

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Buồng trứng, noãn bào, phôi và thai

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

- ✓ 1. Trong các đối tượng sau, kết quả định lượng nồng độ Inhibin B là cao nhất ở đối tượng nào? **Chọn một câu đúng**
- Phụ nữ đã mãn kinh
 - Phụ nữ tiền mãn kinh
 - C.** Trẻ gái đã qua dậy thì
 - Trẻ gái vừa mới sinh
- Inhibin B: nang thứ cấp muộn -> Có chọn lọc noãn nang và nang noãn bước vào quá trình phát triển phụ thuộc Gonadotropin
- ✓ 2. Nồng độ AMH biến thiên ra sao theo chu kỳ kinh nguyệt? **Chọn một câu đúng**
- Nồng độ AMH là bất biến trong một chu kỳ kinh, cũng như là bất biến trong nhiều chu kỳ kinh liền kề
 - Nồng độ AMH là bất biến trong một chu kỳ kinh, nhưng lại thay đổi qua các chu kỳ kinh liền kề
 - C.** Nồng độ AMH thay đổi theo từng giai đoạn của chu kỳ kinh, theo sự phát triển của noãn nang
 - Nồng độ AMH thay đổi tùy theo nồng độ của các gonadotropin tuyển yên chu kỳ kiểm soát buồng trứng
- ↑ bao nhiêu?
- ✓ 3. Trong thực hành, người ta có thể ngăn không cho xuất hiện đỉnh LH bằng cách nào? **Chọn một câu đúng**
- Dùng một liều cao và duy nhất của GnRH
 - C.** Dùng human Chorionic Gonadotropin
 - Dùng chất tác động lên thụ thể progesterone hạ đồi
 - Cả ba chất trên cùng có thể ngăn đỉnh LH
- ✓ 4. Trong các cặp tác động sau, cặp nào là các tác động không qua gene của steroid sinh dục? **Chọn một câu đúng**
- Estrogen nội mạc tử cung phát triển, còn progesterone gây hiện tượng phân tiết nội mạc tử cung
 - b** Estrogen làm cơ tử cung và vòi Fallope co thắt, còn progesterone làm thư giãn các cấu trúc này
 - Estrogen làm chất nhầy cổ tử cung nhiều, trong và loãng, còn progesterone lại làm đặc chất nhầy
 - Estrogen làm phát triển các ống tuyển sữ tại vú, còn progesterone lại tác động trên nang tuyển sữ
- ✓ 5. Nếu tiêm tinh bào dòng tinh vào trong tinh bào noãn, sẽ có thụ tinh trong trường hợp nào? **Chọn một câu đúng**
- Tiêm tinh tử chưa trưởng thành vào noãn bào ở metaphase II của meiosis
 - Tiêm tinh trùng trưởng thành vào noãn bào ở phân bào I của meiosis
 - Tiêm tinh nguyên bào vào noãn bào ở metaphase II của meiosis
 - d.** Tiêm tinh trùng trưởng thành vào noãn nguyên bào đã bắt đầu meiosis
- Tiêm thẳng vào noãn nên k cần trưởng thành về chức năng và hình thái -> Tinh tử tròn trổ đỉ là dc -> Phải tiêm vào Metaphase II vì lúc đó mới kích hoạt noãn tiến hành hoàn tất giảm phân
- ✓ 6. Hành động nào có thể làm di dời cửa sổ làm tổ, làm nó được mở ở thời điểm không thích hợp? **Chọn một câu đúng**
- Dùng thêm estrogen ngoại sinh trong pha noãn
 - Dùng thêm estrogen ngoại sinh trong pha hoàng thể
 - c.** Dùng thêm progesterone ngoại sinh trong pha hoàng thể
 - d.** Dùng thêm progesterone ngoại sinh trong pha noãn
- Cho P4 vào sớm -> Ở pha noãn
- ✓ 7. Yếu tố nào tạo điều kiện thuận lợi cho sự làm tổ của một trứng đã thụ tinh? **Chọn một câu đúng**
- Nồng độ progesterone tăng cao sớm trước khi phóng noãn, nguồn gốc nội sinh hay ngoại sinh
 - b** Đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào, với chiều hướng ưu thế của các Th 2 so với các Th 1
 - Nồng độ E₂ cao khi kích thích buồng trứng làm tăng E₂ nội sinh, hay khi dùng E₂ ngoại sinh
 - Cả ba tình trạng trên cùng có thể tạo thuận lợi cho tiến trình làm tổ của trứng đã thụ tinh
- di lệch cửa sổ làm tổ
Bất thường tiếp nhận P4 của NMTC, điều hòa lệch PR-A
- ✓ 8. Nếu cần thực hiện khảo sát di truyền tiền làm tổ, thì sinh thiết phôi nên được thực hiện ra sao? **Chọn một câu đúng**
- Sinh thiết tế bào của phôi ngày 2
 - Sinh thiết tế bào của phôi ngày 3
 - c.** Sinh thiết tế bào ngoại bì lá nùôi
 - d.** Sinh thiết tế bào khói inner cell mass



9. Đặc tính ché tiết của loại hormone nào đóng vai trò quan trọng nhất trong phát khởi các thay đổi sinh lý và bệnh lý của hoạt động trực hạ đồi-yên-buồng trứng ở tuổi dậy thì? **Chọn một câu đúng**

- a. Progesterone
- b. Luteinizing Hormone
- c. Follicle Stimulating Hormone
- d. Gonadotropin Releasing Hormone

Phụ thuộc vào xung GnRH là thừa hay dày

10. Thiếu hụt trong sản xuất loại hormone nào là nguyên nhân sâu xa gây ra các thay đổi về sinh lý của hoạt động trực hạ đồi-yên-buồng trứng ở người phụ nữ ở độ tuổi tiền mãn kinh? **Chọn một câu đúng**

- a. Estradiol
- b. Progesterone
- c. Inhibin B
- d. Anti Mullerian Hormone

trang 48

Nói xanh GnRH = O nể ché hở BT

đây là steroid \rightarrow fsh hat \uparrow . \uparrow nang trời: bắt FSH + nay throxitruu, o SX AMH

e) inhibin B = nang thứ cấp muôn: N theo gđ chu kỳ kinh, o đầu chu kỳ AMH: nang có cấp sớm (nhỏ), sx từ n nay nhò, tồn tại tr chu kỳ kinh, tiêu hao t⁻² từ đầu chu kỳ kinh còn 10 cái

trong 1 chu kỳ kinh, luôn có 3 chu kỳ chia lìa nhau: đầu chu kỳ, chung mò, đầu đở, đầu mò nà xong \rightarrow nán ksat o thời kí bắt kí mò chu kỳ BT thi o vý ngua

AMH chun mò noãn nay, tré tè noãn nay đă dc chun mò tđg leu noãn nay chia chun mò

nén ván AMH đacy cao thi noãn nay T, AMH \uparrow

nén ván thi xem AMH \uparrow thi phai qua chu kỳ BT, >120 ngày.

