrogen mạnh hơn estradiol tự nhiên rất nhiều

⁴ Một dược chất có hoạt tính giống với progesterone do có thể gắn với PR, nhưng hoạt tính progesterone mạnh hơn progesterone tự nhiên rất nhiều

⁵ Loại bỏ hay vô hiệu hóa estrogen 1st feedback sẽ giúp các noãn nang thứ cấp thoát khỏi cơ chế của hiện tượng chọn lọc noãn nang



- Lý thuyết
- B. Dùng một bolus của kisspeptin ngoại sinh để tạo ra một đinh của các gonadotropins FSH và LH
 - C. Dùng một bolus của GnRH đồng vận⁶ ngoại sinh để tạo ra một đinh của các gonadotropins FSH và LH
 - D. Dùng chất ức chế có thời hạn hoạt động của men aromatase P₄₅₀ của tế bào hạt noãn nang
 - E. Dùng FSH ngoại sinh liên tục trong pha noãn để duy trì nồng độ FSH huyết thanh ở mức mong muốn
 - F. Dùng LH ngoại sinh liên tục trong pha noãn để duy trì nồng độ LH huyết thanh ở mức mong muốn
- Trong ba phương án gây phát triển da noãn mà bạn đã chọn, phương pháp nào sẽ "cung cấp" nhiều nang de Graaf sẵn sàng tiếp nhận đinh của các gonadotropins tiền phóng noãn nhất? Chọn duy nhất một phương án đúng
- A. Dùng liên tục chất ức chế cạnh tranh để phong tỏa thụ thể màng của estrogen tại NKDy neuron
 - B. Dùng một bolus của kisspeptin ngoại sinh để tạo ra một đinh của các gonadotropins FSH và LH
 - C. Dùng một bolus của GnRH đồng vận ngoại sinh để tạo ra một đinh của các gonadotropins FSH và LH
 - D. Dùng chất ức chế có thời hạn hoạt động của men aromatase P₄₅₀ của tế bào hạt noãn nang
 - E. Dùng FSH ngoại sinh liên tục trong pha noãn để duy trì nồng độ FSH huyết thanh ở mức mong muốn
 - F. Dùng LH ngoại sinh liên tục trong pha noãn để duy trì nồng độ LH huyết thanh ở mức mong muốn

TÌNH HUỐNG 4: THE MORNING AFTER PILLS (TRÁNH THAI KHẨN CẤP BẰNG NỘI TIẾT)

Trong thực hành tránh thai, thường xuyên xảy ra tình huống sau: một người hiện không dùng bất cứ một phương pháp tránh thai nào, có thực hiện một giao hợp quanh (trước/sau) ngày phóng noãn dự kiến (phóng đoán theo tính chất của chu kỳ kinh), nhưng không muốn có thai.

Trong trường hợp này, "viên thuốc ngày hôm sau" sẽ được dùng cho mục đích tránh có thai ngoài ý muốn. Có hai loại thuốc tránh thai khẩn cấp:

1. Một loại dùng progestogen⁷ liều rất cao.
2. Một loại dùng SPRM⁸.

Progestogen là được chất có tác động progesterone đồng vận⁹ cả về mặt genomic lẫn về mặt non-genomic trên các progesterone receptor ở cơ quan Mullerian và trên tế bào NKDy hạ đồi.

SPRM là được chất có các đặc điểm sau: trên các progesterone receptor tại cơ quan Mullerian, nó có tác động progesterone đồng vận¹⁰ về mặt genomic. Trên các progesterone receptor tại tế bào NKDy hạ đồi, nó có tác động progesterone đồng vận¹¹ về mặt non-genomic.

Hai loại "viên thuốc ngày hôm sau" có cơ chế tránh thai nào chung? Chọn một câu đúng

- A. Ngăn cản tiến trình phóng noãn
- B. Ngăn cản xâm nhập tinh trùng bằng cách làm đặc chất nhầy cổ tử cung
- C. Di dời cửa sổ làm tổ, làm cho nội mạc tử cung không thích hợp cho làm tổ
- D. Chứng hoàn toàn giống nhau về cơ chế tác dụng

Hãy cho biết trong trường hợp nào thuốc sẽ mang lại hiệu quả tránh thai cao nhất? Chọn một câu đúng

- A. Người phụ nữ uống thuốc trước khi đinh các gonadotropins được khởi phát tự nhiên
- B. Người phụ nữ uống thuốc sau khi đã có đinh các gonadotropins, nhưng chưa có phóng noãn
- C. Người phụ nữ uống thuốc sau khi có phóng noãn, nhưng trước khi có hiện tượng làm tổ
- D. Hiệu quả của tránh thai khẩn cấp là như nhau trong các điều kiện dùng được liệt kê trên

TÌNH HUỐNG 5: CD₂ CỦA CHU KỲ KINH Ở PHỤ NỮ CÓ DỰ TRƯỚC BUỒNG TRÚNG CẶN CẶN KIỆT

Cô B., 30 tuổi, độc thân. Cách nay 5 năm, cô ta được phẫu thuật bóc một khối u ở buồng trứng.

Từ một năm nay, cô ta có chu kỳ kinh bị rút ngắn rõ rệt so với trước khi được mổ, chỉ còn 21-24 ngày. Lượng máu kinh cũng có xu hướng giảm hẳn.

Cô B. được chỉ định khảo sát nồng độ AMH, kết quả cho thấy nồng độ AMH gần bằng 0.

Cô được chỉ định thực hiện thêm các khảo sát nội tiết khác ở ngày thứ nhì của chu kỳ.

Hãy hình dung các kết quả khảo sát được thực hiện vào ngày thứ nhì của chu kỳ. Chọn duy nhất một câu đúng

- A. Số lượng nang noãn thứ cấp rất ít (so với người bình thường)
- B. Nồng độ Inhibin B rất thấp (so với người bình thường)
- C. Nồng độ estrogen cao hơn (so với người bình thường)
- D. Hiện diện nang noãn gần trưởng thành
- E. Nồng độ FSH bình thường hoặc chỉ cao nhẹ (so với người bình thường)
- F. Thấy được tất cả những dấu hiệu trên

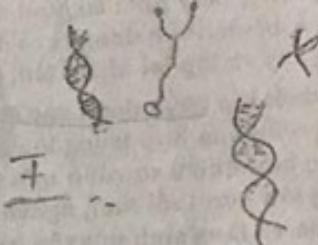
DNH → (liver impairment)

⁶ Decapeptid tổng hợp có cấu tạo và hoạt tính tương tự GnRH của GnRH neuron

⁷ Tham khảo thêm bài "Tránh thai khẩn cấp" ở trang e-learning của www.yds.edu.vn, học phần Phụ khoa Y.

⁸ Một chất có hoạt tính giống với progesterone do có thể gắn với PR, nhưng hoạt tính progesterone

⁹ Selective Progesterone Receptor Modulator, gắn vào thụ thể màng của progesterone



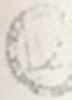
Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài Các vấn đề thường gặp trong ba tháng đầu thai kỳ

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. Định tuổi thai theo chiều dài đầu móng sên có độ tin cậy cao trong tình huống nào?
 - a. Khi số đo CRL dưới 84 mm
 - b. Khi số đo CRL trên 10 mm
 - c. Khi tuổi thai ≤ 13 tuần + 6 ngày
 - d. Cả 3, và kèm điều kiện cụ thể
2. Nguyên nhân nào là nguyên nhân thường thấy nhất của thai nghén thất bại sớm?
 - a. Bất thường trong vật chất di truyền của phôi thai
 - b. Bất thường trong vật chất di truyền của cha hoặc mẹ
 - c. Bất thường về đáp ứng dung nạp miễn dịch của mẹ
 - d. Bất thường về transcriptome của nội mạc tử cung (vẫn là thành chốt tắt).
3. Trong quản lý thai nghén thất bại sớm, hành động nào cung cấp nhiều thông tin hữu ích nhất để ra quyết định?
 - a. Theo dõi diễn biến lâm sàng của triệu chứng ra huyết âm đạo và đau bụng
 - b. Theo dõi tiến triển của các đặc điểm siêu âm qua loạt siêu âm ngã âm đạo
 - c. Theo dõi diễn biến của nồng độ β-hCG huyết thanh qua loạt định lượng
 - d. So sánh các đặc điểm thấy được qua siêu âm với nồng độ β-hCG lúc đó
4. Trong các tình huống sau, bạn khẳng định đang thai đã ngừng phát triển trong tình huống nào?
 - a. Không thấy phôi thai qua hai lần siêu âm liên tiếp, mà trước đó đã có túi thai và không có yolk-sac.
 - b. Không thấy phôi thai qua siêu âm ngã âm đạo, khi siêu âm lúc 7 tuần vô kinh, theo ngày kinh cuối
 - c. Không thấy hoạt động tim thai qua siêu âm ngã âm đạo, khi CRL > 7mm, thực hiện một lần duy nhất
 - d. Không thấy yolk-sac khi số đo đã MSD ≥ 20 mm, qua siêu âm ngã âm đạo thực hiện một lần duy nhất
5. Trong các yếu tố được liệt kê sau, thai ngoài tử cung liên quan mạnh nhất với yếu tố nguy cơ nào?
 - a. Đang tránh thai bằng thuốc tránh thai uống chỉ có progestin
 - b. Đang tránh thai bằng cách đặt dụng cụ tử cung chứa đồng
 - c. Tiết sinh có viêm vùng chậu do *Chlamydia trachomatis*
 - d. Sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp loại progestin liều cao
6. Khi nào bạn sẽ ưu tiên chọn theo dõi "động học của loạt định lượng β-hCG" hơn là chọn "siêu âm và β-hCG"?
 - a. Khi chẩn đoán hiện tại là thai chưa xác định được vị trí
 - b. Khi chẩn đoán hiện tại là nghi thai nghén thất bại sớm
 - c. Trong trường hợp đang có sót sản phẩm thụ thai sau sảy
 - d. Động học của loạt định lượng β-hCG luôn là ưu tiên
7. Khi nghi ngờ thai có vị trí làm tổ ngoài buồng tử cung, có thể chọn các khảo sát (1) ngưỡng phân định β-hCG, (2) diễn biến nồng độ β-hCG qua loạt định lượng, (3) hình ảnh học qua siêu âm đường âm đạo. Hãy xác định trình tự lựa chọn ưu tiên khi phải chọn một hay nhiều công cụ trong ba công cụ này?
 - a. (1) rồi (2) rồi (3)
 - b. (1) rồi (3) rồi (2)
 - c. (3) rồi (1) rồi (2)
 - d. (3) rồi (2) rồi (1)
8. Trong các trường hợp đã xác định là thai ngoài tử cung sau, phẫu thuật sẽ là lựa chọn tối ưu trong trường hợp nào?
 - a. Thai ngoài tử cung ở bệnh nhân hiện đang có nhiễm/có tiền sử nhiễm *Chlamydia trachomatis*



Các vấn đề thường gặp trong ba tháng đầu thai kỳ
Readiness Assurance Test



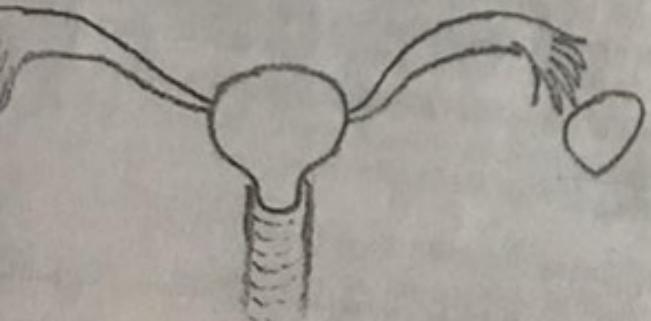
- b. Thai ngoài tử cung sống, thấy phôi có hoạt động tim phôi, và nồng độ β -hCG ≥ 10.000 mIU/mL
- *: Thai ngoài tử cung ở bệnh nhân đang theo dõi/diều trị hiêm muộn do nguyên nhân vòi trứng
- g. Thai ngoài tử cung xảy ra lặp lại nhiều lần, trên cùng một vòi Fallope hay trên hai vòi Fallope

9. Dấu hiệu nào cho phép thiết lập chẩn đoán xác định thai trứng?

- a. Hình ảnh các vùng echo hỗn hợp trong lòng tử cung trên siêu âm
- b. Nồng độ β -hCG cao hơn nhiều so với ở một thai kỳ bình thường
- c. Kích thước tử cung lớn hơn tuổi thai, nghén nặng, nang hoàng tuyến
- d. Lông nhau thoái hóa và tăng sinh nguyên bào nuôi trên mô bệnh học

10. Có cần thiết phải thực hiện hóa dự phòng trong hậu thai trứng nguy cơ cao hay không, vì sao?

- a. Không cần thiết, do nguy cơ thai trứng chuyển biến thành GTN thấp
- b. Không cần thiết, vì làm tăng nguy cơ kháng hóa trị khi có GTN
- c. Rất cần thiết, vì làm giảm có ý nghĩa thai trứng chuyển biến thành GTN
- d. Rất cần thiết, vì làm cho việc theo dõi hậu thai trứng đơn giản hơn





Bài ứng dụng

Các vấn đề thường gặp trong ba tháng đầu thai kỳ

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: QUE TEST THAI NHANH

Cô X., 27 tuổi, PARA 0000, đến khám vì trễ kinh 3 tuần, tự thử test thai nhanh ở nhà thấy "1 vạch đậm và 1 vạch nhạt".

Cô X. có chu kỳ kinh khá đều, dao động 28-30 ngày, hành kinh 4-5 ngày.

Cô X. đã lập gia đình được 2 năm, hiện vẫn đang ngừa thai bằng bao cao su và xuất tinh ngoài âm đạo.

Không ghi nhận tiền căn bệnh lý gì đặc biệt.

Khám lâm sàng cho thấy: âm hộ bình thường; âm đạo có ít huyết trắng sinh lý; cổ tử cung lộ tuyến nhẹ; thân tử cung lớn hơn kích thước bình thường, mềm, ngả sau; hai phần phụ không sờ chạm; túi cùng trống.

Thái độ xử trí nào là hợp lý cho tình trạng của cô X. tại thời điểm này? Chọn duy nhất một câu đúng

- A. Siêu âm ngà âm đạo và thử β-hCG
- B. Chi cần siêu âm ngà âm đạo
- C. Chi cần làm thử β-hCG
- D. Không cần làm thêm test, định ngày tái khám (xác định ngày tái khám)

Sau đó, Cô X. được cho làm các test, có kết quả sau:

Siêu âm ngà âm đạo: tử cung ngà trước, dAP: 55 mm, nội mạc 13 mm, phần âm đồng nhất, lòng tử cung trống, cấu trúc cơ đồng nhất; buồng trứng (T): 23*18 mm, buồng trứng (P) có cấu trúc echo pháp âm hỗn hợp kích thước 28*30mm; túi cùng không dịch. Kết luận: khối echo hỗn hợp ở buồng trứng (P). *bài ngoại tử cung chưa rõ* *huyết động ối định β-HCG 1000 mIU/mL* *khí thai ngoại tử cung <2cm*

Thái độ xử trí nào là hợp lý cho tình trạng của cô X. tại thời điểm này? Chọn duy nhất một câu đúng

- A. Không cần làm thêm test, định ngày tái khám (xác định ngày tái khám) (1 tuần).
- B. Định ngày siêu âm lại (xác định ngày siêu âm)
- C. Định ngày thử β-hCG (xác định chiến lược)

TÌNH HUỐNG 2: THAI NGHÉN THÁT BẠI SÓM

Cô A., 37 tuổi, PARA 10M, (1 lần sanh thường 2014, 1 lần bỏ thai 2015), đến khám vì trễ kinh.

Cô A. nói rằng có trễ kinh 2 tháng, tự thử que test thai nhanh ở nhà có hai vạch. *phản ứng*

Cô A. cho biết cô có chu kỳ kinh không đều, 30-60 ngày, hành kinh 5-7 ngày, lượng vừa, có thống kinh.

Khám lâm sàng cho cô A. ghi nhận: âm hộ bình thường; âm đạo: ít huyết trắng sinh lý; cổ tử cung lộ tuyến nhẹ; thân tử cung to khoảng tử cung mang thai 5-6 tuần, mềm, ngả sau; hai phần phụ: không sờ chạm; túi cùng trống.

Siêu âm thực hiện qua ngà âm đạo: tử cung ngà trước, cấu trúc cơ đồng nhất, dAP 50 mm, nội mạc 16 mm, phần âm đồng nhất; lòng tử cung có khối echo trống dạng túi thai, viền dày, chưa thấy yolk-sac, kích thước MSD 20 mm; buồng trứng (T): 23*18 mm; buồng trứng (P): 28*30 mm; túi cùng không dịch. Kết luận: một túi thai sóm trong lòng tử cung. Hãy nhận định về trường hợp của cô A.? Chọn duy nhất một câu đúng

- A. Thai kì chắc chắn thất bại sóm, cần điều trị ngay
- B. Thai kì có dấu hiệu thất bại sóm, theo dõi thêm một tuần
- C. Thai kì không có dấu hiệu của thất bại sóm, theo dõi thường qui.

Cô A. Tuyên bố rằng thai kỳ này là rất quý, và nàng nặc chí muốn theo dõi thêm.

Một tuần sau, bạn siêu âm lại và ghi nhận:

Tử cung ngà trước, dAP 56 mm; nội mạc 18mm, phần âm đồng nhất; lòng tử cung có khối echo trống dạng túi thai, viền dày, có yolk-sac, có phôi thai, *không rõ tim thai*, kích thước MSD 25 mm, cấu trúc cơ đồng nhất; buồng trứng (T): 23*18 mm; buồng trứng (P): 28*30 mm; túi cùng không dịch. Kết luận: một túi thai trong lòng tử cung chưa rõ dấu sinh tồn. Làm gì cho Cô A.? Chọn duy nhất một câu đúng

- A. Định lượng β-hCG
- B. Định lượng Progesterone



TÌNH HUỐNG 2: SERO-MARKERS VA SOFT-MARKERS

Bà E. 45 tuổi, trong tiền sử đã có 3 lần phải chấm dứt thai kỳ.

2 lần đầu vì thai ngưng phát triển ở 8 tuần vô kinh. Lần thứ ba vì nang thanh dịch vùng gáy (cystic hygroma).

2 vợ chồng bà E. đã được khảo sát di truyền, với kết quả bình thường ở cả 2 vợ chồng. *V1390.*

Sau khi được tư vấn, bà E. quyết định có thai với noãn bào của cháu ruột gọi bà bằng dì, 26 tuổi, đã từng sinh 2 con bình thường, bằng thụ tinh trong ống nghiệm. Bà có thai trong lần thụ tinh trong ống nghiệm này.

Lúc 12 tuần, bà được thực hiện siêu âm hình thái học cuối tam cá nguyệt một, với kết quả BPD = 19mm, CRL = 50mm, NT = 1.1 mm. Không có bất thường về hình thái học.

Double-test thực hiện cùng ngày cho kết quả nguy cơ cao với T21. Kết quả combined-test cho biết nguy cơ nền tăng là 1:2; và nguy cơ tính toán là 1:120.

Người ta đã đề nghị CVS, nhưng do bà E. từ chối, nên người ta đã hẹn thực hiện Triple-test và soft-markers.

Kết quả siêu âm cho thấy không có sự hiện diện của các soft-markers của lệch bội.

Hôm nay, kết quả Triple-test được trả về cho thấy nguy cơ nền tăng là 1:2; và nguy cơ tính toán là 1:125.

Hãy bình luận về kết luận của các test tầm soát lệch bội. Chọn duy nhất một câu đúng.

A. Từ các dữ kiện đã có, có thể kết luận nguy cơ thật sự của lệch bội ở bà E. là cao

B. Từ các dữ kiện đã có, có thể kết luận nguy cơ thật sự của lệch bội ở bà E. là thấp

C. Từ các dữ kiện đã có, nên kiểm tra khả năng có sai lầm trong quá trình tính toán nguy cơ lệch bội ở bà E.

Hãy cho biết bạn phải làm gì tại thời điểm này?

A. Lấy máu lại, gửi phân tích tại phòng xét nghiệm khác

B. Hôm nay, cần phải thực hiện NIPT cho bà E.

C. Hôm nay, cần phải thực hiện chọc dò ối cho bà E.

D. Cần phải điều chỉnh sai sót của quá trình tính toán nguy cơ lệch bội



1 A	6 A
2 D	7 B
3 D	8 D
4 C	9 B
5 D	10 C

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý thai % đầu thai kỳ: tầm soát lệch bội và bất thường thai nhi

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. Nhận định nào là phù hợp trong các nhận định dưới đây về tính tin cậy (accuracy) của sàng lọc lệch bội dựa trên NIPS, khi so với combined test.
 - a. Trong sàng lọc các lệch bội khác với T21, T13, T18 và NST giới tính, NIPS có độ tin cậy không rõ
 - b. Trong sàng lọc lệch bội ở các thai kỳ từ thụ tinh trong ống nghiệm, NIPS có độ tin cậy không rõ
 - c. Trong sàng lọc các lệch bội của T13, T18 và NST giới tính, NIPS có độ tin cậy thấp hơn
 - d. Trong sàng lọc lệch bội ở các thai kỳ song thai, NIPS có độ tin cậy không rõ
2. Trong các đối tượng được liệt kê dưới đây, tính hiệu quả (effectiveness) của sàng lọc lệch bội bằng công cụ là NIPS đã được xác nhận ở đối tượng nào?
 - a. Phụ nữ ≥ 35 tuổi ở thời điểm phóng noãn có thụ tinh
 - b. Phụ nữ có tiền căn sinh con mắc hội chứng Down
 - c. Phụ nữ có mang chuyền đoạn Robertson (14,21)
 - d. NIPS là công cụ hiệu quả cho các tình huống trên
3. Dấu hiệu siêu âm softmarkers nào có liên quan mạnh nhất với lệch bội?
 - a. Giãn não thất (ventriculomegaly)
 - b. Nếp gấp da dày dặn (nuchal fold)
 - c. Xương mũi ngắn / không có xương mũi
 - d. Cả 3 cùng rất mạnh, nhưng không nên căn cứ vào duy nhất một soft-marker đơn lẻ
4. Thái độ thực hành nào là hợp lý nhất khi siêu âm hình thái học cuối tam cá nguyệt một ghi nhận NT > 3.5 mm?
 - a. Chờ thực hiện thêm double test để có nguy cơ bằng combined test
 - b. Chờ thực hiện thêm triple test phối hợp với siêu âm softmarkers
 - c. Tư vấn rằng nên thực hiện sinh thiết gai nhau hay chọc ối
 - d. Thực hiện thêm ngay xét nghiệm tiền sản không xâm lấn
5. Thái độ thực hành nào là hợp lý nhất khi kết quả của nguy cơ theo combined test là 1/500 (thuộc grey-zone)?
 - a. Có thể thực hiện sinh thiết gai nhau/chọc ối, nếu cặp vợ chồng có đề nghị
 - b. Thực hiện thêm xét nghiệm sàng lọc trước sinh không xâm lấn (NIPS) → NIPS
 - c. Thực hiện thêm triple test và hiệu chỉnh nguy cơ bằng softmarkers
 - d. Khảo sát siêu âm hình thái học thai chi tiết ở thời điểm 20-22 tuần
6. Trong các yếu tố được liệt kê dưới đây, yếu tố nào có thể làm giảm tính tin cậy của NIPS?
 - a. Máu máu bị tan huyết (khi đi phân tích)
 - b. Mẹ gầy, chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp
 - c. Tuổi thai đã lớn khi thực hiện NIPS
 - d. Mẹ quá lớn tuổi khi mang thai
7. Hãy xác định phương tiện nào là phương tiện hiệu quả nhất cho mục đích sàng lọc dị tật ống thần kinh trên thai.
 - a. Siêu âm hình thái học thai ở cuối tam cá nguyệt thứ nhất
 - b. Siêu âm hình thái học thai đầu và trong tam cá nguyệt hai
 - c. Triple test
 - d. MS-AFP

Suy luận: tr' đ'y ↑ QKL thấp hơn độ tuổi
độ tuổi lớn hơn để "thay đổi sẽ phải chấp nhận PPR ↑ và
quản lý sơ胎 hơn



8. Việc định danh số lượng bánh nhau và số lượng túi ối của song thai trên siêu âm trong tam cá nguyệt một có ý nghĩa thực hành ra sao (M-M: một nhau-một ối; M-D: một nhau-hai ối; D-D: hai nhau-hai ối)?
- Do mỗi loại song thai M-M, M-D, D-D đòi hỏi các kiểu tiếp cận tầm soát khác nhau
 - Do mỗi loại song thai M-M, M-D, D-D đòi hỏi các chiến lược chẩn đoán khác nhau
 - Do mỗi loại song thai M-M, M-D, D-D đòi hỏi các chiến lược can thiệp khác nhau
 - Loại song thai là M²M, M-D; D-D ảnh hưởng trên toàn bộ chiến lược quản lý thai kỳ
9. Trong trường hợp kết quả NIPT được trả về là "no call", thì lựa chọn thực hành nào sau đây là phù hợp?
- Thực hiện lặp lại NIPT (lấy máu lại)
 - Chọc ối hoặc sinh thiết gai nhau
 - Triple test, siêu âm softmarkers
 - Thực hiện Combined test
10. Tình trạng song/đa thai ảnh hưởng ra sao đến việc định tuổi thai bằng CRL? Hãy chọn một thái độ hợp lý?
- Trong song/đa thai, không được định tuổi thai bằng CRL của thai nhỏ nhất, do các thai có CRL nhỏ thường mang lệch bội
 - Trong song/đa thai, việc định định tuổi thai bằng CRL được căn cứ vào CRL của thai lớn nhất hoặc CRL trung bình của các thai
 - Có thể dùng biểu đồ CRL của đơn thai để định tuổi thai trong song/đa thai vì không có biểu đồ CRL chuyên biệt cho song/đa thai
 - Trong song/đa thai, định tuổi thai bằng CRL không chính xác như trong đơn thai do chênh lệch CRL giữa hai thai là phổ biến

background x LHR (+) NT x Doubletest x NIPT.
SM.

Đo
bạn
Sinh
ngà
Kết
sau
xúc
Tru
Lik
Hàn
Ch

Mô
hiệ
Bà
Hìn
1,;
Hã
họ



Kết

Bài ứng dụng

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

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: NUCHAL TRANSLUCENCY VÀ SOFTMARKERS

Bà K. 34 tuổi, PARA 0020, 2 lần thai ngoài tử cung dẫn đến cắt bỏ vòi Fallope 2 bên.

Bà có thai lần sau chuyển phôi của thụ tinh trong ống nghiệm. Xem xét.

Vào lúc tuổi thai là 12 tuần xác nhận bằng ngày chuyển phôi, bà

được khảo sát độ dày khoang thầu âm sau gáy là 3,6 mm.

Hành động nào tiếp theo sẽ là thích hợp nhất cho trường hợp của bà K.? Chọn một hành động thích hợp.

- A. Double test để có kết quả combined test
- B. Khảo sát tiền sản không xâm lấn (NIPS)
- C. Khảo sát tiền sản xâm lấn (sinh thiết gai nhau)
- D. Chờ thêm khảo sát đầu tam cá nguyệt thứ nhì

Do rất khó khăn để có thai, nên bà K. đã từ chối tất cả các đề nghị của bạn, chỉ đồng ý thực hiện siêu âm softmarkers ở thời điểm 16 tuần:
16 tuần

Sinh trắc thai nhi ở 12th percentile, dựa theo thông tin tuổi thai có được từ ngày chuyển phôi.

Kết quả siêu âm softmarkers tìm thấy sự hiện diện của các softmarkers sau: (1) nang đám rối mạch mạc bên trái, (2) không quan sát thấy cấu trúc xương mũi. Các softmarkers còn lại không bất thường.

Trước tiên hãy tính toán khả dĩ dương có lệch bội ở bà K.

Likelihood ratio = 6,9 × 96

(P.9)

Hành động nào tiếp theo sẽ là thích hợp nhất cho trường hợp của bà K.? Chọn một hành động thích hợp.

- A. Triple test để có kết quả nguy cơ hiệu chỉnh với softmarkers
- B. Khảo sát tiền sản không xâm lấn (NIPS)
- C. Khảo sát tiền sản xâm lấn (hẹn chọc dò ối)

Một lần nữa bà K. muốn sự an toàn tối đa cho thai kỳ, nên chỉ muốn thực hiện can thiệp tối thiểu.

Bà đã được thực hiện khảo sát tiền sản không xâm lấn.

Hình bên trình bày phổ tín hiệu của các nhiễm sắc thể 13, 18 và 21 (hàng 1, 2, 3) cũng như tín hiệu của các nhiễm sắc thể khác (hàng 4, 5).

Hãy cho biết bạn phải làm gì tại thời điểm nhận kết quả này, và bạn đã học được điều gì qua trường hợp của bà K?

- A. Tiếp tục theo dõi thai kỳ
- B. Chấm dứt thai kỳ có điều kiện
- C. Chấm dứt thai kỳ không điều kiện