20/2/17.

Chương I. BUỒNG TRÓNG, NOAN BÀO, PHÔI, THAI

1. Inhibin B được tổng hợp từ胎hat ở trẻ gái mèo sinh ít hơn trẻ gái đã qua dậy thì?

chỉ có nang hò mèo sx inhibin B & AMH.

- gd mèo sinh: BT nang nguyên thuỷ & sơ cấp, o SX gi

- gd dậy thì: + hạ đới hat → ↑ GnRH → (f) buồng trứng
, (f) tuyến yên

chiều nò nay ← nang nhạy FSH ← FSH

AMH tăng

+ nang thuỷ cấp mèo mèo có Inhibin

- mèo kinh: o có dù tri nang, Inhibin ↓

2. Tb hat luôn sx AMH. Trong chu kỳ kinh, ↑ tb hat nhưng tại sao [AMH] lại bất biến.

- nếu ↑ hat mèo nang tiết trời tiết AMH đã ứ chì hòi mèo cái nang + lòn không tiết AMH.

- AMH tiết từ nang sơ cấp sớm (nhỏ), SX tìn nay nhỏ, tối thiểu từ trê chu kỳ kinh, tiêu hao tìn để đến chu kỳ kinh sau 10 ngày

- inhibin B: do nang thuỷ cấp mèo tiết ra, ↑ theo gd chu kỳ kinh, cao ở mèo chu kỳ kinh → phát triển tạo thành:

+ nang tròn: bài FSH

+ nang thoái triển: o SX AMH

- Trong 1 thời điểm, luôn có 3 chu kỳ chồng lên nhau: sê - tan - đã chín mèo xong → sự thay đổi về nội tiết AMH cui 1 số nang o dù lòn

✓ [AMH]. Do đó [AMH] luôn bắt đầu trong chu kỳ kinh & cái kinh liên tiếp.

Memo no. _____

Date _____ / _____ / _____

Mo Tu We Th Fr Sa Su

3. Dấu hiệu thời kỳ menses là suy ↓, G) thu HD - yên - BT do inhibin B. AMH được tiết ra từ tử cung, DHD tăng lên trực. Vậy mối liên quan giữa trực HD & inhibin? menses → độ tuổi này ↓ → AMH ↓ → inhibin B ↓ → HD FSH ↑ menses → ảnh hưởng lên trực HD - yên - BT (AMH & HD tăng trực tiếp lên trực HD - yên - BT).

4. Mối liên quan giữa hCG & LH

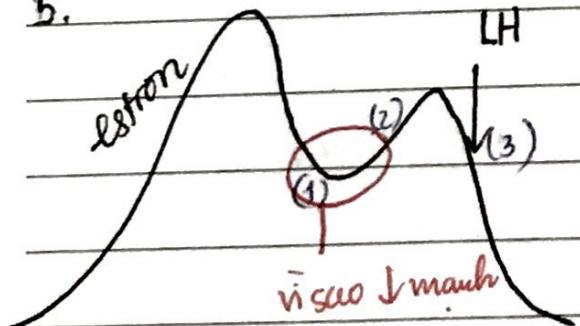
Tại sao hCG lại không xâm nhập như LH trong khi hCG có cấu trúc như LH.

- hCG = LH like

thiếu LH, có thể bổ sung hCG

- hCG có hoạt tính LH nên sẽ giao互通 với thụ thể của LH
→ hCG làm ↑ progestin → feedback về trực
→ chính progestin ngăn xâm nhập LH.

5.



(1) • estrogen ↓ sau phóng nang do cái thai hat ↓ do:

- di chuyển menses đến phóng

- chứa trong dịch nang đã rỗ

- chứa trong vỏ nang thoái biến thành hoai thai.

(2) • hoai thai trì đồng thời estrogen & progestin nên estrogen khởi phát trở lại

(3) • sau đó estrogen ↓ và dưới LH.

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date _____ / _____ / _____

6. khảo sát di truyền lâm tố, tại sao sinh thiết ngoại
bì lâ muối?

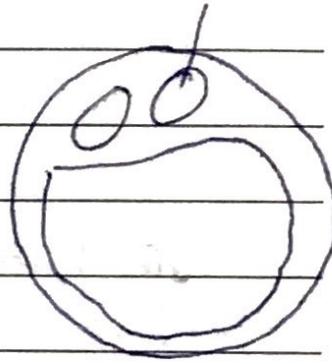
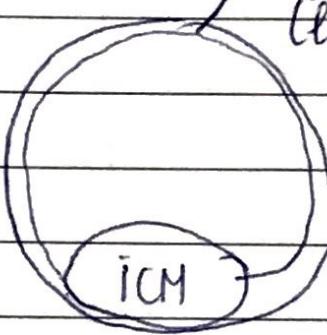
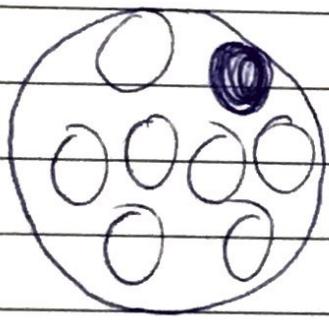
có bao nhiêu pp hsát di truyền.