13(1)	13(2)	13(3)	13(4)	13(5)	18(1)	18(2)	18(3)
21(1)	21(2)	21(3)	21(4)	21(5)	31(1)	31(2)	31(3)
18(4)	18(5)	21(6)	21(7)	21(8)	31(4)	31(5)	31(6)
22(1)	22(2)	22(3)	22(4)	22(5)	32(1)	32(2)	32(3)
18(9)	18(10)	21(11)	21(12)	21(13)	31(9)	31(10)	31(11)
22(14)	22(15)	22(16)	22(17)	22(18)	32(9)	32(10)	32(11)
18(19)	18(20)	21(21)	21(22)	21(23)	31(19)	31(20)	31(21)
22(24)	22(25)	22(26)	22(27)	22(28)	32(19)	32(20)	32(21)
18(29)	18(30)	21(31)	21(32)	21(33)	31(29)	31(30)	31(31)
22(34)	22(35)	22(36)	22(37)	22(38)	32(29)	32(30)	32(31)
18(39)	18(40)	21(41)	21(42)	21(43)	31(39)	31(40)	31(41)
22(44)	22(45)	22(46)	22(47)	22(48)	32(39)	32(40)	32(41)
18(49)	18(50)	21(51)	21(52)	21(53)	31(49)	31(50)	31(51)
22(54)	22(55)	22(56)	22(57)	22(58)	32(49)	32(50)	32(51)
18(59)	18(60)	21(61)	21(62)	21(63)	31(59)	31(60)	31(61)
22(64)	22(65)	22(66)	22(67)	22(68)	32(59)	32(60)	32(61)
18(69)	18(70)	21(71)	21(72)	21(73)	31(69)	31(70)	31(71)
22(74)	22(75)	22(76)	22(77)	22(78)	32(69)	32(70)	32(71)
18(79)	18(80)	21(81)	21(82)	21(83)	31(79)	31(80)	31(81)
22(84)	22(85)	22(86)	22(87)	22(88)	32(79)	32(80)	32(81)
18(89)	18(90)	21(91)	21(92)	21(93)	31(89)	31(90)	31(91)
22(94)	22(95)	22(96)	22(97)	22(98)	32(89)	32(90)	32(91)
18(99)	18(100)	21(101)	21(102)	21(103)	31(99)	31(100)	31(101)
22(104)	22(105)	22(106)	22(107)	22(108)	32(99)	32(100)	32(101)
18(109)	18(110)	21(111)	21(112)	21(113)	31(109)	31(110)	31(111)
22(114)	22(115)	22(116)	22(117)	22(118)	32(109)	32(110)	32(111)
18(119)	18(120)	21(121)	21(122)	21(123)	31(119)	31(120)	31(121)
22(124)	22(125)	22(126)	22(127)	22(128)	32(119)	32(120)	32(121)
18(129)	18(130)	21(131)	21(132)	21(133)	31(129)	31(130)	31(131)
22(134)	22(135)	22(136)	22(137)	22(138)	32(129)	32(130)	32(131)
18(139)	18(140)	21(141)	21(142)	21(143)	31(139)	31(140)	31(141)
22(144)	22(145)	22(146)	22(147)	22(148)	32(139)	32(140)	32(141)
18(149)	18(150)	21(151)	21(152)	21(153)	31(149)	31(150)	31(151)
22(154)	22(155)	22(156)	22(157)	22(158)	32(149)	32(150)	32(151)
18(159)	18(160)	21(161)	21(162)	21(163)	31(159)	31(160)	31(161)
22(164)	22(165)	22(166)	22(167)	22(168)	32(159)	32(160)	32(161)
18(169)	18(170)	21(171)	21(172)	21(173)	31(169)	31(170)	31(171)
22(174)	22(175)	22(176)	22(177)	22(178)	32(169)	32(170)	32(171)
18(179)	18(180)	21(181)	21(182)	21(183)	31(179)	31(180)	31(181)
22(184)	22(185)	22(186)	22(187)	22(188)	32(179)	32(180)	32(181)
18(189)	18(190)	21(191)	21(192)	21(193)	31(189)	31(190)	31(191)
22(194)	22(195)	22(196)	22(197)	22(198)	32(189)	32(190)	32(191)
18(199)	18(200)	21(201)	21(202)	21(203)	31(199)	31(200)	31(201)
22(204)	22(205)	22(206)	22(207)	22(208)	32(199)	32(200)	32(201)
18(209)	18(210)	21(211)	21(212)	21(213)	31(209)	31(210)	31(211)
22(214)	22(215)	22(216)	22(217)	22(218)	32(209)	32(210)	32(211)
18(219)	18(220)	21(221)	21(222)	21(223)	31(219)	31(220)	31(221)
22(224)	22(225)	22(226)	22(227)	22(228)	32(219)	32(220)	32(221)
18(229)	18(230)	21(231)	21(232)	21(233)	31(229)	31(230)	31(231)
22(234)	22(235)	22(236)	22(237)	22(238)	32(229)	32(230)	32(231)
18(239)	18(240)	21(241)	21(242)	21(243)	31(239)	31(240)	31(241)
22(244)	22(245)	22(246)	22(247)	22(248)	32(239)	32(240)	32(241)
18(249)	18(250)	21(251)	21(252)	21(253)	31(249)	31(250)	31(251)
22(254)	22(255)	22(256)	22(257)	22(258)	32(249)	32(250)	32(251)
18(259)	18(260)	21(261)	21(262)	21(263)	31(259)	31(260)	31(261)
22(264)	22(265)	22(266)	22(267)	22(268)	32(259)	32(260)	32(261)
18(269)	18(270)	21(271)	21(272)	21(273)	31(269)	31(270)	31(271)
22(274)	22(275)	22(276)	22(277)	22(278)	32(269)	32(270)	32(271)
18(279)	18(280)	21(281)	21(282)	21(283)	31(279)	31(280)	31(281)
22(284)	22(285)	22(286)	22(287)	22(288)	32(279)	32(280)	32(281)
18(289)	18(290)	21(291)	21(292)	21(293)	31(289)	31(290)	31(291)
22(294)	22(295)	22(296)	22(297)	22(298)	32(289)	32(290)	32(291)
18(299)	18(300)	21(301)	21(302)	21(303)	31(299)	31(300)	31(301)
22(304)	22(305)	22(306)	22(307)	22(308)	32(299)	32(300)	32(301)
18(309)	18(310)	21(311)	21(312)	21(313)	31(309)	31(310)	31(311)
22(314)	22(315)	22(316)	22(317)	22(318)	32(309)	32(310)	32(311)
18(319)	18(320)	21(321)	21(322)	21(323)	31(319)	31(320)	31(321)
22(324)	22(325)	22(326)	22(327)	22(328)	32(319)	32(320)	32(321)
18(329)	18(330)	21(331)	21(332)	21(333)	31(329)	31(330)	31(331)
22(334)	22(335)	22(336)	22(337)	22(338)	32(329)	32(330)	32(331)
18(339)	18(340)	21(341)	21(342)	21(343)	31(339)	31(340)	31(341)
22(344)	22(345)	22(346)	22(347)	22(348)	32(329)	32(330)	32(331)
18(349)	18(350)	21(351)	21(352)	21(353)	31(349)	31(350)	31(351)
22(354)	22(355)	22(356)	22(357)	22(358)	32(349)	32(350)	32(351)
18(359)	18(360)	21(361)	21(362)	21(363)	31(359)	31(360)	31(361)
22(364)	22(365)	22(366)	22(367)	22(368)	32(349)	32(350)	32(351)
18(369)	18(370)	21(371)	21(372)	21(373)	31(369)	31(370)	31(371)
22(374)	22(375)	22(376)	22(377)	22(378)	32(349)	32(350)	32(351)
18(379)	18(380)	21(381)	21(382)	21(383)	31(369)	31(370)	31(371)
22(384)	22(385)	22(386)	22(387)	22(388)	32(349)	32(350)	32(351)
18(389)	18(390)	21(391)	21(392)	21(393)	31(369)	31(370)	31(371)
22(394)	22(395)	22(396)	22(397)	22(398)	32(349)	32(350)	32(351)
18(399)	18(400)	21(401)	21(402)	21(403)	31(369)	31(370)	31(371)
22(404)	22(405)	22(406)	22(407)	22(408)	32(349)	32(350)	32(351)
18(409)	18(410)	21(411)	21(412)	21(413)	31(369)	31(370)	31(371)
22(414)	22(415)	22(416)	22(417)	22(418)	32(349)	32(350)	32(351)
18(419)	18(420)	21(421)	21(422)	21(423)	31(369)	31(370)	31(371)
22(424)	22(425)	22(426)	22(427)	22(428)	32(349)	32(350)	32(351)
18(429)	18(430)	21(431)	21(432)	21(433)	31(369)	31(370)	31(371)
22(434)	22(435)	22(436)	22(437)	22(438)	32(349)	32(350)	32(351)
18(439)	18(440)	21(441)	21(442)	21(443)	31(369)	31(370)	31(371)
22(444)	22(445)	22(446)	22(447)	22(448)	32(349)	32(350)	32(351)
18(449)	18(450)	21(451)	21(452)	21(453)	31(369)	31(370)	31(371)
22(454)	22(455)	22(456)	22(457)	22(458)	32(349)	32(350)	32(351)
18(459)	18(460)	21(461)	21(462)	21(463)	31(369)	31(370)	31(371)
22(464)	22(465)	22(466)	22(467)	22(468)	32(349)	32(350)	32(351)
18(469)	18(470)	21(471)	21(472)	21(473)	31(369)	31(370)	31(371)
22(474)	22(475)	22(476)	22(477)	22(478)	32(349)	32(350)	32(351)
18(479)	18(480)	21(481)	21(482)	21(483)	31(369)	31(370)	31(371)
22(484)	22(485)	22(486)	22(487)	22(488)	32(349)	32(350)	32(351)
18(489)	18(490)	21(491)	21(492)	21(493)	31(369)	31(370)	31(371)
22(494)	22(495)	22(496)	22(497)	22(498)	32(349)	32(350)	32(351)
18(499)	18(500)	21(501)	21(502)	21(503)	31(369)	31(370)	31(371)
22(504)	22(505)	22(506)	22(507)	22(508)	32(349)	32(350)	32(351)
18(509)	18(510)	21(511)	2				



- C Kiểm tra phát triển thai sau một tuần
D. Tự vẫn thai ngưng phát triển và chấm dứt thai kỳ

TÌNH HUỐNG 3: THALSAU ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN DO SALPINGITIS ISTMICA NODOSA

Cô D., 33 tuổi, PARA 0020 (1 lần bò thai ngoại khoa, 1 lần thai ngoài tử cung điều trị nội khoa).

Cô D. được thực hiện thủ thuật trong óng nghiệm vi tắc với Fallope, với tổn thương Salpingitis Isthmica Nodosa (SIN), và được chuyển phôi cách đây 3 tuần. Hôm nay, cô D. thấy ra ít huyết âm đạo nên đến bệnh viện để kiểm tra.

Kết quả khám cho thấy: âm đạo có ít huyết nâu; cổ tử cung láng; thân tử cung lớn hơn kích thước bình thường, mềm, ngà sau; hai phần phụ không sờ chạm; túi cùng trống.

Siêu âm ngà âm đạo: tử cung ngà trước, cấu trúc cơ đồng nhất, dAP 52 mm; nội mạc 11 mm, phản âm đồng nhất; lòng tử cung trống; buồng trứng (T): 23*18 mm, cạnh buồng trứng (T) có khối echo hỗn hợp 30*27 mm; buồng trứng (P): 28*30 mm; túi cùng không dịch. Kết luận: khối echo hỗn hợp cạnh buồng trứng (T).

β -hCG được làm cùng ngày siêu âm: 1643 mIU/mL.

Xử trí gì cho bệnh nhân tại thời điểm hiện tại? Chọn duy nhất một phương án đúng

- A. Theo dõi không can thiệp
B. Nong và nạo buồng tử cung
C. Theo dõi động học β -hCG
D. Theo dõi diễn biến siêu âm

- E. Đã có thể có kết luận thai ngoài tử cung

Do thái độ chán chường của cả bác sĩ lẫn cô D., nên cô D. đã được theo dõi.

Hai ngày sau, kết quả β -hCG: 1456 mIU/mL.

Siêu âm ngà âm đạo: tử cung ngà trước, cấu trúc cơ đồng nhất, dAP 52 mm; nội mạc 9 mm, phản âm đồng nhất; lòng tử cung trống; buồng trứng (T): 23*18 mm, cạnh buồng trứng (T) có khối echo hỗn hợp 32*27 mm; buồng trứng (P): 28*30 mm; túi cùng có ít dịch tự do. Kết luận: khối echo hỗn hợp cạnh buồng trứng (T).

Hãy lựa chọn cho cô D. một phương pháp can thiệp hợp lý? Chọn duy nhất một phương án đúng

- A. Chắc chắn là thai ngoài tử cung, hướng điều trị nội khoa
B. Chắc chắn là thai ngoài tử cung, hướng điều trị ngoại khoa
C. Có thể là thai ngoài tử cung, cần theo dõi thêm diễn biến
D. Có thể là thai ngoài tử cung, nong và nạo buồng tử cung để chẩn đoán

TÌNH HUỐNG 4: CHẬY MÁU KÉO DÀI SAU PHÁ THAI

Cô G., 40 tuổi, PARA 2022. Cô G. có 1 lần mổ lấy thai, 1 lần phá thai ngoại khoa.

Cách đây 6 tuần, cô đã yêu cầu và được thực hiện phá thai nội khoa tại phòng khám tư nhân, lúc trễ kinh 2 tuần. Trước khi phá thai, cô có được siêu âm, nhưng không rõ kết quả.

Một tuần sau khi uống thuốc cô G. đã được nơi cung cấp dịch vụ phá thai cho biết là thai đã sảy thành công. Hiện tại cô G. đến khám vì ra huyết âm đạo rỉ rả, lượng ít từ lúc phá thai đến nay.

Khám lâm sàng cho thấy: âm đạo có ít huyết sậm; cổ tử cung lộ tuyến nhẹ; thân tử cung kích thước bình thường, mềm, ngà trước; hai phần phụ không sờ chạm; túi cùng trống, chạm thốn nhẹ.

Xử trí nào là thích hợp với tình trạng hiện tại của cô G.? Chọn duy nhất một câu đúng

- A. β -hCG
B. Siêu âm
C. Siêu âm phối hợp với β -hCG

- D. Theo dõi đơn thuần, không cần làm thêm test

Vì không an tâm, nên cô ta/bác sĩ yêu cầu được siêu âm.

Kết quả siêu âm của cô G: tử cung ngà trước, dAP 50 mm; nội mạc 8 mm, phản âm đồng nhất; lòng tử cung có khối echo hỗn hợp, kích thước 32*27 mm; buồng trứng (T): 23*18 mm; buồng trứng (P): 28*30 mm; túi cùng không dịch.

Kết luận: hình ảnh khối echo hỗn hợp lòng tử cung.

Xử trí tiếp theo cho cô G.? Chọn duy nhất một câu đúng

- A. Theo dõi đơn thuần

- B. Hút buồng tử cung

- C. Dùng thêm misoprostol

- D. Dùng steroids sinh dục

- E. Chưa đủ dữ kiện quyết định

Nhiều dấu thai kỳ: Nhiều dấu thai kỳ: tầm soát lệch bội và bắt thường thai
Application

TÌNH HUỐNG 3: NIPT, FISH VÀ NHIỄM SẮC THỂ ĐÔ (Non Invasive Prenatal Testing, Fluorescence In Situ Hybridization and Karyotype)

14W 11S (11-8) + 1r

Bà G. 28 tuổi, có thai lần đầu tiên.

Vào lúc tuổi thai là 12 tuần vò kinh, xác nhận qua lâm sàng và sinh trắc, bà được siêu âm tầm soát lệch bội, với kết quả BPD = 19 mm, CRL = 50 mm, NT = 2.3 mm.

Do kết quả này, bà G. được đề nghị thực hiện NIPT.

NIPT cho kết quả nguy cơ có trisomy 21 là 99:100.

Người ta đã quyết định thực hiện CVS để xác định chẩn đoán bằng FISH và nhiễm sắc thể đô.

48 giờ sau, kết quả FISH test cho thấy là không thấy bất thường về số lượng tín hiệu của nhiễm sắc thể 21.

1 tháng sau, kết quả karyotype của sinh thiết gai nhau cho kết quả 46,XY,der(21;21)(q10,q10),+21 (Hình).

Về kết luận tình trạng lệch bội ở thai nhi, hãy chọn duy nhất một câu đúng.

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

Lý giải sự mâu thuẫn trong các kết quả test, hãy chọn duy nhất một câu đúng.

- A. Mẫu thuẫn giữa kết quả tầm soát và các test chẩn đoán lệch bội hoàn toàn không thể lý giải được
B. Mẫu thuẫn giữa kết quả tầm soát và các test chẩn đoán lệch bội hoàn toàn có thể lý giải được

Về trình tự đã làm test, hãy chọn duy nhất một câu đúng.

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



Digeorge là: gặp sau trisomy 21 hoặc phal. lichen d'tr. rêu, karyotype (>5Mb/moi, phai lichen d'tr.)



TÌNH HUỐNG 4: ĐỨA CON NÀY CỦA TÔI SẼ RA SAO?

Bà C., 42 tuổi, PARA 1011, hiện tại đang có thai lần thứ ba.

Trước khi sanh đứa con đầu, bà C. đã từng bị sảy thai, khi tuổi thai khoảng 6 tuần. Lúc đó bà được 38 tuổi.

Người mẹ già
Con đầu của bà C. đã 3 tuổi, với biểu hiện lâm sàng điển hình của hội chứng Down.

Khi sanh xong, người ta nói với bà rằng: "Con gái bà mắc bệnh Down là do bà có thai khi đã lớn tuổi. Lần có thai sau, cần phải tầm soát bệnh Down."

Bà đã có thai lại. Hiện tuổi thai là 12 tuần.

Khi thai được 8 tuần, bà có gặp một bác sĩ quen. Theo lời khuyên của người này, bà C. đưa con gái đầu đi thực hiện karyotype, cho kết quả: 46,XX,der(14;21)(q10;q10), +21 mat

Bà vui thực hiện xong combined-test, với độ dày NT thấp, và với nguy cơ huyết thanh hiệu chỉnh là 1:350.

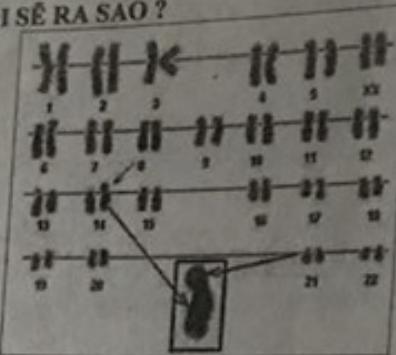
Yếu tố dùng để hiệu chỉnh là nguy cơ nền tảng và tiền sử sản khoa. Nguy cơ nền tảng được nhập vào phiếu thông tin: tuổi mẹ = 42 tuổi, tiền sử có con bị lệch bội hay dị tật = có.

Hãy xác định nguy cơ xảy ra lệch bội nhiễm sắc thể 21 ở thai nhi này của bà C.? Chọn duy nhất một câu đúng

- A. Nguy cơ xảy ra lệch bội nhiễm sắc thể 21 ở thai nhi là thấp hơn nguy cơ nền tảng của bà C.
- B. Nguy cơ xảy ra lệch bội nhiễm sắc thể 21 ở thai nhi là bằng với nguy cơ nền tảng của bà C.
- C. Nguy cơ xảy ra lệch bội nhiễm sắc thể 21 ở thai nhi là cao hơn nguy cơ nền tảng của bà C.
- D. Nguy cơ xảy ra lệch bội nhiễm sắc thể 21 ở thai nhi lần này là rất cao, gần như tuyệt đối

Bạn sẽ làm gì sau khi nhận được kết quả combined-test? Chọn duy nhất một câu đúng

- A. Theo dõi như một thai kỳ bình thường
- B. Hẹn theo dõi soft-markers, triple-test
- C. Thực hiện test tiền sản không xâm lấn
- D. Sinh thiết gai nhau hay hẹn ngày chọc ối



Nhiễm sắc thể đột của con đầu của bà C.