- có 3 pp hsát di truyền.

progesteron

(lâ muối)

vẽ cát



phôi ngày 3 (D3)

- Ko sinh thiết vú cát or ICM vỉ là em bé.
- o sinh thiết Dz nỉ chỉ có 4 tb, nếu sinh thiết có thể hút hết



Bài ứng dụng **Buồng trứng, noãn bào, phôi và thai**

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

Thiếu sản tuyến sinh dục (Buồng trứng) -> Bước vào dậy thì GnRH tiết xung, tuyến yên sản xuất LH và FSH nhưng Buồng trứng k đáp ứng

TÌNH HUỐNG 1: VÔ KINH Ở THIẾU NỮ MẮC HỘI CHỨNG TURNER

Một thiếu nữ đến khám vì không thấy có hành kinh dù cô đã được 18 tuổi. Khảo sát di truyền cho thấy cô mắc hội chứng Turner, với karyotype 45,XO. Khám lâm sàng và siêu âm ghi nhận một tình trạng thiếu sản của tử cung, 2 buồng trứng có kích thước rất nhỏ, không hình ảnh của các nang noãn thứ cấp. Vắng mặt hoàn toàn các đặc tính sinh dục nữ thứ phát. MRI sọ não cũng xác nhận rằng cô ta không có bất thường thực thể của hạ đồi và tuyến yên.

Hãy cho biết kết quả khảo sát định lượng các nội tiết tố sinh dục. Chọn 3 câu đúng.

- A. GnRH trong hệ mạch cửa hạ đồi-yên bất thường
 - B** GnRH trong hệ mạch cửa hạ đồi-yên bình thường
 - C. FSH, LH trong máu ngoại vi cao
 - D. FSH, LH trong máu ngoại vi thấp
 - E. Steroid sinh dục trong máu ngoại vi cao
 - F** Steroid sinh dục trong máu ngoại vi thấp
- thiếu IX → bất sản tuyến SD → tuyến SD chỉ còn mõi lk, o còn noãn bào, noãn nang → o độ kích thích ở trán → o fb hạt → o E2, P4 → o cơ quan SD thứ phát nào ↑ → o cơ quan o có sự hổn uẩn steroid
• buồng trứng teo nhỏ → o có steroid SD

TÌNH HUỐNG 2: DÙNG CHẤT ỨC CHẾ MEN AROMATASE P₄₅₀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ

Một số trường hợp ung thư vú có thể được điều trị bằng cách tạo ra một môi trường nội tiết không thuận lợi cho các tế bào ung thư, mà sự phát triển của chúng vốn lệ thuộc vào nội tiết. Một trong các chất thường được dùng để điều trị ung thư vú là chất ức chế men aromatase P₄₅₀ (anastrozole, letrozole). Chất này tác động bằng cách phong tỏa không hồi phục hoạt động của men aromatase P₄₅₀ tại các tế bào hạt của noãn nang.

Hãy chọn 3 câu đúng,

- A. Nồng độ estradiol trong máu ngoại vi giảm khi dùng thuốc
- B. Nồng độ estradiol trong máu ngoại vi tăng khi dùng thuốc
- C. Nồng độ dihydroepiandrosterone trong máu ngoại vi giảm khi dùng thuốc
- D. Nồng độ dihydroepiandrosterone trong máu ngoại vi tăng khi dùng thuốc
- E. Nồng độ FSH trong máu ngoại vi giảm khi dùng thuốc
- F. Nồng độ FSH trong máu ngoại vi tăng khi dùng thuốc

Giải thích nguyên lý của việc dùng chất ức chế men aromatase P₄₅₀ trong điều trị ung thư vú.

TÌNH HUỐNG 3: UỐNG THUỐC TRÁNH THAI DÀI HẠN CÓ LÀM CHO MÃN KINH ĐÊM MUỘN HƠN ?

Thuốc tránh thai có chứa đồng thời ethinyl estradiol (một dược chất có hoạt tính giống với estrogen do có khả năng gắn với thụ thể của estrogen, nhưng hoạt tính estrogen mạnh hơn estradiol tự nhiên rất nhiều) và progestogen (một dược chất có hoạt tính giống với progesterone do có khả năng gắn với thụ thể của progesterone, nhưng hoạt tính progesterone mạnh hơn progesterone tự nhiên rất nhiều) với hàm lượng cao, nhằm mục đích ngăn cản hiện tượng phóng noãn. Khi uống thuốc tránh thai liên tục (không có khoảng nghỉ), người phụ nữ sẽ không có phóng noãn trong suốt thời gian dùng thuốc, do đó không có thai. Như vậy, liệu một người phụ nữ dùng thuốc tránh thai kéo dài sẽ đi vào mãn kinh muộn hơn một người không dùng thuốc hay không?

Hãy chọn 3 câu đúng

- A. Không có hiện tượng chiêu mộ noãn nang xảy ra tại buồng trứng khi đang dùng thuốc tránh thai
- B** Hiện tượng chiêu mộ noãn nang vẫn xảy ra bình thường tại buồng trứng khi đang dùng thuốc tránh thai
- C** Không quan sát thấy nang de Graaf tại buồng trứng khi đang dùng thuốc tránh thai
- D. Vẫn quan sát thấy nang de Graaf tại buồng trứng khi đang dùng thuốc tránh thai
- E** Tốc độ giảm tự nhiên của dự trữ noãn nang nguyên thủy không thay đổi khi người phụ nữ dùng thuốc tránh thai
- F. Tốc độ giảm tự nhiên của dự trữ noãn nang nguyên thủy sẽ chậm lại khi người phụ nữ dùng thuốc tránh thai

Người phụ nữ dùng thuốc tránh thai có đi vào mãn kinh muộn hơn người không dùng thuốc tránh thai không?