46,XX,der(14;21)(q10;q10), +21 mat



Thái 12 tuần. NT = 2.1 mm

1. T
co
2. C
a
3. C
a
4. C
a
5. H
a
6. H
a
7. H
a

Bài Tập Hỗn Hợp



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
Quản lý thai ½ đầu thai kỳ: tầm soát thiếu máu và các bệnh nhiễm trùng

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 điều kiện cụ thể của Việt Nam, nên chọn khảo sát nào là khảo sát đầu tay cho chiến lược tầm soát nhiễm *Treponema pallidum* cho thai phụ?
- a. Test treponemal → BV dương (N, chẩn đoán) → tái cấp đầu tay → xác nhận
 - b. Test non-treponemal → BV âm, BV không xác định, BV không phát hiện
 - c. Cả hai test đồng thời
 - d. Chọn test nào cũng được
- ✓ 1. Trong điều kiện cụ thể của Việt Nam, nên chọn khảo sát nào là khảo sát đầu tay cho chiến lược tầm soát nhiễm *Treponema pallidum* cho thai phụ? *Để xác định rõ ràng, cần di chuyển*
hầu hết thời gian phò xét
để hiệu cao lồng để tránh hốt
nhầm.
2. Chiến lược chẩn đoán hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh được xây dựng dựa trên cơ sở của đặc tính virus học nào?
- a. Sẽ phân lập được virus bằng PCR dịch ối ngay khi virus qua nhau và xâm nhập thai nhi
 - b. Virus chỉ có thể xâm nhập được vào bánh nhau kể từ đầu tam cá nguyệt thứ nhất
 - c. Virus chỉ có thể xâm nhập được vào bánh nhau trong tam cá nguyệt thứ nhất
 - d. Virus có thể xâm nhập vào bánh nhau khi có virus trong máu, bất kể thời điểm
3. Hãy cho biết tiên lượng của thai nhi khi mẹ bị nhiễm Rubella trong thai kỳ?
- a. Độ nặng của bất thường thai trong hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh khác nhau tùy thời điểm nhiễm
 - b. Xuất độ xảy ra bất thường ở thai khi mẹ bị nhiễm Rubella càng cao khi thời điểm bị nhiễm càng sớm
 - c. So với thai nhi ở mẹ bị tái nhiễm Rubella, thì thai nhi ở mẹ nhiễm Rubella lần đầu ít bị ảnh hưởng hơn
 - d. So với thai nhi ở mẹ nhiễm Rubella có triệu chứng, thì nhiễm không triệu chứng cho tiên lượng tốt hơn
4. Thái độ nào là phù hợp khi phải tư vấn cho một phụ nữ được chích MMR khi đang mang thai mà không biết?
- a. Chấm dứt thai kỳ, do nguy cơ bất thường thai nhi rất cao, tương đương với nhiễm virus sống
 - b. Chấm dứt thai kỳ, do vaccine có bản chất là virus sống, nên bị chống chỉ định cho thai phụ
 - c. Không chấm dứt thai kỳ, do chưa có bằng chứng về bất thường ở thai nhi được ghi nhận
 - d. Không chấm dứt thai kỳ, do virus giảm độc lực không có khả năng xâm nhập nhau thai
5. Ở thai phụ mắc Thalassemia, mức độ nghiêm trọng của bệnh lý lệ thuộc vào yếu tố nào?
- a. Số chuỗi globin bị mất là 1 hay 2 chuỗi
 - b. Loại chuỗi globin bị mất là α hay là β
 - c. Số gene bị đột biến là nhiều hay ít
 - d. Lệ thuộc vào tất cả yếu tố trên
6. Hãy cho biết ý nghĩa của các khảo sát huyết thanh chẩn đoán nhiễm Rubella và CMV trong thai kỳ?
- a. Ái lực kháng thể IgG có thể giúp chẩn đoán tình trạng nhiễm virus cấp
 - b. Xét nghiệm huyết thanh IgM dương giúp xác định tình trạng đang nhiễm virus IgG (+); IgM (+)
 - c. Hiệu giá kháng thể IgG cao giúp xác định tình trạng tái nhiễm hoặc tái phát IgG (+); IgM (-)
 - d. Xét nghiệm PCR dịch ối phân lập virus chi dương tính sau 20-21 tuần IgG (-); IgM (+)
7. Thái độ nào là thích hợp khi thực hiện tổng soát cho một thai phụ đã được chích ngừa vaccine gan siêu vi B từ trước?
- a. Thực hiện khảo sát HBsAg lẫn HBsAb
 - b. Thực hiện khảo sát định lượng HBsAb, IgG (+); IgM (-)
 - c. Thực hiện khảo sát định tính HBsAb
 - d. Không cần thực hiện thêm test nào khác
8. Nguy cơ mắc giang mai bẩm sinh liên quan ra sao với giai đoạn lâm sàng của giang mai?
- a. Trong giai đoạn sớm nhất, biểu hiện bằng sẹo giang mai, khả năng gây nhiễm là rất thấp (got 1)
 - b. Trong giang mai kỳ II, biểu hiện bằng sẹo và hồng ban, khả năng lây nhiễm là rất thấp (got 2)
 - c. Trong giai đoạn tiềm ẩn, chỉ có test huyết thanh (+), khả năng lây nhiễm là rất thấp (got 3)
 - d. Trong giang mai kỳ III, biểu hiện bằng sẹo giang mai, khả năng lây nhiễm là rất thấp (got 4)



9. Cytomegalovirus có thể gây nhiễm trùng bào thai rất nặng. Chiến lược nào là phù hợp cho tầm soát nhiễm Cytomegalovirus ở phụ nữ dự kiến có thai và thai phụ?
- Nên tầm soát Cytomegalovirus trước khi mang thai, do tiên lượng của tái nhiễm khác nhiễm mới
 - Nên tầm soát Cytomegalovirus trong thai kỳ, nhưng chỉ lưu ý đến hiệu giá IgM để nhận diện nhiễm mới
 - Nên tầm soát Cytomegalovirus trong thai kỳ, và phải chấm dứt thai kỳ khi IgM và IgG cùng có kết quả (+)
 - Không nên xem việc tầm soát Cytomegalovirus trong thai kỳ như là một tầm soát thường quy
10. Nội dung tư vấn nào là thích hợp cho một cặp vợ chồng mà một người mắc α và người còn lại mắc β-Thalassemia?
- Nội dung tư vấn lệ thuộc vào kết quả khảo sát kiểu đột biến gene Thalassemia
 - Thai có nguy cơ thấp mắc Thalassemia, do cha và mẹ mang đột biến khác nhau
 - Vẫn có thể có thai, nhưng cần lưu ý xác suất thai nhi mắc Thalassemia là đáng kể
 - Không khuyên có thai, do khả năng của con bị Thalassemia thể nặng là rất cao

- NSAIDs à khaay dire → tam (Nguyệt 2-3)
 - Helfothiazole, cyclothiazide, diethylstilbestrol (DES) lithium, retinoids, thalidomide, chrysotropine, bromocriptine → 16-60 ngày thai kỳ.
 - Kumarin → 16-60 ngày thai kỳ.

- Nhóm dùng sau thai kỳ:

- + NT: thai phụ có thể chững và nặng lên trong TL
- + NT: thai phụ gặp thai bi x hau son
- + NT: thai phụ có lúc mang thai
- + NT: thai phụ có lúc mang thai

Khem rết mực bể cung ăn đào
 Hypococcus b (GBS)
 Nhieu tang tieu
 Vi ngen khac

Se → α Thalassemia Taller năm dân QNST → se tất kiều gen
 Se → β Thalassemia Algén năm dân QNST

n. huyễn
 gen 1 → B₁ tự đ. v. tú K₁ chung tết w. B₁ f. B₁
 gen 2 → B₂ K₂ B₂ B₂ có B₂



Bài ứng dụng

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

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

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

TÌNH HUỐNG 1: TPHA DƯƠNG TÍNH¹

Cô A., 26 tuổi, PARA 0000, hiện đang mang thai, tuổi thai 12 tuần.

Tại nơi bạn công tác, người ta chọn TPHA như là test tầm soát sơ cấp cho giang mai. Tổng soát thường quy phát hiện TPHA (+), khám lâm sàng hiện không phát hiện bất thường.

Khai thác tiền sử ghi nhận rằng hơn 2 năm về trước, cô từng mắc tổn thương lỗ tít âm hộ, tổn thương tự khỏi sau vài tuần mà không cần điều trị. Trong tiền sử cũng ghi nhận có phát ban, khỏi sau khi điều trị kháng sinh không đặc hiệu.

Bạn có cần phải thực hiện VDRL cho cô A. không để quyết định điều trị hay không? Giải thích. Chọn một phương án.

✓ A. Có, chỉ một lần duy nhất → Sự sang ga hàn ẩn.

B. Có, ít nhất là hai lần (nếu rõ khoảng cách, nếu chọn)

C. Không

Bạn sẽ lên kế hoạch quản lý trường hợp này ra sao? Chọn một phương án. Giải thích.

A. Tôi đã có chứng cứ để không tiến hành điều trị

(B) Tôi sẽ điều trị. Chiến lược điều trị phải được căn cứ vào hiệu giá VDRL ✓

C. Tôi sẽ điều trị. Phương án dùng liều duy nhất Benzathin Penicilline

D. Tôi sẽ điều trị. Phương án dùng liều đa liều Benzathin Penicilline

TÌNH HUỐNG 2: NHIỄM RUBELLA TRONG THAI KỲ²

Cô B., 36 tuổi, chưa từng sanh con. Đến khám thai 16 tuần vò kinh. → Đau bụng

Một tháng trước khi kết hôn cô đã từng tiêm phòng mũi MMR. Tuy nhiên, do áp lực phải sanh con sớm nên cô đã không tiêm mũi MMR nhắc sau đó. → mùi dịch chửa đầy đú

Khi biết có thai, cô đã được thực hiện tổng soát lúc thai kỳ ở 6 tuần vò kinh, kết quả cho thấy huyết thanh chẩn đoán Rubella IgM (-) và Rubella IgG (+), nhưng với mức hiệu giá kháng thể rất thấp. Lần đó, người ta không thực hiện test nào thêm.

Hôm nay, cô đi khám thai. Lần này cô đi khám tại một bệnh viện khác, do phải thực hiện siêu âm soft-markers. Người ta đã yêu cầu cô thử lại Rubella. Kết quả trả về là Rubella IgM dương tính yếu và Rubella IgG dương tính mạnh.

Bạn có cần phải thực hiện Rubella IgG avidity không? Chọn một phương án. Giải thích.

A. Có → Đã có miễn dịch

B. Không

Bạn sẽ lên kế hoạch quản lý trường hợp này ra sao? Chọn một phương án. Giải thích.

A. Lên kế hoạch quản lý thai kỳ này như một thai kỳ bình thường

B. Kế hoạch theo dõi tùy thuộc hiệu giá Rubella IgG avidity

C. Kế hoạch theo dõi tùy diễn biến hiệu giá Rubella IgM, IgG

D. Kế hoạch quản lý sẽ không cần đến khảo sát xâm lấn tim chúng cứ virus học của nhiễm Rubella bẩm sinh

E. Kế hoạch quản lý sẽ bao gồm cả các khảo sát xâm lấn tim chúng cứ virus học của nhiễm Rubella bẩm sinh

¹ Andrés F. Henso-Martinez. Diagnostic tests for syphilis. New tests and new algorithms. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4999316/>

² SOGC clinical practice guidelines. Feb 2008. <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gujioge203cpg0802.pdf>



TÌNH HUỐNG 3: THALASSEMIA³

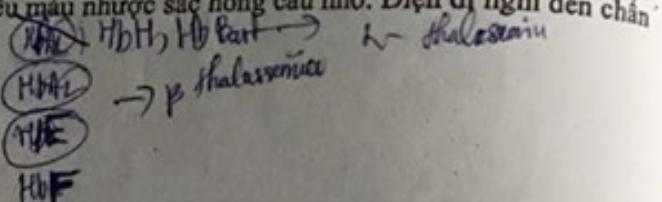
Cô D., 27 tuổi, 0000, đến khám thai 8 tuần.

Biết mắc β-Thalassemia được chẩn đoán bằng huyết đồ và điện di hemoglobin. → *Nếu không có tiền đề Sắc*
Các kết quả thăm dò huyết học cho thấy Hb 7.8 g/dL, Hct 28%, MCV và MCH đều giảm thấp.
Theo phác đồ, bạn đã thực hiện huyết đồ chòng, xác nhận một thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ. Điện di nghĩ đến chẩn đoán HbE Thalassemia. → $\text{HbA}_2 \approx 12\%$

Cô ta đang rất lo lắng về tình trạng của con.

Hãy dự báo tiên lượng ở con? Chọn một phương án. Giải thích.

- A. Rất nặng, nên nghĩ đến chấm dứt thai kỳ
- B. Nặng, thai nhi sẽ ở trong tình trạng bị đe dọa
- C. Trung bình, thai nhi nói chung sẽ bị ảnh hưởng ở mức độ nhất định
- D. Nhẹ, thai nhi nói chung sẽ không bị ảnh hưởng



Bạn sẽ lên kế hoạch quản lý trường hợp này ra sao? Hãy xếp các phương án sau theo thứ tự ưu tiên. Giải thích.

- A. Chấm dứt thai kỳ ngay
- B. Khảo sát đột biến gene
- C. Khảo sát hình ảnh học
- D. Khảo sát động học dòng chảy
- E. Truyền máu

TÌNH HUỐNG 4: NHIỄM CYTOMEGALOVIRUS CẤP, TÁI HOẠT HAY TÁI PHÁT?

Cô B., 32 tuổi, đã có 1 con, bé 14 tháng tuổi bị bại não-dầu nhỏ do nhiễm Cytomegalovirus. Tại thời điểm

Cô mới mang thai lại. Khảo sát lúc 12 tuần cho thấy CMV IgM (+), IgG (+)

Trong thai kỳ này thỉnh thoảng cô có triệu chứng giống cúm thông thường, với sốt nhẹ, không kèm triệu chứng khác.

Cô A rất lo lắng vì sợ thai sẽ bị nhiễm CMV bẩm sinh.

Bạn sẽ lên kế hoạch quản lý trường hợp này ra sao? Chọn một phương án. Giải thích.

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



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? **PANG-1**
 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 con co tử cung trên EFM
 d. Thường qui cho thai kỳ có nguy cơ sanh non cao
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
3. Tiêu chuẩn nào là tiêu chuẩn để kết luận "can thiệp điều trị sanh non đã thành công"?
 a. Không còn thấy các con co tử cung trên EFM
 b. Trí hoãn thời điểm xảy ra cuộc sanh được 48 giờ
 c. Ngăn được cuộc sanh không xảy ra trước 34 tuần ⁰⁷
 d. Ngăn được cuộc sanh không xảy ra trước 36 tuần ⁰⁷
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 oxy trán}
 b. Nifedipine ^{Đã để lại bút}
 c. Salbutamol ^{Đã vận dụng}
 d. Cả ba thuốc trên
5. Trường hợp nào trong các trường hợp sau có chống chỉ định của corticosteroid liệu pháp?
 a. Huyết áp tâm thu rất cao
 b. Đái tháo đường thai kỳ ¹⁰⁷
 c. Suy giảm miễn dịch ¹⁰⁷
 d. Tuổi thai ≥ 34 tuần ¹⁰⁷
*Lý giải: Acid uric hydrat
Suy giảm miễn dịch*
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 ác quyết}
 b. Nồng độ huyết thanh của PAPP-A và của free β-hCG vào cuối tam cá nguyệt thứ nhất ¹⁰⁷
 c. Nồng độ huyết thanh của free β-hCG, của uE₃ và của AFP vào đầu tam cá nguyệt thứ nhì ¹⁰⁷
 d. Các khảo sát trên cùng cho phép nhận diện sớm và giúp cho dự báo tình trạng tiền sản giật ¹⁰⁷
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

½ sau thai kỳ: tiền sản giật, sanh non
Readiness Assurance Test

8. Trong quản lý tiền sản giật, biện pháp nào có bản chất chỉ 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
9. Trường hợp nào sau đây cần phải nghỉ 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 tiêu cầu... mới xuất hiện thêm
 - d. Phải nghỉ 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



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: belly cao từ cung 26 cm, tử cung lệch hẳn sang trái, không có con 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 H. 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 liệu pháp dự phòng RDS
- (lý giải vì sao) → Bé xổ qua nguyễn nguy cơ
- (lý giải vì sao) → Vị trí sinh em quay vào cùi chỏ để đỡ
- (lý giải vì sao) → Không xổ
- (lý giải vì sao) → Tiếp đến vào phu khua sinh: (+) lung
- (lý giải vì sao F-) → (-) không xổ
- (+) Tiếp đến vào phu khua sinh: (-) lung
- (+) Hỗn loạn

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 triển bình thường.

Các khảo sát thường qui, khảo sát lệch bộ đều cho thấy không có vấn đề gì bất thường. Tim thai (Huyết áp, nồng độ glucose, kali, natri) đã lập.

Không tìm thấy nguyên nhân của chuyển dạ sanh non.

Do có chiều dài kênh cổ tử cung là 15 mm và có dạng hình "U", đồng thời khảo sát PAMG-I 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 con co tử cung cường độ $20-40 \text{ mmHg}$.

Khám âm đạo: cổ tử cung có tình trạng như cũ, tức mờ 1 cm , xóá 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 khảo sát con co
 - F. Việc theo dõi tiếp tục chủ yếu dựa vào lập lại EFM khảo sát con co



Nguồn gốc: UR: Universal Screening → GIVH

HIP: Universal testing → HST → PTI (Packets in Pregnancy)

(KL: kiểm chứng thai kỳ) (Check hydral)

GPH: 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 trứ kháng động mạch não giúp: trứ kháng động mạch não (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 → tuổi đời < 34 Doppler.
- c. Thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung khởi phát sớm → ĐTM và cut-off
- 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 chi định (prescriptive standards, tức Intergrowth-21") 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 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 → WIFI Lâm gi
- 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? → lỗi nhau

- 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?

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

Làm giảm thiểu nguy cơ 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 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?

 - a. 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
 - c. 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

Giai mảng / 1/3

10. Hãy xác định phương thức hiện 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 đối và đường huyết sau bữa ăn sáng
 - b. Theo dõi nhật ký đường huyết, ghi lại kết quả đường huyết đối 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 đối và sau ăn
 - d. Theo dõi nhật ký đường huyết, các dấu hiệu lâm sàng của mẹ và diễn biến sinh trắc/AFI của thai nhi

- & nết rị & thai đồ & bị đe kháng insulin & đe bù tưu, và khác nhau ở từng người là khác nhau. → Khác

đã có chia sẻ mục tiêu và định hướng của nhau. → Lời quyết

- Tại sao ? Thời gian phản ứng của insulin là 10-15 phút? → Cả hai quyết định, phản ứng với insulin trong thời gian ngắn là do insulin có thể cản đop amin.

288: qua ut.

+) G ngày \Leftrightarrow $\text{est} < \alpha \rightarrow$ $\langle \text{VIT} \rightarrow$ Sát lực rụng cho tảng BN

(c) → phón dún sau đít-đã-hết

+) Bối cảnh văn hóa và bối cảnh nghệ thuật hiện nay nhận xét nguy hiểm do biến động đột ngột rất pha tạp → dễ bị hàn chép (m: bài mì) → m>20 tuân nhận định = cũ cách f < tlc làm lang - bài to,

- SGA + ZUGR + der neue

+) Sunt doar trei locuri unde sunt urmăriți în IP

+) THỨC: thái nhỏ + h作文 đt tảng ruộng lùn, cùi chè, ngan ý bát thườn.

1) NV qua đ/c huyết định sau

nǐ fàn cài bān chéng

Ngay cả 100 gram cũng là

Tổng quan về số & bài do mà sinh viên
đã viết → không đạt đc số c. vàn đc. (4)

→ long (A) sau đt chđc lđp theo (A)

HƯỚNG 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. Dái thảo
- B. Dái thảo
- C. Dung nạp
- D. Không rõ

- A. Test 50g
- B. Test 75g
- C. Đường 1%
- D. Định luật
- E. Định luật
- F. Không

TÌNH HUỐNG

Bà cho biết t
kính kéo dài

ĐO CHẬM CƠM

Khảo sát đư

Thai kỳ lân

Hiện thái 6

Câu thiệp vui

10

C.
D.



Bài ứng dụng

½ sau thai kỳ: bất 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

- **Khí HUỐNG 1: TRẺ HẸN**
- A. 31 tuổi, PARA 0000, hiện mang thai 30 tuần, tuổi thai đúng tính theo kinh chót và siêu âm tam cá nguyệt 1. Tiền sử gia đình có mẹ bị đái tháo đường type 2 → nguy cơ cao → $\text{HbA1c} > 85\%$. A. Khám thai tại phòng khám tư, đã được làm đường huyết đói trong 3 tháng đầu, kết quả 98 mg/dL → $\text{HbA1c} > 85\%$. 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. B. Quay lại khám thai hôm nay, lúc 30 tuần. Kết quả đường huyết đói của thai phụ sáng nay là 110 mg/dL → Kết luận đang cần điều tay tiêu chuẩn chu và 120 mg ms b DTO.
- C. Không thể kết luận nhưng cần quản lý vì có những nguy cơ tăng đường huyết trong thai kỳ → nguy cơ ms b DTO.
- 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 } tết đít.
- F. Không làm gì thêm, chờ tiết chế ngay để hạn chế nguy cơ của HIP }
- 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. 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 kinh nhiều khi ít. Bà rất dễ tăng cân, cân nặng trước khi mang thai là 74kg, chiều cao 1.65m. 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.

Can 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

E. Thực hiện ngay đường huyết đói hoặc đường huyết bất kỳ và HbA1C rồi quyết định thuốc – mg/dL
Tới thời điểm 24 tuần, bà S. được chẩn đoán mắc 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 trùe mang thai.
- E. Hướng dẫn chế độ ăn và tập luyện dành cho người đái tháo đường (dùng nạp đg)
- 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 bất 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 bụng.

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 gồ, 1 con trong mỗi 20 phút

Tím 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 bất 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 bất 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 xem xét 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 → khô bụng.
- C. Sử dụng các thuốc tăng nhạy 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

byp

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 bẩm thàn và gia đình không ghi nhận gì bất thường, tầm soát lệch bội nguy cơ thấp, siêu âm Kết quả các xét nghiệm công thức máu, miễn dịch chưa ghi nhận bất thường về hình thái học, test dung nạp 75gr đường âm tính. soft-markers và hình thái lúc 20 tuần chưa ghi nhận bất thường về hình thái học, test dung nạp 75gr đường âm tính. Tuy nhiên, từ khi siêu âm soft-markers lúc 17 tuần, ghi nhận sinh trắc thai thuộc bách phân vị 8th theo bí ẩn độ tăng trưởng Hadlock, lượng nước ối bình thường theo tuổi thai. Thai 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. Thai phụ được cho nhập viện vì FGR và ối giảm.

- 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.
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

C C

TÌNH HUỐNG 5: FGR

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)

Thái 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.

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

Thái 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.

IUGR (7,2%) => SGR (20%)



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.
- C. Chọc ối để khảo sát di truyền và chẩn đoán nhiễm trùng bào thai.
- D. Siêu âm Doppler thai 1 tuần sau để theo dõi.

Intergrowth
21st 21st
21st 21st
21st 21st

Nguyên nhân gây
IUGR

Mẹ
 Phản ứng
của thai
 Bé bị suy nhược
 Kém dinh dưỡng

Rõi → Nai gió → Sóng a



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
Lượng giá sức khỏe thai

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 tình huống nào thì điểm cử động thai được xem như khảo sát ưu tiên dùng cho mục đích sàng lọc các thai nhi có vấn đề về sức khỏe?
 - Cho mọi thai kỳ, không phân biệt mức nguy cơ
 - Cho các thai phụ với thai kỳ có nguy cơ thấp
 - Tiếp nối một kết quả test khác bất thường
 - Cho các thai phụ với thai kỳ có nguy cơ cao
2. Các biến động tăng nhịp (acceleration) thể hiện rằng thai nhi có khả năng đáp ứng với hiện tượng gì? ← hút máu ← hút máu
 - Biến động tức thời trong cung luyeng máu qua cuống rốn → nhịp ↓
 - Biến động tức thời của trả kháng tuần hoàn ngoại vi → nhịp ↓
 - Biến động tức thời của nồng độ khí máu (O_2 và CO_2) → nhịp ↓
 - Tăng nhịp là hệ quả của một hay nhiều hiện tượng trên
3. Các biến động giảm nhịp (deceleration) thể hiện rằng thai nhi đang đối mặt với vấn đề gì?
 - Biến động tức thời của huyết áp động mạch hệ thống
 - Biến động tức thời của phản ứng oxygen trong máu
 - Biến động tức thời của chu cấp oxygen cho cơ tim
 - Giảm nhịp là hệ quả của một hay nhiều hiện tượng trên
4. Ở một thai phụ với thai kỳ có nguy cơ cao, khảo sát nào được xem như khảo sát cơ bản, đầu tay cho mục đích sàng lọc các thai nhi có vấn đề về sức khỏe?
 - Phát hiện bất thường cử động thai.
 - Trắc đồ sinh vật lý nguyên bản (CST) đo xem gpp (AFI)
 - Trắc đồ sinh vật lý biến đổi (NST) $W < NFT$
 - Khảo sát động học dòng chảy.
5. Hãy xác định các biến động nào có thể làm thay đổi phô các dòng chảy trong khảo sát động học dòng chảy?
 - Bất thường cấu trúc thành mạch của giòng mạch ống với được động mạch khảo sát
 - Co thắt hay giãn nở bất thường của giòng mạch ống với được động mạch khảo sát
 - Tồn tại các shunt bất thường của giòng mạch ống với được động mạch khảo sát
 - Phô dòng chảy bị ảnh hưởng và thể hiện bất thường trong cả ba yếu tố liệt kê trên.
6. Hãy xác định ý nghĩa của giám thể tích nước ối (AFI hay SDP) trong trắc đồ sinh vật lý biến đổi?
 - Là dấu hiệu của tái phân bố tuần hoàn thai nhi
 - Là dấu hiệu của tình trạng toàn hóa máu thai.
 - Là dấu hiệu của tổn thương trung khu giao cảm
 - Là dấu hiệu của cả ba tình trạng được liệt kê trên
7. Hãy xác định giá trị thực hành của contraction stress test (CST/OCT) trong thực hành sản khoa đương đại?
 - Để quyết định thời điểm của chấm dứt thai kỳ.
 - Để quyết định phương thức chấm dứt thai kỳ
 - Để có thông tin tin cậy về dự trữ kiềm của thai
 - Để tìm thông tin bổ sung cho các khảo sát khác



8. Ưu tiên chọn khảo sát nào sẽ là khảo sát tiếp theo khi đã có trắc đồ sinh vật lý biến đổi cho kết quả bất thường?
- Trắc đồ sinh vật lý nguyên bản của Manning
 - Contraction stress test (oxytocin challenge test)
 - C** Khảo sát động học các dòng chảy bằng Doppler
 - Cần chấm dứt thai kỳ, không làm thêm test khác
9. Thành tố nào là thành tố cần quan tâm nhất của trắc đồ sinh vật lý nguyên bản?
- Non-stress test
 - b** Thể tích nước ối
 - Các cử động thai (tổn thân, hô hấp)
 - Các thành tố trên có giá trị bình đẳng
10. Hãy lý giải vì sao trong thực hành tại phòng sanh (trong chuyên dạ), người ta thường ưa chuộng theo dõi thai nhi bằng thực hiện monitoring sản khoa hơn là bằng nghe tim thai ngắt quãng với Doppler?
- Vì thực hiện monitoring sản khoa tiện lợi và giúp làm giảm tải lượng công việc của nhân viên y tế
 - Vì thực hiện monitoring sản khoa làm giảm có ý nghĩa tỉ lệ trẻ bị bại não liên quan đến cuộc sanh
 - Vì thực hiện monitoring sản khoa làm giảm có ý nghĩa tỉ lệ tử vong chu sinh liên quan đến cuộc sanh
 - Vì thực hiện monitoring sản khoa giúp loại bỏ các can thiệp sản khoa không cần thiết trong cuộc sanh

luôn luôn ổn < hằng ngày

mùa

Giai đoạn



Đã xác định hàng vĩnh cửu
Đã xác định trong vĩnh cửu



Bài ứng dụng **Lượng giá sức khỏe thai**

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: TRÁC ĐỘ SINH VẬT LÝ BIẾN ĐỔI VỚI ĐIỂM SỐ BÁT THƯỜNG

Thai phụ A. 30 tuổi, có thai lần đầu. Hiện tại tuổi thai 34 tuần, chính xác, định theo lâm sàng và siêu âm TCN 1st. $\frac{1}{2}$ đầu thai kỳ không ghi nhận bất thường. Khảo sát tầm soát lichen bội cho kết quả nguy cơ tính toán thấp. Đã có miễn dịch với Rubella, CMV và Toxoplasma. Siêu âm khảo sát các softmarkers âm tính. Siêu âm hình thái học vào cuối tuần lẻ 22nd không ghi nhận bất thường. Test dung nạp 75 gram glucose thực hiện vào tuần 24th cho kết quả âm tính.

Trong lần khám thai thực hiện lúc tuổi thai 28 tuần, người ta nghỉ ngờ khả năng thai có tăng trưởng giới hạn trong tử cung (FGR), do biểu đồ của chu vi bụng và cân nặng ước tính chạm vào đường bách phân vị [10th]. Kể từ đó đến nay, theo dõi không thấy có tăng huyết áp hay đái tháo đường thai kỳ kèm theo FGR.

Người ta đã không thực hiện các khảo sát nguyên nhân khác.

Điển tiến trong các tuần lẻ tiếp theo ghi nhận sự di xuống dần của các chỉ số sinh trắc học thai.

Hôm nay bà A. đến khám theo hẹn. Bà cho biết rằng thai vẫn cử động bình thường. Siêu âm hôm nay thấy sinh trắc đã chạm đường bách phân vị thứ 13rd với giảm thể tích ói AFI = 4. Bạn có thực hiện thêm non-stress test với kết quả bình thường. velocimetry ghi nhận trở kháng động mạch rốn, động mạch não giữa và tì số não rốn trong giới hạn bình thường.

Hãy đánh giá tình trạng thai và cho biết hướng xử lý. Chọn một câu đúng. (A) vẫn để kinh trạng nhau thai.

- A. Thai nhi vẫn đang ở trong tình trạng an toàn
- B. Thai nhi không còn ở trong tình trạng an toàn ✓
- C. Tình trạng thai nhi đang bị đe dọa nghiêm trọng

Hãy cho biết hướng xử lý. Chọn một câu đúng.

- A. Chưa thực hiện thêm test chẩn đoán hay can thiệp nào khác. Đánh giá lại trong lần khám sau
(Hãy cho biết khi nào khám lại, và nội dung của lần khám sau)
- B. Cần phải tích cực đánh giá ngay tình trạng thai bằng một khảo sát như Contraction Stress Test ✓
(Hãy cho biết tên của test, lý giải lý do bạn chọn test đó, và kết quả dự kiến cũng như hướng đi sau test đó)
- C. Chấm dứt thai kỳ ngay thời điểm hiện tại (phát khởi chuyển dạ hay mổ sanh), không cần thêm test khác
(Hãy giải thích lý do vì sao mà bạn không thể chờ đợi thêm, và vì sao bạn lại chọn mổ sanh hay phát khởi chuyển dạ)

TÌNH HUỐNG 2: TÌNH HUỐNG CONTRACTION STRESS TEST

Thai phụ B. 28 tuổi, có thai lần đầu, đang ở 38 tuần tròn. Thai kỳ nguy cơ thấp.

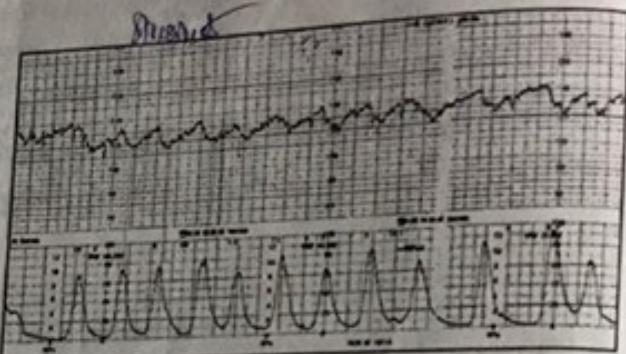
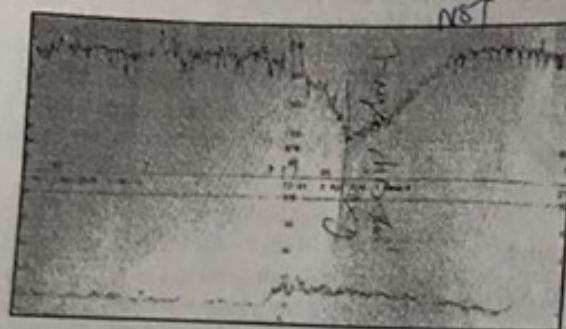
Bà B. đến khám vì thấy chỉ có 4-5 cử động trong 2 giờ khi đêm cử động thai vào đêm qua.

Bà được thực hiện tắc đờ sinh vật lý biến đổi ghi nhận AFI = 7cm và được ghi một băng ghi NST (hình trái).

Người đọc kết quả NST đã chỉ định thực hiện CST cho bà B. (hình phải).

Hãy đánh giá về tình trạng sức khỏe của em bé con bà B. Chọn ba câu đúng (1 trong AB, 1 trong CD, 1 trong EF).

- A. NST bắt thường (hãy giải thích lý do và cho kết luận về vấn đề này)
- B. NST không đủ điều kiện đánh giá (hãy giải thích lý do, và cho bình luận về vấn đề này) ✓ (G)
- CST dương tính (hãy giải thích lý do và cho kết luận về vấn đề này)
- D. CST không đủ điều kiện đánh giá (hãy giải thích lý do, và cho bình luận về vấn đề này)
- E. Tình trạng đang bị đe dọa (hãy giải thích lý do và cho kết luận về vấn đề này)
- F. Không thể đưa ra bất cứ kết luận nào về tình trạng thai (hãy giải thích lý do, và cho bình luận về vấn đề này).



TÌNH HUỐNG 3 : THAI VỚI TĂNG TRƯỞNG GIỚI HẠN TRONG TỬ CUNG

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

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

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

Hôm nay bà C. đến khám cấp cứu vì thai không mấy từ sáng nay.