B: Chiêu mộ noãn nang không liên quan đến Hormone lưu hành, nó liên quan đến các yếu tố cận tiết tại buồng trứng, chỉ bị ảnh hưởng khi trữ lượng buồng trứng suy giảm -> Giảm chiêu mộ. Thuốc tránh thai là Steroids -> Không ảnh hưởng

C: EE -> Ức chế FSH -> Không phát triển noãn nang

E: Chủ yếu giảm dự trữ noãn nang do Apoptosis, không phụ thuộc vào chiêu mộ và phát triển noãn nang



TÌNH HUỐNG 4: SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS

[Estrogen] thể hiện tác dụng qua gien bằng cách gắn kết với [estrogen receptor]. Phức bộ [estrogen receptor]-[estrogen] buộc phải kết hợp với [co-activator] tạo ra phức bộ [estrogen receptor]-[estrogen]-[co-activator] thì mới có thể gắn kết lên gien và bắt đầu tiến trình sinh tổng hợp protein. Các chất điều hoà chọn lọc thụ thể của estrogen (Selective Estrogen Receptor Modulators-SERM) cũng gắn kết trên receptor của estrogen, nhưng phức bộ [estrogen receptor]-[SERM] không kết hợp được với [co-activator] để tạo thành phức bộ [estrogen receptor]-[SERM]-[co-activator] có thể gắn trên gien. Do khả năng gắn kết mạnh trên [estrogen receptor], [SERM] cạnh tranh với [estrogen tự nhiên] và dễ dàng chiếm hữu các thụ thể này.

Hãy dự đoán các hệ quả có thể thấy khi dùng SERM. Chọn 3 câu đúng.

- A. Khi dùng SERM, chất nhầy cổ tử cung sẽ trong, loãng, nhiều và dai
- B. Khi dùng SERM, chất nhầy cổ tử cung sẽ đặc, đặc, ít và bờ
- C. Khi dùng SERM, nội mạc tử cung sẽ phát triển mạnh
- D. Khi dùng SERM, nội mạc tử cung sẽ phát triển kém
- E. Khi dùng SERM, FSH sẽ tăng cao
- F. Khi dùng SERM, FSH sẽ giảm thấp

TÌNH HUỐNG 5: TRÁNH THAI KHẨN CẤP

Để tránh thai khẩn cấp sau một giao hợp ở ngày phóng noãn, người ta có thể dùng một trong hai cách sau :

Cách 1 : Dùng một liều thật cao progestogen (một dược chất có hoạt tính giống với progesterone do có khả năng gắn với thụ thể của progesterone, nhưng hoạt tính progesterone mạnh hơn progesterone tự nhiên rất nhiều) càng sớm càng tốt ngay sau giao hợp.

Cách 2 : Dùng một liều Selective Progesterone Receptor Modulators (SPRM, một chất có tác dụng giống với tác dụng của progesterone trên hạ đồi-yên đồng thời có tác dụng đối kháng với progesterone trên nội mạc tử cung)

Hãy chọn 4 câu đúng.

- A. Trong cách 1, cơ chế của tác dụng tránh thai là ngăn cản hiện tượng thụ tinh
- B. Trong cách 2, cơ chế của tác dụng tránh thai là ngăn cản hiện tượng thụ tinh
- C. Trong cách 1, cơ chế của tác dụng tránh thai là di dời cửa sổ làm tổ
- D. Trong cách 2, cơ chế của tác dụng tránh thai là di dời cửa sổ làm tổ
- E. Trong cách 1, cơ chế của tác dụng tránh thai là ly giải sớm hoàng thể
- F. Trong cách 2, cơ chế của tác dụng tránh thai là ly giải sớm hoàng thể

Hãy giải thích cơ chế của tác dụng tránh thai của từng cách.

TÌNH HUỐNG 6: GÂY PHÁT TRIỂN NOÃN NANG KHI NGƯỜI PHỤ NỮ KHÔNG PHÓNG NOÃN

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

Hãy chọn 3 câu đúng.

- A. Dùng FSH ngoại sinh Tăng FSH, khởi nón
- B. Dùng LH ngoại sinh Tạo đỉnh LH, chỉ làm phóng noãn, không ảnh hưởng
- C. Dùng estradiol ngoại sinh Dùng E2 ngoại sinh -> Càng thêm ức chế FSH
- D. Dùng chất ức chế men aromatase P₄₅₀ Ngăn tạo E2 -> Tăng FSH
- E. Dùng SERM cạnh tranh với estrogen trên thụ thể ở hạ đồi-yên và phong bê thụ thể này
- F. Dùng progesterone ngoại sinh Ức chế LH, không liên quan

Muốn phát triển noãn nang -> tăng FSH

-> Ngăn Feedback 1 của E2 hoặc tăng FSH bằng cách trực tiếp hoặc kích thích GnRH

22/21/2017

Bài 1 : Application: BUÔNG TRÚNG, NOÃN, PHỔI, THAI**Tình huống 1:**

Câu E, F: - steroid target organs: non-developed (genomic effects of steroids)

- $45 \times 0 \rightarrow$ no foll \rightarrow no granulosa cell \rightarrow no E2 secreted
- Diminished ovarian volume

~~Câu C, D, E, F~~

- lacking of E2 \rightarrow negative feedback void
- \$ turner doesn't impact hypothalamus
- axis function doesn't mean axis structure
- protein hormone
- FSH consumption \rightarrow yếng o dùng.

Câu A, B :

- Contexte: normal function of hypothalam-pituitary
- Feedback: (+): tăng hoạt
(-): giảm hoạt
- Feedback của steroid lên hả đối là (+) & (-)
 - + (+): E2 $\uparrow \rightarrow$ hả đối \uparrow tiết GnRH
hích thích \uparrow tiết LH tạo đùn LH
 - + (-): P4 $\uparrow \rightarrow$ ức chế hả đối \downarrow tiết GnRH.

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date ____ / ____ / ____

Tình huống 3

Câu E, F

- recruitment

phu ∈ AMH

(chiêu mộ nang nang)

o phu ∈ steroid

- apoptosis (chết chương trình) o phu ∈ steroid

⇒ tốc độ ↓ TN của nang nguyên thủy o đổi

câu C, D.

- steroid ngoại sinh → ↓ Gonadotropin

FSH ↓

nang

ngandardish LH

LH ↓

De Graaf

lacking of Gonadotropin, nang o ↑ / ↑ o dày dặn

- dù đã dùng thuốc nhưng (FSH) o phải = 0 ⇒ vẫn có nang bít đc

- steroid ngoại sinh chỉ thđ trên thể hệ đang hút, o thđ lùn lút
chỗ bị nguy

doan hệ nang nang là o đóng nhau :: nay n thuỷ manh
nay it thu thi.

- Why use estrogen?

- Why use progesteron?

+ giữ chu kỳ kinh bít

+ ngăn chặn LH

+ di dời uả sò' lâm tò'.