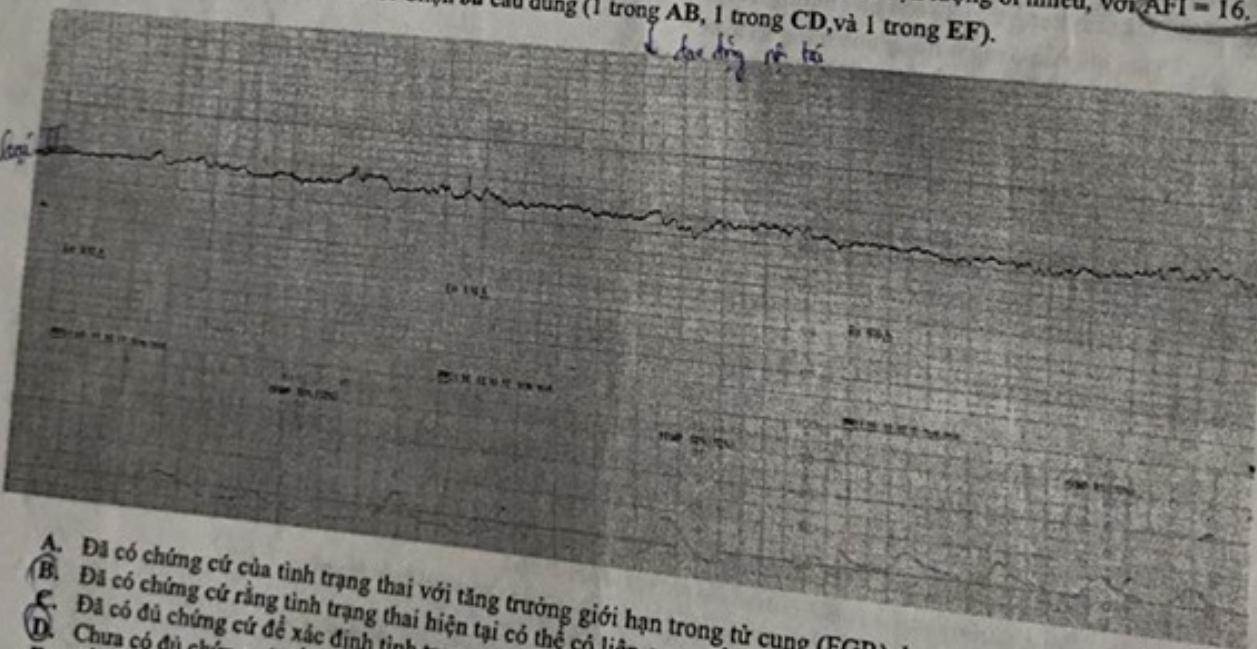
Khoảng một tháng trước, bà C. cũng có đi khám một lần, và được người ta cho biết rằng có tăng huyết áp, không rõ mức độ, được cho uống thuốc, nhưng khi hết thuốc, bà C. đã không khám lại theo hẹn, do tự không thấy có vấn đề bất thường.

Tại phòng cấp cứu, huyết áp của bà C. do được là 140/90 mmHg, không phù, đậm niệu âm tính.

Bà C. được thực hiện một non-stress test (hình dưới).

Đồng thời, cũng trong buổi sáng nay, bà cũng được thực hiện siêu âm cho kết quả một thai sống trong tử cung, ngồi ngược với tất cả các thông số sinh trắc đầu thai và xương đùi thuộc bách phân vị thứ 50 của tuổi thai 31 tuần, trong khi đó chu vòng bụng thai nằm ở bách phân vị thứ 50 của tuổi thai 36 tuần vô kinh. Ghi nhận lượng ối nhiều, với AFI = 16.

Hãy định danh vấn đề chủ của bà C. Chọn ba câu đúng (1 trong AB, 1 trong CD, và 1 trong EF).



- A. Đã có chứng cứ của tình trạng thai với tăng trưởng giới hạn trong tử cung (FGR) do tăng huyết áp thai kỳ
- B. Đã có chứng cứ rằng tình trạng thai hiện tại có thể có liên quan đến một nguyên nhân khác đã bị bỏ qua
- C. Đã có đủ chứng cứ để xác định tình trạng thai đang bị đe dọa nghiêm trọng trong tử cung
- D. Chưa có đủ chứng cứ để xác định tình trạng thai đang bị đe dọa nghiêm trọng trong tử cung
- E. Cần chẩn đoán thai kỳ ngay để cứu tính mạng của bé, có thể phải chấp nhận mổ sanh cấp cứu ngay

Application gồm 3 tình huống

Thời gian dự kiến cho mỗi tình huống

王 王 王



lết theo phác họa → xem dưới
Xem bản vẽ

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
Quản lý một cuộc chuyển dạ

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

Kiểu thi chí là hiệu luận
của sự tương tác
kết quả và
điều kiện

1. Trong ngôi chòm, bạn xác định khung chậu và ngôi thai tương thích nhau ở trường hợp nào?

- a. Tiền trinh xuống của ngôi diễn ra đều đặn
- b. Sán đồ nằm ở bên trái của đường bao động
- c. Kích thước khung chậu và thai tương hợp
- d. Kiểu thế của ngôi thai là các kiểu thế trước

2. Nguyên nhân của tình trạng tachysystole (con co cường tính) là gì?

- a. Rối loạn nút dẫn nhịp cơ co
- b. Hệ quả của các oxytocic ngoại lai
- c. Chuyển dạ tắc nghẽn và vượt quá ngạt
- d. Cả ba yếu tố trên đều có thể là nguyên nhân

3. Trong các hành động sau, hành động nào gây nguy hiểm cho một sơ sinh đang bị ngạt?

- a. Kích thích trẻ thở bằng cách xoa cổ lên lưng bé
- b. Dùng NaHCO₃ trước khi đạt mục tiêu hô hấp tuần hoàn
- c. Thông khí áp lực dương bằng bóng không có van điều áp
- d. Cả ba động thái trên đều rất nguy hiểm cho trẻ sơ sinh đang ngạt

4. Ngay sau sinh buộc phải thực hiện hút qua đèn nôi khi quấn cho bé càng sớm càng tốt trong trường hợp nào sau đây?

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

5. Trong chuyển dạ, yếu tố nào gây ảnh hưởng tiêu cực đến tiến trình mở cổ tử cung?

- a. Ối vỡ trước khi cổ tử cung mở trọn
- b. Có thực hiện gây tê ngoài màng cứng
- c. Có sự hiện diện của bướu huyết thanh
- d. Ngôi thai không phải là ngôi chòm

6. Chuyển dạ giai đoạn I, khi bắt đầu truyền lại oxytocin sau một khoảng tạm ngưng, cần lưu ý gì?

- a. Tiếp tục truyền với tốc độ truyền tối thiểu có thể điều chỉnh được
- b. Tiếp tục truyền với tốc độ truyền nhanh hơn tốc độ trước khi tạm ngưng
- c. Tiếp tục truyền với tốc độ truyền bằng với tốc độ trước khi tạm ngưng
- d. Tiếp tục truyền với tốc độ truyền chậm hơn tốc độ trước khi tạm ngưng

do nồng độ oxytocin nồi sinh thay đổi
theo thời gian

7. Thông khí áp lực dương được hiểu một cách chính xác ra sao?

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

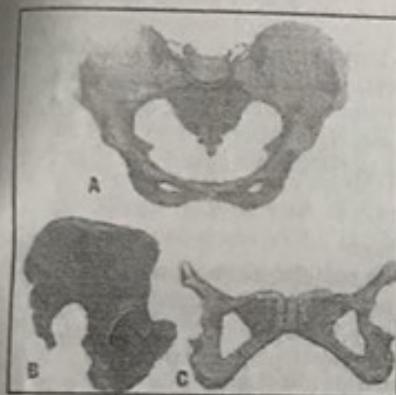


8. Trong ngôi chòm, vì sao độ lợt có thể bị xác định sai nếu đầu thai bị uốn khuôn, chòng xương? Chọn một câu đúng
- d/ a. Vì độ cao của khoảng cách từ điểm thấp nhất của đầu đến ụ chàm bị kéo dài ra
b. Vì độ cao của khoảng cách từ điểm thấp nhất của đầu đến ụ chàm bị thu ngắn lại
c. Vì độ cao của khoảng cách từ điểm thấp nhất của đầu đến ụ đinh bị thu ngắn lại
d. Vì độ cao của khoảng cách từ điểm thấp nhất của đầu đến ụ đinh bị kéo dài ra ✓
9. Trong các dấu hiệu sau, dấu hiệu nào gợi ý mạnh nhất một chuyển dạ đang bị tắc nghẽn?
b/ a. Cố bắt thường kích thước khung chậu trên lâm sàng hay quang kích
b. Ngôi thai không lọt hay tiến triển bất thường trong đường sanh ✓
c. Đường biểu diễn mở cổ tử cung chậm đường hành động
d. Con co tử cung tăng về tần số, cường độ và trương lực căn bản
- c/ 10. Điều trị băng huyết sau sanh bằng "bóc nhau nhân tạo làm trống buồng tử cung, theo sau băng kiềm tra đường sinh dục và cytocic" có tính thuyết phục về lợi ích kém nhất trong trường hợp nào?
a. Chảy máu do bắt thường của các con đường đông cầm máu ✓
b. Chảy máu từ diện nhau bám ở thân và đáy tử cung
c. Chảy máu từ diện nhau bám ở đoạn dưới tử cung
d. Băng huyết sau sanh đa thai, sanh thai to hay sau chuyển dạ kéo dài



Bài ứng dụng Quản lý chuyên da

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: KHUNG CHẬU VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI NGÔI THÉ, KIỀU THÉ, CƠ CHÉ SANH

Một thai phụ có thai gần đến ngày sanh. Do khám thấy khung chậu bắt thường trên lâm sàng, nên người ta chụp quang kích chậu. Kết quả quang kích chậu chụp theo phương pháp Thom's cho thấy hình dạng của eo trên có dạng giống như ở hình trên. Hình dạng khung chậu trên phim nghiêng thấy xương chậu có dạng như 2 hình dưới.

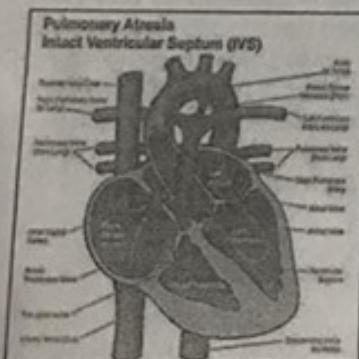
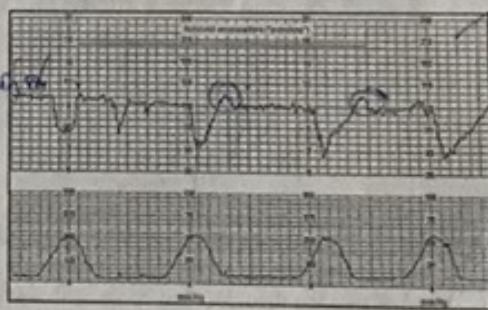
Hãy dự báo những khả năng có thể xảy ra khi sanh. Chọn 3 câu đúng.

- A. Ngôi sẽ lọt đối xứng
- B. Ngôi sẽ lọt không đối xứng
- C. Hành trình vượt qua eo giữa sẽ dễ dàng
- D. Hành trình vượt qua eo giữa sẽ khó khăn
- E. Thai sẽ sô theo kiều châm vẹ
- F. Thai sẽ sô theo một trong hai kiều thê ngang

TÌNH HUỐNG 2: ELECTRONIC FETAL MONITORING

Dưới đây là một băng ghi EFM được thực hiện ở một thai phụ con so, thai 39 tuần vò kinh, thai kỳ không có vấn đề bất thường. Vào chuyển dạ tự nhiên. Hiện tại cổ tử cung mở 3cm, xóa 80%, mềm. Ngôi chóm, kiều thê Chẩm Chậu Trái Trước, đã lọt. Các màng ối chưa vỡ. Tốc độ ghi là 1 cm/phút. Hãy đọc băng ghi và chọn 3 nhận định thích hợp.

- A. Băng ghi này thể hiện một tình trạng thẳng băng toan-kiềm bất thường ở thời điểm hiện tại
- B. Băng ghi này chưa đủ để khẳng định một tình trạng bất thường thẳng băng toan-kiềm ở thời điểm hiện tại
- C. Các nhịp giảm trên băng ghi liên quan đến bất thường trao đổi khí máu tại các hố máu ở nhau
- D. Các nhịp giảm trên băng ghi liên quan đến bất thường của lưu thông máu trong các mạch máu rốn
- E. Các nhịp tăng theo sau mỗi nhịp giảm trên băng ghi (mũi tên) dự báo một tiên lượng tốt
- F. Các nhịp tăng theo sau mỗi nhịp giảm trên băng ghi (mũi tên) dự báo một tiên lượng xấu



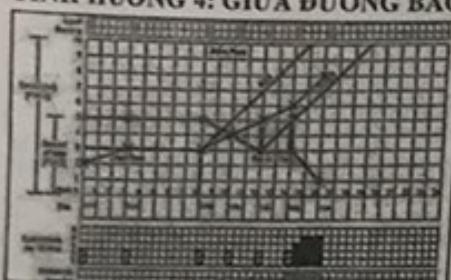
TÌNH HUỐNG 3: TUẦN HOÀN BÀO THAI VÀ SƠ SINH

Đi tật hẹp van động mạch phổi với vách liên thất toàn vẹn là một dị tật đe dọa mạng sống của sơ sinh. Hình phải cho thấy lưu thông của các dòng chảy tại tim và các đại động mạch trong thời kỳ bào thai. Phải can thiệp ngay khi trẻ vừa ra đời để cứu bé. Hãy giải thích vì sao sơ sinh bị đe dọa và cách xử lý. Chọn 3 câu đúng.

- A. Trong trường hợp này, lỗ Botal sẽ đóng tự nhiên sau khi trẻ ra đời
- B. Trong trường hợp này, lỗ Botal sẽ không đóng tự nhiên sau khi trẻ ra đời
- C. Để cứu trẻ, băng mọi giá phải ngăn chặn tình trạng thông thường liên nhĩ
- D. Để cứu trẻ, băng mọi giá phải duy trì tình trạng thông thường liên nhĩ
- E. Để cứu trẻ, băng mọi giá phải đóng ngay thông thường qua ống động mạch
- F. Để cứu trẻ, băng mọi giá phải duy trì thông thường qua ống động mạch



TÌNH HUỐNG 4: GIỮA ĐƯỜNG BÁO ĐỘNG VÀ HÀNH ĐỘNG



Sản đồ sau ghi lại chuyển dạ ở một thai phụ con so, thai 39 tuần vô kinh, vào chuyển dạ tự nhiên. Các thông tin từ thai kỳ cho thấy đây là một chuyển dạ nguy cơ thấp. Khám thấy ngôi chòm, lưng trái. Băng ghi EFM được xếp loại I theo ACOG 2009. Ước lượng trọng lượng thai khoảng 3000g. Kiểu thế của ngôi khi lọt là Chẩm Chậu Trái Trước. Khung chậu bình thường trên lâm sàng. Sau khi sản đồ đã chuyển phái, sản phụ được phá ối (mũi tên thứ nhất, bên trái) và rồi được tăng co 2 giờ sau đó (mũi tên thứ nhì, bên phải). Hãy nhận định về cuộc chuyển dạ. Chọn 3 câu đúng.

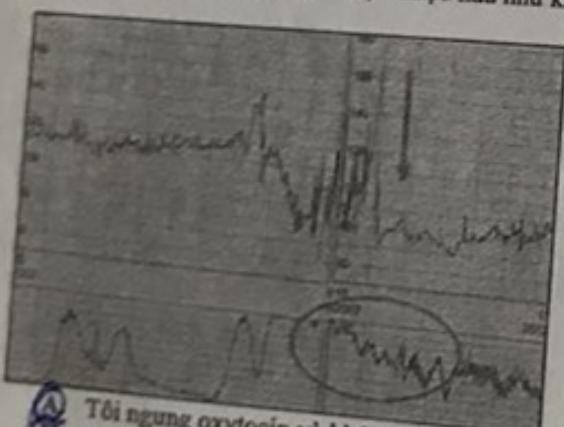
- A. Ở sản phụ này, can thiệp phá ối ở thời điểm đó là hợp lý
- B. Ở sản phụ này, can thiệp phá ối ở thời điểm đó là không hợp lý
- C. Ở sản phụ này, can thiệp tăng co ở thời điểm đó là hợp lý
- D. Ở sản phụ này, can thiệp tăng co ở thời điểm đó là không hợp lý
- E. Các can thiệp đã thực hiện là có hiệu quả ngăn được chuyển dạ kéo dài
- F. Các can thiệp đã thực hiện đã thất bại, cần phải đi tìm nguyên nhân và xử lý nguyên nhân

TÌNH HUỐNG 5: CHUYỂN ĐẠ GIAI ĐOẠN 2 KÉO DÀI

Một thai phụ sanh lần thứ nhất, đang dưới gây tê ngoài màng cứng để giảm đau sản khoa khi vào chuyển dạ giai đoạn hoạt động. Thai kỳ và chuyển dạ hoàn toàn bình thường. Cho đến khi cổ tử cung mở trọn, sản đồ nằm hoàn toàn bên trái của đường báo động. Bà ta hiện đang ở giai đoạn II của chuyển dạ. Hiện tại, khám thấy con co tử cung cường độ mạnh, 4 con co trong 10 phút, EFM loại I theo ACOG 2009. Cổ tử cung đã mở trọn được 1 giờ. Ngôi chòm vị trí +3, kiểu thế Chẩm Chậu Trái Ngang, đổi xứng, không chồng xương, không bướu huyết thanh. Hiện tại sản đồ nằm ngang ở 10^{cm}, từ 1 giờ, và đã chạm vào đường báo động.