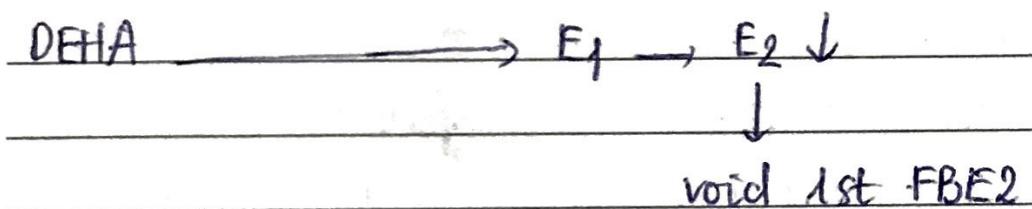
Tình huống 6:

Câu A:

- El tác feedback 1st lên hòm đốt $\rightarrow \downarrow FSH$.
- FSH ngoại sinh $\rightarrow \downarrow$ feedback 1st của FSH $\rightarrow \uparrow FSH$
- FSH là động lực chính cho chọn lọc
- low dose ~~st~~ step up protocol.

Câu D

letrozole
 $\downarrow (-)$
aromatase



- sd aromatase inhibitor làm \downarrow tb-hat
- $\rightarrow FSH \uparrow \rightarrow \uparrow$ nang ruột $\rightarrow E2 \uparrow \rightarrow$ làm \uparrow tb-hat
- \Rightarrow chỉ ả phô chít ít + rõ đùi 1H (sử dụng trứng)
- ~~còn~~ cách khai thác
- ngừng thuốc sớm.
- dùng hCG do nung trứng.

Câu B: tại sao?



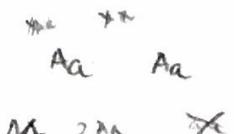
Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý các vấn đề thường gặp trong nửa đầu thai kỳ

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

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

1. Quan điểm siêu âm là tiếp cận sơ cấp trong khảo sát bắt thường ba tháng đầu thai kỳ được hiệu ra sao? **Chọn một câu đúng**
 a. Siêu âm là khảo sát đầu tay, được thực hiện tiếp sau khi lâm sàng phát hiện có vấn đề bắt thường
 b. Thông tin từ siêu âm là quan trọng, thông tin từ định lượng hCG có ý nghĩa bổ sung hay đối chiếu
 c. Cụm từ tiếp cận sơ cấp không đồng nghĩa với việc phải khảo sát siêu âm thường qui ở mỗi lần khám
 d. Phối hợp cả 3 phân tích trên thể hiện một cách đầy đủ khái niệm về vai trò của siêu âm 3 tháng đầu ✓
2. Ở 3 tháng đầu, khi xác định tuổi thai, thông tin từ lâm sàng, siêu âm và hCG được dùng ra sao? **Chọn một câu đúng**
 a. Thông tin từ lâm sàng là quan trọng nhất, thông tin từ siêu âm dùng để kiểm chứng, hay để hiệu chỉnh khi cần thiết
 b. Do thông tin từ siêu âm rất chính xác, nên được dùng để xác định hay hiệu chỉnh lại tuổi thai trong mọi trường hợp
 c. Diễn biến của thông số hCG định lượng được dùng như yếu tố hiệu chỉnh tuổi thai tính từ lâm sàng hay từ siêu âm
 d. Thông tin từ siêu âm và từ hCG là thông tin có ý nghĩa quyết định, còn đặc điểm chu kỳ chỉ có ý nghĩa tương đối
3. Để thiết lập chẩn đoán thai nghén thất bại sớm, thông tin từ lâm sàng, siêu âm và hCG được dùng ra sao? **Chọn một câu đúng**
 a. Diễn biến lâm sàng với đặc tính ra huyết âm đạo là thông tin quan trọng nhất để thiết lập chẩn đoán và tiên lượng ✓
 b. Diễn biến của đặc điểm hình ảnh qua siêu âm là thông tin có ý nghĩa quyết định để thiết lập chẩn đoán và tiên lượng
 c. Diễn biến của loạt kết quả định lượng β-hCG là thông tin có ý nghĩa quyết định để thiết lập chẩn đoán và tiên lượng
 d. Việc thiết lập chẩn đoán và tiên lượng của một trường hợp thai nghén thất bại sớm buộc phải dựa vào cả 3 khảo sát trên
4. Hãy cho biết giá trị của hình ảnh tăng độ dày khoang thầu âm sau gáy (NT). **Chọn một câu đúng**
 a. Dù có độ nhạy chỉ khoảng 65%, nhưng việc khảo sát NT vẫn được thực hiện rộng rãi là nhờ có độ đặc hiệu cao
 b. Bất thường của trị số NT chỉ có ý nghĩa trong bối cảnh có bất thường các chỉ báo huyết thanh khác kèm theo
 c. Trị số NT là chỉ báo quan trọng nhất trong số các chỉ báo dùng để tầm soát lệch bội ở tam cá nguyệt thứ nhất ✓
 d. Nhuộc điểm của việc tầm soát lệch bội dựa trên khảo sát sự tăng của trị số NT là chỉ tầm soát được trisomy 21
5. Hãy cho biết ý nghĩa của một kết quả khảo sát cell-free DNA dương tính với lệch bội. **Chọn một câu đúng**
 a. Kết quả này cho phép khẳng định rằng thai nhi bị lệch bội, và có thể được xem là chỉ định của chẩn đoán thai kỳ ✓
 b. Kết quả này cho biết có bất thường của tổng khối lượng vật chất di truyền liên quan đến nhiễm sắc thể tương ứng
 c. Kết quả này thể hiện một sự tăng hay giảm của khối lượng vật chất di truyền, có nguồn gốc từ thai nhi bị lệch bội
 d. Phối hợp cả 3 nhận định cho một cái nhìn đầy đủ về giá trị của một kết quả khảo sát cell-free DNA dương tính
6. Hãy cho biết liên quan giữa khảo sát các chỉ báo huyết thanh và siêu âm các soft-markers. **Chọn một câu đúng**
 a. Các khảo sát soft-markers và khảo sát nồng độ chỉ báo huyết thanh cho ra nguy cơ tính toán riêng và độc lập với nhau
 b. Nguy cơ tính toán có được từ siêu âm các soft-markers nên được hiệu chỉnh bằng các thông số của chỉ báo huyết thanh
 c. Nguy cơ tính toán có được từ các thông số của chỉ báo huyết thanh nên được hiệu chỉnh bằng siêu âm các soft-markers ✓
 d. Siêu âm soft-markers và khảo sát nồng độ chỉ báo huyết thanh là 2 khảo sát lệ thuộc mật thiết, luôn phải thực hiện cả 2
7. Trong 3 tháng đầu thai kỳ, thông tin nào là quan trọng nhất phải có khi thực hiện khảo sát song thai? **Chọn một câu đúng**
 a. Vị trí tương đối của một túi thai này so với vị trí của túi thai kia
 b. Kết quả khảo sát trị số độ dày khoang thầu âm sau gáy của từng thai
 c. Đặc điểm cấu tạo của màng đệm và màng ối của mỗi túi thai ✓
 d. Đặc điểm sinh trắc (MSD, CRL, BPD) và sinh tồn của từng thai
8. Hãy ước tính nguy cơ thai nhi bị mắc Thalassemia ở một cặp vợ chồng cùng có Thalassemia lâm sàng. **Chọn một câu đúng**
 a. Không tính được
 b. Ít nhất phải là 50% ✓
 c. Ít nhất phải là 75% -
 d. Chắc chắn sẽ bị Thalassemia -





9. Thời điểm nào là lý tưởng để thực hiện khảo sát huyết thanh Rubella cho thai phụ? *Chọn một câu đúng*
- a. Cùng lúc với khảo sát tầm soát lách bội tam cá nguyệt II
 - b. Cùng lúc với khảo sát tầm soát lách bội tam cá nguyệt I
 - c. Tùy thai phụ đã thực hiện tiêm ngừa Rubella hay chưa
 - d. Càng sớm càng tốt trong thai kỳ, ở lần khám đầu tiên
10. Thai phụ bị nhiễm loại tác nhân gây bệnh nào sẽ dẫn đến việc phải chấm dứt thai kỳ ở đa số trường hợp? *Chọn một câu đúng*
- a. Nhiễm mới HIV
 - b. Nhiễm Zika cấp
 - c. Giang mai nguyên phát
 - d. Nhiễm mới Rubella

27/2/2017.

Chương 7: NỬA ĐẦU THAI KÌ

Câu 2:

- nếu LS chính xác vs SA ≥ 5 ngày trong việc tính tuổi thai mà vẫn quỷ cách tính tuổi thai theo LS khi
 - thu tính ôngh nghiệm
 - chỉ có duy nhất 1 lần ghê
 - biết rõ ngày rụng trứng
- Trong tính tuổi thai, LS vẫn quan trọng nhất.

Trong 3 tháng đầu, xét tuổi thai + Δ thai thất bại, hCG đều ko quan trọng nhất. Vậy khi nào cần / o cần hCG?

- nếu thai quá sớm \rightarrow o dùng SA \rightarrow dùng β hCG
- dùng β hCG thay thế.

$\Delta \neq$ thai trong TC & thai ngoài TC.

- thu tính ôngh nghiệm \rightarrow lấy phôi rời XN β hCG.
nếu β hCG (+) / 14 ngày sau \rightarrow có thai từ 14 ngày trước lúi thu tính.

Câu 7: Tai sac XII mang đậm, many ối lại gỉ trong i khi khảo sát song thai.

tam cá nguyệt 1/3 thai:

(1) có / không.

(2) số lượng

i thai

đa thai \Rightarrow outcome \rightarrow thông báo MM \rightarrow soi y côn

DD - ND - NM

A-A, A-V, V-V

(TTTS)

(3) sinh tồn

(4) bình thường

- D-D : đặc lập ← màng胎盤
khai thác.

- M-D ↓ màng胎盤 → đặc lập
↓ M ↑ : ↑ thai lưu

LH tính thế nào khi có nhiều soft marker?

- mẹ : serum markers → double test → PAPP-A ↓
(hợp bào nuôi) ↓ freeβhCG ↑
tripple test ↓ βhCG
↓ AFP
↓ ME3

- thai : soft marker: NT: quan trọng ↑
test sàng lọc ↓ HL - MBL, bowellecho → LR

11w - 13w 6d : khảo sát quý 1 thai kì :

NT + double test = combined test: ^{nguy cơ} tích hợp

15w - 17w : khảo sát hình thái quý 2 thai kì :

+ 1st: làm triple test → phân nguy cơ

làm soft marker ← cao ← thấp/cao

hiệu chỉnh (LR)

nguy cơ hiệu chỉnh = LR của soft marker × nguy cơ HT

nguy cơ lách bối → test xác nhận

- soft marker: bệnh Down chải chải có nó nhưng có nó chải chải bệnh Down.
- ko phải all NT dày đều là bệnh Down, o phải ko all bệnh Down đều có NT dày vì chỉ có bệnh Down có bình thường mới có NT dày.
- NT dày yếu tố q trong để cho ra combined test → combined nsk
- 1 NT dày dù để chẩn đoán ST xâm lấn A lệch bởi còn 1 soft marker o dù để chẩn đoán ST xâm thiết xâm lấn.
- NT/ TCNT quá cao → để nghĩ test cao hơn NIPT.

Tính toán nguy cơ thalassemia

- 70 PN mang thai → 1 PN may gene

- B1: sang lọc thai phụ

B2: sang lọc vò chòng.

Thalassemia: đột biến gen lặn / NST thường → aa.

- dày α : 4 gen / NST 16: đột biến mất đoạn

- dày β : 2 gen / NST 11: đột biến mất đoạn

⇒ phải PCR giải trình tự gen.

nếu chỉ đun di Hb thi o dù A



Bài ứng dụng

Quản lý các vấn đề thường gặp liên quan đến nửa đầu thai kỳ

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

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

TÌNH HUỐNG 1: TÀM SOÁT LỆCH BỘI

Bà A. 31 tuổi, 1001, tuổi thai hiện tại là 18 tuần, chính xác. Không có tiền sử bệnh lý nội khoa. Gia đình không ai bị dị tật bẩm sinh hay lệch bộ. Thai kỳ trước không ghi nhận bất thường. Lần mang thai này, bà A. khám thai lần đầu ở thời điểm thai đã 15 tuần. Lúc này, bà được đề nghị thực hiện Triple test với các nguy cơ huyết thanh: với T_{21} là 1/15000, với T_{13} 1/10000, với T_{18} 1/5967. Hôm nay, bà A. được siêu âm khảo sát các soft-markers, ghi nhận sự hiện diện của một nốt phản âm sáng ở thất trái của tim thai và sự hiện diện của nang đám rối mạch mạc 2 bên. Bà A. muốn được tư vấn rõ hơn về tình trạng thai.