Hãy phân định về cuộc chuyển dạ và ra quyết định. Chọn 3 câu đúng.

- A. Đến thời điểm hiện tại, vẫn không có bất thường nào đe dọa tình trạng mẹ và con
- B. Đến thời điểm hiện tại, cần nghĩ đến khả năng có tình trạng bất thường xứng giữa ngôi thai và khung chậu
- C. Giai đoạn 2 của chuyển dạ vẫn ở trong giới hạn cho phép
- D. Giai đoạn 2 của chuyển dạ vẫn đã kéo dài vượt quá giới hạn cho phép
- E. Những biểu hiện ghi nhận được chắc chắn có liên quan với gây tê ngoài màng cứng
- F. Những biểu hiện ghi nhận được hầu như không thể dùng gây tê ngoài màng cứng để giải thích



TÌNH HUỐNG 6: NHỊP GIẢM KÉO DÀI

Một thai phụ sanh lần thứ nhất, đang trong giai đoạn hoạt động của chuyển dạ. Thai kỳ và chuyển dạ hoàn toàn bình thường. Cổ ta được tăng co bằng oxytocin do con co không hiệu quả khi cổ tử cung mở 5^{cm}, ngôi chòm ở vị trí 1/5, và sản đồ đã chuyển sang bên phải của đường báo động được hơn 2 giờ.

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

Cổ tử cung đã mở 8^{cm}. Ngôi chòm vị trí +2, kiểu thế Chẩm Chậu Trái Trước, đổi xứng, không chồng xương, không bướu huyết thanh.

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

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



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài Cấp cứu sản khoa

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. Hành động nào là tiên quyết và là bắt buộc trong tiến trình thực hiện VBAC?
 - Theo dõi bằng EFM liên tục trong suốt cuộc chuyển dạ
 - Đảm bảo luôn có phòng mổ trống và sẵn sàng ✓
 - Gây mê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa
 - Giúp sanh bằng dụng cụ khi đủ điều kiện
2. Yếu tố nào giúp cải thiện khả năng thành công của VBAC?
 - Khoảng cách từ lần sanh trước đến lần sanh này đủ dài
 - Yếu tố nguyên nhân của lần mổ trước không còn tồn tại
 - Vết mổ sanh lần trước là vết mổ ngang đoạn dưới tử cung
 - Thành công của VBAC là độc lập với cả ba yếu tố nêu trên

(31) ✓ ✓ NT.
đó là lý do làm Võng hay không.
3. Khi nghỉ ngơi có sa dây rốn qua thực hiện khám âm đạo, hành động nào cần phải được thực hiện trước tiên?
 - Đặt bệnh nhân ở thế đầu thấp mông cao trước khi làm các bước tiếp theo sau
 - Xác định nhịp đập của dây rốn giữa bằng các ngón tay đang khám âm đạo
 - Nghe tim thai bằng Doppler ngay, xác định cụ thể tần số nhịp tim thai
 - Thực hiện EFM ngay, nhận diện dạng biểu đồ là kiểu biến động nào

dây rốn bao giờ.
4. Sự hiện diện của thành tố nào là bắt buộc để có thể xác lập được chẩn đoán nhau bong non?
 - Hình ảnh khối một máu tụ sau nhau, quan sát thấy trên siêu âm qua đường bụng
 - Tình trạng sặc máu, không thương thích với tổng lượng máu đã mất ra ngoài
 - Xuất huyết ba tháng cuối kèm tachysystole và nhịp thở hiện hypoxia trên EFM
 - Bằng chứng của tình trạng rối loạn đông máu tăng tiêu thụ yếu tố đông máu DIC, mất máu, huyết áp.
5. Trong xử trí nhau bong non, yếu tố nào là bắt buộc phải tôn trọng/tuân thủ?
 - Chi thực hiện can thiệp một khi chẩn đoán là rõ ràng
 - Mỗi lấy thai là phương thức kết thúc chuyển dạ tối ưu
 - Yếu tố thời gian, can thiệp muộn sẽ dẫn đến kết cục xấu ✓
 - Truyền máu là bắt buộc khi đã xác định có nhau bong non
6. Hành động nào là hiệu quả nhất cho mục đích phòng tránh kẹt vai?
 - Kẹt vai ở thai to là cấp cứu sản khoa rất khó dự báo để phòng tránh
 - Đánh giá cẩn thận “nghiệm pháp sanh ngã âm đạo”, nếu thai to
 - Chi định mổ sanh thay vì sanh qua đường âm đạo, nếu thai to
 - Giúp sanh sớm, ngay khi đã thỏa đủ điều kiện, nếu thai to

(81) ✓ đù này ra.
7. Khi xem xét chỉ định corticosteroid dự phòng suy hô hấp cấp cho một trường hợp nhau tiền đạo, yếu tố nào có thứ tự ưu tiên cao nhất, cho một trường hợp thai phụ lần đầu tiên trong thai kỳ này được xác định là có nhau tiền đạo (bằng siêu âm, có hay không có chảy máu trên lâm sàng)?
 - Corticosteroid liệu pháp RDS là bắt buộc khi xác định có nhau tiền đạo, độc lập với yếu tố khác
 - Tuổi thai ở thời điểm được chẩn đoán xác định nhau tiền đạo (trước 34 tuần: thực hiện, sau 34 tuần: không)
 - Nguy cơ sảy thai là rất cao hay không quá cao (rất cao: thực hiện ngay, không rất cao: trì hoãn)
 - Vị trí của nhau tiền đạo là bám thấp hay tiền đạo (tiền đạo: thực hiện, bám thấp: trì hoãn thực hiện)



8. Có ba yếu tố có khả năng ảnh hưởng đến ra quyết định can thiệp cho một trường hợp nhau tiền đạo là: (1) tuổi thai (2) phân佈 nhau tiền đạo, và (3) tình trạng ra huyết âm đạo. Chúng có thứ tự ưu tiên được xem xét ưu tiên ra sao trong lưu đồ ra quyết định quản lý một trường hợp thai phụ đến khám vì có nhau tiền đạo?

- a. (1) → (2) → (3)
- b. (2) → (3) → (1)
- c. (3) → (2) → (1)
- d. (3) → (1) → (2)

9. Hỗn chèn tử cung có hiệu quả nhất cho mục tiêu cầm máu trong băng huyết sau sanh do nguyên nhân nào?

- a. Nhau bám thấp hay tiền đạo
- b. Tồn thương đường sanh
- c. Rối loạn đông máu
- d. Đò tử cung

10. Chị s罪 phụ được đánh giá là có nguy cơ bình quân với băng huyết sau sanh, làm gì để để phòng băng huyết sau sanh?

- a. Dùng oxytocin thường qui khi đang sốt
- b. Thực hiện can thiệp tích cực giai đoạn III { hong kinh }
- c. Mở s罪 đường truyền tĩnh mạch trước sanh
- d. Không cần thực hiện can thiệp đặc biệt nào



Bài ứng dụng *Cấp cứu Sản khoa*

Chương trình Sản Phụ khoa. Tỉn chí Sản Phụ khoa 1
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TÌNH HUỐNG 1: TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

Bà A., 37 tuổi, PARA 3003, 3 lần sinh thường, dễ dàng, con nặng nhất 3500g. Con nhỏ nhất hiện tại 4 tuổi. Nhập viện khi đang mang thai ở tuổi thai là 36 tuần, tuổi thai là chính xác.

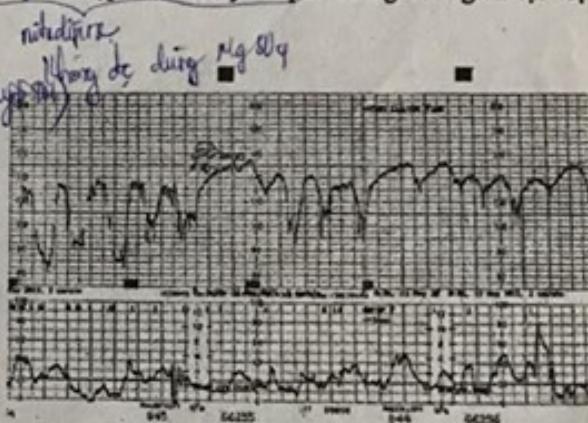
Khám thai đầy đủ. Phát hiện tăng huyết áp từ lúc thai 28 tuần. Trong quá trình khám thai, huyết áp dao động từ 130/80 đến 140/90 mmHg . Không ghi nhận phù cho đến lần khám thai cuối cùng, cách nay 2 tuần.

Cách nay một tuần, thai phụ phải nhập viện vì tăng huyết áp, với huyết áp 170/110 mmHg và nhức đầu, hoa mắt. Không phù. Các khảo sát cận lâm sàng cho thấy: (1) kết quả đạm niệu thay đổi từ âm tính đến vết của đạm niệu và (2) huyết đồ trong giới hạn bình thường. Thai phụ được điều trị với labetalol phối hợp với methyl dopa. Trong thời gian tại viện, huyết áp dao động, từ 130/90 mmHg đến 150/110 mmHg .

Sáng hôm nay, do huyết áp tăng cao đột ngột 180/120 mmHg , kèm nhức đầu nhiều nên thai phụ được cho thêm nifedipine ngâm dưới lưỡi. Khoảng một giờ sau, thai phụ đột ngột đau bụng liên tục và dữ dội, từ cung gó cứng liên tục, kèm ra ít huyết đen ở âm đạo. Khám ghi nhận thai phụ tinh, tiếp xúc tốt. Nhức đầu, Mạch: 120 tần/phút , Huyết áp: 120/100 mmHg . Bụng gó cứng. Âm đạo có ít huyết sậm. Tình trạng tim thai và con co như thể hiện trên băng ghi EFM. CTC mở 5 cm , xóa 60%, ối căng phồng, đầu cao.

Huyết đồ với kết quả HC: 2.100.000 /mm^3 , Hb: 8 g/dL , Hct: 25%, PT và APTT dài với giảm fibrinogen. → Uống máu.

Bạn nhận định thế nào và sẽ làm gì? Chọn I nhận định và 2 giải pháp thích hợp.



- | | |
|--|---|
| A. Các xử lý trong một tuần qua là đúng | : Hãy trình bày vì sao bạn cho là đúng |
| B. Nhiều biện pháp xử lý trong một tuần qua là sai | : Hãy chỉ rõ các điểm bạn cho là sai |
| C. Magnesium sulfate | |
| D. Truyền máu hay chế phẩm máu | |
| E. Phá ối và theo dõi cuộc sanh ngả âm đạo | : Hãy bảo vệ luận điểm cho cuộc sanh ngả âm đạo |
| F. Phá ối và mổ sanh | : Hãy bảo vệ luận điểm cho cuộc mổ lấy thai |

TÌNH HUỐNG 2: VAGINAL BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN SECTION (VBAC)

Bà B., 32 tuổi, PARA 1001, mổ sanh cách nay 4 năm vì suy thai trong chuyển dạ. Sau sanh, cả mẹ và con đều khỏe. Hiện tại, bà B. đang có thai, với tuổi thai được tròn 36 tuần, tuổi thai chính xác.

Đêm qua, bà B. nhập viện vì ra nước âm đạo đột ngột. Lúc nhập viện, ghi nhận thai phụ tinh, tiếp xúc tốt. Mạch: 80 tần/phút , huyết áp 110/70 mmHg . Bụng mềm, tử cung có 2 cơn gó từ cung trong 10 phút. Âm đạo có đong nước ối trắng đục. Tim thai 140 tần/phút , đều. Cổ tử cung mở 3 cm , xóa 60%. Ngôi đầu vị trí -1, ối đã vỡ hoàn toàn.

Bà B. được cho theo dõi sanh ngả âm đạo. Bà được thực hiện gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ. 4 giờ sau, bạn khám lại và ghi nhận tử cung có 2 cơn gó trong 10 phút. Tim thai 140 tần/phút , đều. Cổ tử cung mở 5 cm , xóa 60%. Ngôi đầu vị trí -1, ối đã vỡ hoàn toàn.

Tín hiệu EFM đã có dấu hiệu: Cố tử cung đột ngột tăng độ khít, âm đạo co rút, bồn phai ↓ → ắt về tử cung → rò
 Trong đó: Cố tử cung đột ngột tăng độ khít, âm đạo co rút, bồn phai → rò rỉ nước bể vẫn để tiến hành
 Cấp cứu Sản khoa: Rò rỉ nước bể vẫn để tiến hành
 Application: Không loại trừ đe dọa tử cung, rò rỉ nước bể vẫn để tiến hành

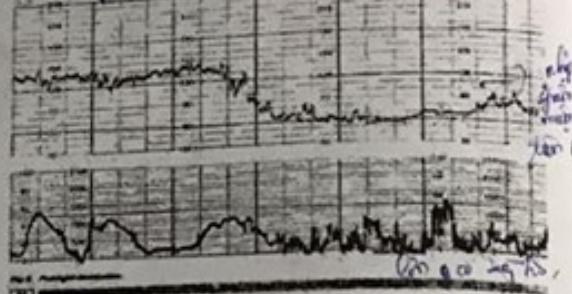
Do sản đồ đã chuyển phái và đỡ con có không đủ, nên bạn quyết định tăng co bằng oxytocin.

2 giờ sau khi bắt đầu oxytocin, trong khi đang theo dõi chuyển dạ, đột nhiên trên băng ghi thấy xuất hiện nhịp giảm kéo dài, với trị số tim thai 80 bpm, như quan sát thấy trên EFM. Sản phụ mắc rặn liên tục.

Cố tử cung mở trọn, xóa hết, ngồi đầu, vị trí +2, ối đã vỡ hoàn toàn. Âm đạo ra ít huyết đỏ. Sinh hiệu mẹ ghi được ở thời điểm này là mạch 110 bpm, huyết áp 100/50 mmHg.

Bạn nhận định thế nào và sẽ làm gì? Chọn 2 nhận định và 1 giải pháp thích hợp.

- A. Quyết định thực hiện VBAC là đúng
- B. Quyết định thực hiện VBAC là không thích hợp
- C. Các xử lý trong VBAC đã được thực hiện là đúng
- D. Nhiều biện pháp xử lý trong VBAC đã được thực hiện là sai
- E. Tôi sẽ cho mổ sanh ngay
- F. Tôi sẽ cho sanh ngà âm đạo ngay



- : Hãy trình bày vì sao bạn cho là đúng
- : Hãy trình bày vì sao bạn cho là sai
- : Hãy trình bày vì sao bạn cho là đúng
- : Hãy chỉ rõ các điểm bạn cho là sai
- : Hãy bảo vệ luận điểm cho sanh ngà âm đạo
- : Hãy bảo vệ luận điểm cho cuộc mổ lấy thai

TÌNH HUỐNG 3: BĂNG HUYẾT SAU SANH

Bà C., 37 tuổi, PARA 2002. Nhập viện vì chuyển dạ sanh, thai dù tháng. Thai kỳ bình thường. Không ghi nhận đái tháo đường thai kỳ. Test dung nạp 75g glucose âm tính. → ~~đau đòn dù lâm sàng mẹ có PPH hay sa!~~

Tiền căn 2 lần sanh thường, con nặng nhất 4000 gram. Bà C. bị băng huyết sau sanh ở lần sanh thứ nhì, nhưng không phải truyền máu.

Khám lúc chuyển dạ ghi nhận mạch 72 bpm, huyết áp 110/70 mmHg, belly cao từ cung 38 cm.

băng ghi EFM nhóm I, với 3 con co tử cung, trong 10 phút, cổ tử cung 4 cm, xóa 60%.

Ngồi chòm, kiểu thế chẩm chậu trái sau, ở vị trí -1, ối vỡ nước ối trắng đục. 2 giờ sau khi nhập viện, cổ tử cung mở trọn. Người ta thực hiện sanh hút vì bắt thường trên băng ghi EFM (hình). Bà C. sanh một bé trai 4100 gram, APGAR 1' = 4. APGAR 5' = 7. Theo lời kể của người đỡ sanh, đường như có tiếng "craa" bắt thường khi đang sờ vai trước.