Hãy cho kết luận của bạn về nguy cơ lệch bộ ở con của bà A. Hãy chọn giữa A và B.

- A. Thai nhi có nguy cơ hiệu chỉnh của lệch bộ nằm trong vùng nguy cơ thấp
- B. Thai nhi có nguy cơ hiệu chỉnh của lệch bộ nằm trong vùng nguy cơ cao hoặc vùng xám

Hãy cho biết bạn sẽ làm gì trong giai đoạn tiếp theo. Chọn một kế hoạch hành động

- C. Hẹn siêu âm hình thái thường qui
- D. Hẹn siêu âm hình thái tập trung chú ý hình thái học tim thai và hệ thần kinh
- E. Thực hiện test tiền sản không xâm lấn
- F. Thực hiện test xâm lấn chẩn đoán vì có hai soft-markers dương tính

TÌNH HUỐNG 2: THIẾU MÁU HỒNG CẦU NHỎ NHƯỢC SẮC

Bà B. 24 tuổi, PARA 0000, đang mang thai 10 tuần, tuổi thai là chính xác.

Huyết đồ của bà B. Hb 9.4 g/dL, Hct 30.6%, MCV 65.5 fL, MCH 20.1 pg. Ferritin huyết thanh 144 ng/mL. Huyết đồ chồng Hb 11.2 g/dL, Hct 37.6%, MCV 64.9 fL, MCH 19.3 pg. Ferritin huyết thanh 339.4 ng/mL.

Điện di Hb vợ: HbA 97.1%, HbA2 2.9%. vợ chồng đều có thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc nhưng không thiếu sắt, tuy nhiên Ferritin ở chồng tăng.Hb bình thường về % nhưng có thể Alpha thalass gây giảm tổng số Alpha -> Có thể Alpha Thals

Điện di Hb chồng: HbA 97.1%, HbA2 2.8%.

Bạn kết luận ra sao về kết quả tầm soát thiếu máu của bà B. Hãy chọn giữa A và B.

- A. Nguy cơ xảy ra Thalassemia ở thai nhi là rất thấp
- B. Nguy cơ xảy ra Thalassemia ở thai nhi là không thể bỏ qua

Hãy chọn một câu đúng.

- C. Không cần khảo sát gì thêm
- D. Tìm đột biến gene α Thalassemia cho cả 2 vợ chồng
- E. Tìm đột biến gene β Thalassemia cho cả 2 vợ chồng
- F. Test chẩn đoán tim Thalassemia ở thai nhi

TÌNH HUỐNG 3: HUYẾT THANH CHẨN ĐOÁN RUBELLA TRONG THAI KỲ

Bà C. 30 tuổi, PARA 0000, đã từng được tiêm phòng Rubella. Lúc thai được 7 tuần, bà C. được xét nghiệm huyết thanh Rubella. Bà C. rất ngạc nhiên do kết quả Rubella IgG (-) và Rubella IgM (-). Do cả IgG và IgM cùng âm tính, nên bà C. được khảo sát lại huyết thanh Rubella ở thời điểm tuổi thai 16 tuần. Bà C. rất hốt hoảng khi nhận được kết quả Rubella IgG (+) mạnh, trong khi đó Rubella IgM vẫn (-). Trong suốt khoảng thời gian vừa qua, bà C. không ghi nhận bất cứ biểu hiện lâm sàng nào của Rubella lâm sàng.

Hãy giải thích tình trạng của bà C. Hãy chọn giữa A và B.

- A. Khả năng đã có nhiễm Rubella cấp trong thai kỳ là không có hay rất thấp
 - B. Khả năng đã có nhiễm Rubella cấp trong thai kỳ là cao
- Xử trí nào tiếp theo là phù hợp? Chọn một kế hoạch mà bạn cho là hợp lý nhất
- C. Tiếp tục theo dõi thai kỳ. Việc theo dõi đơn thuần bằng siêu âm hình thái
 - D. Cần phải thực hiện thêm các khảo sát huyết thanh Rubella IgG avidity ngay

Thời gian dự kiến cho mỗi tình huống 15 phút

IgG chuyển dương -> Sơ là nhiễm rồi

IgM dương tính trước IgG, từ 4-6 ngày sau triệu chứng, tồn tại 6 tuần thôi -> có thể về âm rồi

IgG 1-2 tuần sau (+) rồi kéo dài mãi

Case này chuyển dương nhanh cao là nhiễm, nhưng chưa đủ x4 lần để chẩn đoán, hơn nữa có thể lần đầu âm tính giả dù khả năng này là rất thấp

-> Nên làm 1 Avidity xác định xem nhiễm cấp hay nhiễm lâu rồi

Quản lý các vấn đề thường gặp liên quan đến nửa đầu thai kỳ



Application

- E. Chọc ối để thực hiện PCR Rubella ngay tại thời điểm này hay càng sớm càng tốt
F. Lên kế hoạch hẹn chọc ối để thực hiện PCR Rubella lúc thai 22 tuần

sau 6 tuần nhiễm, ca này IgM (-) nên có thể chọc ối được rồi

TÌNH HUỐNG 4: NHIỄM VIÊM GAN SIÊU VI B

Bà D. 32 tuổi, PARA 1001, đang ở vào tuần cuối của thai kỳ.

Tiền căn sanh thường một bé 3200g, em bé này không bị nhiễm viêm gan siêu vi B.

Lần mang thai này đã có xét nghiệm HBsAg (+), HBeAg (-), chức năng gan bình thường, SGOT, SGPT bình thường.

Lúc thai 26 tuần, bà E. được định lượng nồng độ virus HBV-DNA là 10^7 copies/mL.

Bà D. được cho dùng Tenofovir 300 mg mỗi ngày liên tục đến lúc sanh.

Nên làm gì để phòng tránh lây HBV sang con? Chọn các hành động thích hợp

- A. Việc mổ lấy thai chủ động nhằm phòng ngừa lây truyền cho con do cuộc sanh là không hợp lý
B. Nên mổ lấy thai chủ động để tránh chuyển dạ, nhằm phòng ngừa lây truyền cho con do cuộc sanh
C. Sau sinh chỉ cần chích vaccine HBV cho trẻ vì mẹ đã dùng kháng virus đầy đủ
D. Sau sinh chích ngừa cho trẻ cả vaccine HBV và immunoglobulin trong vòng 12 giờ đầu
E. Nói chung, bà mẹ vẫn có thể nuôi con bằng sữa mẹ sau sinh
F. Chỉ nên nghĩ đến nuôi con bằng sữa mẹ khi không đủ điều kiện nuôi con bằng sữa công thức

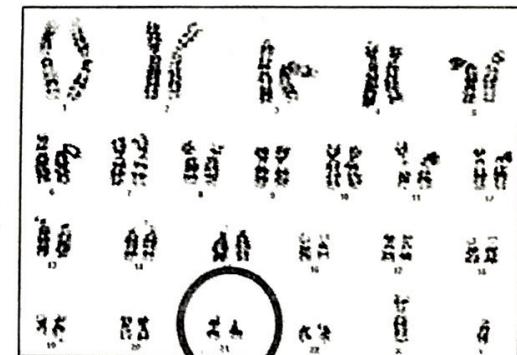
TÌNH HUỐNG 5: SERO-MARKERS VA SOFT-MARKERS

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. Sau khi được tư vấn, bà E. quyết định có thai với noãn bào của cháu ruột gọi bà bằng dì, 26 tuổi, đã từng sanh 2 con bình thường, bằng thụ tinh trong ống nghiệm. Bà có thai trong lần thụ tinh trong ống nghiệm này. Lúc 12 tuần, bà được thực hiện siêu âm tầm soát lệch bộ, với kết quả BPD = 19^{mm}, CRL = 50^{mm}, NT = 1.1^{mm}. Không có bất thường về hình thái học. Double-test thực hiện cùng ngày cho kết quả nguy cơ cao với T₂₁. Kết quả cho thấy 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 bộ. 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 xử trí người ta đã làm và cho biết thái độ xử trí sắp đến của bạn. Chọn 2 câu đúng.

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

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



TÌNH HUỐNG 6: NIPT, FISH VÀ NHIỄM SẮC THỂ ĐỎ

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

Bà G. 28 tuổi, có thai lần đầu tiên. Vào lúc tuổi thai là 12 tuần vô kinh, xác nhận qua lâm sàng và sinh trắc, bà được siêu âm tầm soát lệch bộ, 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 đỏ. 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胎 gai nhau cho kết quả 46,XY,der(21,21)(q10,q10),+21 (Hình).

Hãy chọn 3 câu đúng.

- A. Thai của bà G. bị trisomy 21
B. Thai của bà G. không bị trisomy 21
C. Tình trạng của bà G. có thể lý giải hoàn toàn mọi kết quả của các tầm soát và các test chẩn đoán lệch bộ
D. Ở bà G. có những kết quả của các tầm soát và các test chẩn đoán lệch bộ hoàn toàn không thể lý giải được
E. Chi định và trình tự các test tầm soát lệch bộ đã được thực hiện là chính xác
F. Lẽ ra nên chọn các test tầm soát khác và thay đổi trình tự thực hiện của các test tầm soát và chẩn đoán này

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

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date _____ / _____ / _____

- 11312017 -

Application: NUÔI ĐẦU THAI KÌ

Tình huống 3:

Câu B: - cách ngừa Rubella trước khi mang thai

→ sau 1 tháng tiêm ngừa đầu MD ở cần XN dài.

- tuy nhiên, đối MD và mồiклà ≠ nhau.

- Rubella 3 tháng đầu rất nguy hiểm.

- Rubella 50% có TC

50% có có TC.

- lúi ≠ tuân, IgG(-), IgM(-)

→ đặt ra 3 giả thuyết.

1. đối vaccine nhưng KT ở đầu mạnh nên (-).

Sau đó có yếu tố Hdg làm ↑ IgG

2. IgG (+tuân) (-) giả. Nhiễm → IgG(+) .

3. BN ở đối vs vaccine. BN nhiễm mới tạo IgG(+)

sau khi trải qua IgM 7-8 tuần.

Câu E:

- IgG avidity ↑ cao: nhiễm cũ

(uti off 40%) ↓: nhiễm mới.

- nhiễm trùng bìa thai: lây truyền chéo dọc mẹ → con

- 8-12% thai phụ nhiễm rubella.

- 90-95% nhiễm cấp → Rubella bẩm sinh

- chọc ói. → sau 6-8 tuần nhiễm rubella

PCR ói → thai sau 22 tuần: hè tiết mèu hot, thai

độ nhạy 96-97%

đã nhiễm rubella

↓
trẻ

Tình huống 5.

(câu C)

- nocard bão & V̄e 1 26t → nguy cơ lách bội thấp 1/1290.
- bā 45t: nguy cơ lách bội cao, dễ xảy ra chấn đứt thai.
- XN nở vào menses → menses chẩn đoán
- sang lọc lách bội ở menses ??
- nguy cơ cao → combined test nhạy hơn
 - ♂ duy triple-test để phát hiện.
- nhập liệu sai nguy cơ menses tăng v̄i 1 26t cho nocard
- nhập lại nguy cơ menses mảng 1 26t

Tình huống 2.

(câu B, D)

- 2 v̄o chony thiếu máu \neq giống nhau (Hb nhỏ nhược sút)
 - + chony: ferritin ↑
 - + v̄o: ferritin bt
- ferritin bt → ♂ loại trừ Thalassemi.
- ♂ loại trừ Thalassemi thẻ nhẹ
- thai phụ → thiếu máu thiếu Fe
- Thalassemi
 - Thalassemi.

giảm ↓ Hemoglobin A trên tổng