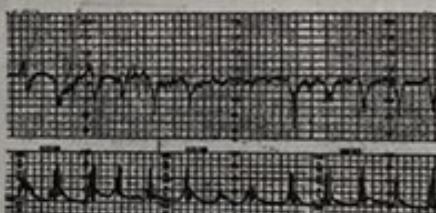
Hình trình bày tình trạng tay phải của bé sau sanh.

Người ta thực hiện da kề da và thực hiện xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ đúng theo tiêu chuẩn và kỹ thuật. Tổng máu mất trong quá trình sờ nhau khoảng 600 mL. Tử cung giàn khít thành khối cầu an toàn sau sờ nhau. 10 phút sau khi sờ nhau, bà C. chảy máu lại. Ghi nhận mạch 108 bpm, huyết áp 100/65 mmHg, có khối cầu an toàn. Bà C. được truyền dịch tinh thể Lactated Ringer's và dùng thêm thuốc co hồi tử cung. 10 phút sau, bắt chấp can thiệp trên, bà tra đường sinh dục bằng tay và dụng cụ. Tử cung nguyên vẹn, lòng tử cung sạch, nhưng rỗng. Kiểm tra cổ tử cung không chảy ra ngoài âm đạo, túi hưng máu lúc này chứa 1000 mL.

Bạn nhận định thế nào và sẽ làm gì? Chọn 2 nhận định thích hợp và một hành động.

- A. Quyết định thực hiện cho sanh ngà âm đạo là đúng
- B. Lê ra nên có quyết định thực hiện mổ sanh do nguy cơ là cao
- C. Kết cục xấu của cuộc sanh là do diễn biến khách quan
- D. Kết cục xấu của cuộc sanh là do lỗi chủ quan → do NV y tế
- E. Chỉ định can thiệp mở bụng cầm máu
- F. Không có chỉ định can thiệp mở bụng cầm máu

- : Hãy trình bày vì sao bạn cho là đúng
- : Hãy trình bày vì sao bạn nghĩ đến mổ
- : Vì sao bạn nghĩ là diễn biến khách quan
- : Vì sao bạn nghĩ là do lỗi chủ quan
- : Vì sao bạn nghĩ là cần mở bụng
- : Bạn sẽ làm gì nếu không mở bụng



Băng ghi EFM ở thời điểm ra quyết định thực hiện cuộc sanh hút vì bắt thường EFM

Nig ↓ Xem



Th: - lén to → Cứ GDM hay sa? → lén voi để thử xem sa. Khi lén to đều chưa rõ rệt ra do con Akq.
 - bụng huyết sau hành

- Khi di chuyển: < Rò túi amniotic do rò rỉ nước ối sinh mún & âm đạo rách lâu → quá tết
 < Cứ gắng hít hơi mà do đỡ vai hít đi xuống → lén gây xung đột

- Lactacid Künker's → rd đau tay



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
Chăm sóc hậu sản – Nuôi con bằng sữa mẹ

diagram
+ mục

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. Sản dịch khi vẫn còn trong buồng tử cung được gọi là bất thường khi có thành phần nào sau đây? R
 - a. Mảng nhau
 - b. Mảng rụng
 - c. Vị khuẩn
 - d. Bạch cầu
2. Điều nào quan trọng nhất trong việc chăm sóc vết mổ tăng sinh môn bị nhiễm trùng tụ mủ? R
 - a. Dùng thuốc sát trùng mạnh
 - b. Cắt chỉ và thoát lưu mủ
 - c. Dùng kháng sinh phô rộng
 - d. Dùng kháng viêm mạnh
3. Phương cách để giúp tổng xuất sản dịch tốt nhất trong thời kỳ hậu sản là gì? R
 - a. Xoa bóp đáy tử cung mỗi ngày
 - b. Tiêm bắp oxytocin mỗi ngày
 - c. Cho trẻ bú mẹ theo nhu cầu
 - d. Chuồng lạnh vùng hạ vị
4. Vì sao việc tránh thai bằng các phương pháp có chứa hormone lại có nguy cơ lớn hơn ở nhóm sản phụ nuôi con bằng sữa mẹ so với nhóm sản phụ không nuôi con bằng sữa mẹ? R
 - a. Vì nguy cơ huyết khối ở nhóm sản phụ nuôi con bằng sữa mẹ cao hơn
 - b. Vì nguy cơ ảnh hưởng của hormone lên trẻ được nuôi bằng sữa mẹ
 - c. Vì nguy cơ ảnh hưởng của hormone trên sự sản xuất và bài tiết sữa mẹ
 - d. Vì tất cả các nguy cơ kể trên nên cần thận trọng ở nhóm nuôi con bằng sữa mẹ
5. Điều trị viêm vú nhiễm trùng, điều nào sau đây đúng? R
 - a. Cách thoát lưu sữa tốt nhất là hút sữa bằng máy hút áp lực cao
 - b. Kháng sinh lựa chọn nên dựa vào kết quả phân lập vi sinh của sữa
 - c. Chuồng ấm bên vú viêm sẽ giúp việc thoát lưu sữa hiệu quả hơn
 - d. Trẻ vẫn có thể tiếp tục bú mẹ ở cả bên vú lành lẫn bên vú viêm
6. Nguyên tắc nào sau đây là dùng trong việc theo dõi và quản lý vàng da sinh lý ở trẻ sơ sinh? R
 - a. Phân biệt rõ vàng da sinh lý và bệnh lý là bước đầu trong việc điều trị
 - b. Định lượng bilirubin máu giúp phân biệt vàng da sinh lý và bệnh lý
 - c. Định lượng bilirubin máu là yếu tố tiên quyết cho việc quyết định mức độ điều trị
 - d. Quan trọng là dự phòng diễn tiến vàng da nặng thành vàng da nhân
7. Đối với trẻ sơ sinh bú mẹ hoàn toàn, dấu hiệu nào phản ánh trung thực trẻ không bú đủ? R
 - a. Tiểu ít, sạm màu
 - b. Vàng da tăng dần
 - c. Giác ngủ ngắn
 - d. Quay khóc nhiều

8. Lợi ích của việc phơi nắng sáng cho trẻ là gì? R
- a. Làm giảm nhanh vàng da đối với những trẻ vàng da nhẹ hoặc vàng da sinh lý
 - b. Làm giảm nguy cơ thiếu calcium cho trẻ vì đây là nguồn cung cấp dồi dào vitamin D
 - c. Làm giảm nguy cơ vàng da nặng nề do có thể quan sát tốt màu sắc da của trẻ
 - d. Việc phơi nắng sớm cho trẻ không mang lại bất cứ lợi ích nào kể trên
9. So với các kháng thể khác, đặc tính nào sau đây giúp IgA thành kháng thể quan trọng nhất bảo vệ trẻ sơ sinh bú mẹ? R
- a. Là thành phần miễn dịch chủ yếu trong sữa mẹ
 - b. Tác động miễn dịch phổ rộng, không đặc hiệu
 - c. Kết quả cuối cùng là tác dụng kèm khuẩn
 - d. Không bị tiêu hóa bởi dịch vị và dịch ruột của trẻ
10. Khi một người mẹ bị nhiễm HIV không đủ điều kiện để thực hiện AFASS, điều nào sau đây đúng? R
- a. Bà mẹ phải vắt sữa hoặc hút sữa rồi cho trẻ bú bình hoặc cho ăn bằng thìa và cốc
 - b. Cố gắng cho trẻ bú sữa công thức càng nhiều càng tốt để giảm lượng sữa mẹ cho trẻ
 - c. Cần cho trẻ ăn đậm són vì việc cho bú mẹ khi mẹ bị HIV là chống chỉ định tuyệt đối
 - d. Phải cho trẻ bú trực tiếp hoàn toàn và chấp nhận luôn tồn tại nguy cơ lây truyền dọc

bà mẹ bị nhiễm HIV → dù bú, dù cho bằng thìa cũng bị lây.
tuyệt đối tránh bú mẹ, dù có có thể tránh lây, virus ≠.

1 bà = AFASS đc → lai mẹ hoen tiêm & trực tiếp.

ăn đậm như thế này sao? ăn đc rồi thì nguy thai?

khi ăn đậm, dịch vị làm vỡ → tái吸收 ta lai em bé.

⇒ ↑ nguy cơ tái吸收

nh' duy trì bú mẹ: (không có virus) nếu khi cho con bú HIV ăn đậm
→ ngực luôn bú & cho ăn lười (chỉ ăn) (6 tháng nếu đủ)

Nuôi con = bú mẹ

1) Bản dịch tăng trong TC & lây virus: gồm màng rụng, huy khí, có khuẩn hẽ ná mạc TC

2) Vàng da ↑ = dz' h'g s'le.

Giai ng/ gữ: tuy.

Quay: ↑ L

3) Milking: | O vùng da & ý nghĩa
cung cấp vtc D th' OK nhưng phải b'is l'atia n'ac, l'et' di ch' shang, ∈ Sda, nh' v'v ⇒ ueng cho l'at' dz'

Hai huy' khich ph' dz' nh'm v'p h'g h'g m'c đ'c l'at' dz' dz' l'at' Kham Nh'.

+ Bú l'at' ý HIV, HBV. (còn l'at' obi l'at' xong)

JW



Vàng da có rõ làn \Rightarrow chờ mổ VP sinh lí
 \Rightarrow xem đặc điểm vàng da sinh lí - biến đổi.

- thay vàng da có đón thường \Rightarrow ăn đủ khâm.
- nguy cơ chèi đèn ∞ em bé, tay sau sinh, nguy cơ.
- quan sát nhanh tăng áp lực pháp: theo dõi sốt [A]
- kết quả quang trị pháp phải giảm dần = cao điểm, ∞ ngừng đốt ngay vì nguy cơ đòn.
- tiếp giáp Td vàng da có sốt \Rightarrow ngừng hút & mẹ phải đút奶粉.
- phế nồng cát trong ∞ vàng da

nhìn
lát
vết



Bài ứng dụng

Chăm sóc hậu sản - Nuôi con bằng sữa mẹ

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

Rối đèn, phân thối bã

4 ngày

3 ngày chèi đèn

\Rightarrow 7 ngày

\rightarrow ngày thứ 10

ngày thứ 10

hết 25-30%

June 16

TÌNH HUỐNG 1: BÉ ỐM

* sau 1/2 ngày - 1 ngày \Rightarrow đỡ đỡ giàn lại. Bé coi có đáp ứng? sau quang trị pháp.

Bà H. sanh thường một bé gái, 2800g, có tuổi thai là 35 tuần + 2 ngày, lúc 23¹² ngày 10 tháng 4 năm 2016. Apgar 1' = 8, 5'

= 9. Ghi nhận có phè ôi lúc 23¹² ngày 10 tháng 4 năm 2016.

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

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

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

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

Lúc 15 giờ ngày 14 tháng 4 năm 2016, bé được nhập khoa nhi vì vàng da, với nồng độ bilirubin toàn phần (TSB) khi nhập khoa nhi là 352.1 $\mu\text{mol/L}$.

Bé được cho ngưng sữa mẹ, bú sữa công thức với lượng 50 $\text{mL}/\text{kg} \times 8$ cữ, đồng thời thực hiện quang trị liệu liên tục. 72 giờ sau quang trị liệu, TSB do lại là 150.6 $\mu\text{mol/L}$. Bé được ngưng quang trị liệu và cho về với mẹ, với lời dặn tiếp tục cho phơi nắng sáng hàng ngày và thực hiện tiếp nuôi con bằng sữa mẹ.

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

- A. Tình trạng của bé là nặng
- B. Tình trạng vàng da là vàng da sinh lý đơn thuần, không có yếu tố thuận lợi thúc đẩy vàng da
- C. Quang trị liệu được bắt đầu đúng thời điểm cần thiết \Rightarrow đưa ra phai ra khỏi lứa vàng da 2/4.
- D. Theo dõi và điều trị hỗ trợ cho bé trong thời gian quang trị liệu là chính xác
- E. Quang trị liệu được kết thúc đúng thời điểm
- F. Lời dặn trước khi cho bé về với mẹ là hợp lý

TÌNH HUỐNG 2: BÉ ỐM

Con bà G. sanh được 36 giờ. Bé được sanh thường; cuộc sanh thuận lợi, nhanh chóng, sau phè ôi 6 giờ. Trong cuộc sanh, người ta có dùng khí NO để giảm đau trong giai đoạn sổ thai, do không kịp gây tê ngoài màng cứng. Bé cân nặng 4200g khi sanh. Bà G. nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ. Ngày qua, bé rất tích cực bú và thường xuyên khóc đòi bú. Sáng nay, khi đi thăm bệnh, bạn thấy bé đang nằm cạnh bên mẹ, có vẻ lì bì, đầu chí lạnh, dù bé được mặc đồ ấm.

Bé: $T = 36.2^\circ\text{C}$, thóp phẳng. Da ửng vàng. Phản xạ nguyên phát dù. Bụng mềm, rốn chưa rõ. Không bắt thường khác.

- Hãy nhận định về tình trạng của con bà G. và nêu cách xử lý. Chọn một câu đúng.
- A. Ván đẻ của bé liên quan đến các sang chấn sản khoa
 - B. Ván đẻ của bé liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh
 - C. Ván đẻ của bé liên quan đến chế độ nuôi ăn của bé
 - D. Ván đẻ của bé liên quan đến cách thực hiện chuỗi ấm
 - E. Ván đẻ của bé liên quan đến vàng da
 - F. Ván đẻ của bé liên quan đến thuốc dùng trong chuyên da

TÌNH HUỐNG 3: SỐT SAU SANH

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

Khám ghi nhận toàn trạng tinh nhưng mệt mỏi, niêm hồng, M 84 mmHg , huyết áp 140/85 mmHg , $T = 38^\circ\text{C}$. Không nhức đầu, không hoa mắt, không có dấu hiệu màng não, không dấu thâm kinh định vị. Hai vú căng cứng, nện chỉ ra một ít sữa non. Bà ta chưa cho bú vì nghĩ rằng chưa có sữa. Mỗi bên nách có 1 khối cứng, chạm rất đau, giới hạn rõ, di động tốt.



Bụng mềm, khám vết mổ mềm, không nề, đau nhiều tại vết mổ, ăn hai hố chậu không đau, tử cung chạm không đau. Tử cung mềm, không đau khi khám, bể cao từ cung 15 cm trên vú.

Đặt mó vịt thấy sản dịch lỏng rất ít, màu hồng nhạt, nồng mùi. \rightarrow Sản dịch bẩn-thờ.
Bạn nghĩ đến khả năng nào? Và bạn sẽ điều trị ra sao? Chọn tối đa bốn câu đúng.

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

TÌNH HUỐNG 4: BREAST MILK JAUNDICE hay BREASTFEEDING JAUNDICE

Bà T. 38 tuổi, PARA 0000, sanh thường dễ dàng và nhanh chóng sau khi phá ối, một bé trai 3500 gram lúc 39 tuần vò kinh. Bà T. cho bé bú sữa mẹ hoàn toàn.

Ở ngày thứ tư hậu sản, bà than phiền rằng bà rất đau ở núm vú bên trái khi cho bé bú. Bà T. cho biết rằng bà ta bắt đầu cho bé bú từ ngay sau sinh. Hiện bà T. sốt 38.5°C. Vú phải bình thường, mềm. Hỗm nách phải bình thường. Vú trái có vài vùng da đỏ ửng. Khám thấy đó là các mảng cứng, nóng và rất đau khi khám. Nặn thấy có sữa trắng đục chảy ra. Núm 2 cm, rất đau khi chạm. Bạn đã đề nghị bà T. thực hiện bữa bú để bạn quan sát. Ánh chụp cho thấy cách bà T. bú con và con bú bà đã ngậm vú ra sao.

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

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

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



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

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

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

Hôm nay, bà A. lại đến khám vì khối cứng ở vú phải trở nên rất đau, không thuyên giảm với điều trị.

Hiện bà A. sốt 38.5°C. Vú trái bình thường, mềm. Hỗm nách trái bình thường. Vú phải sưng có vùng da lớn đỏ ửng. Khám thấy đó là một mảng cứng, nóng và rất đau khi khám. Nặn thấy có ít sữa trắng đục chảy ra. Núm phải có một vài khối cứng kích thước khoảng 2 cm, rất đau khi chạm.

Hãy giải quyết vấn đề của bà A. Chọn các câu đúng.

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

Case 5 - lần sau sinh: sốt + khối cứng bên vú
TC có thể lành, sau điều trị đỡ \Rightarrow lần sau NTH của A: tái-thập nhẹ, Vàng-mùa CTC
lần sau NTH của B: nguyên bản, NTH

- nong + thay đổi vị trí \Rightarrow bé cần điều chỉnh
không bú đc lâu \Rightarrow vết thương \Rightarrow điều K/S \Rightarrow ⇒ là thoát lối

Chết: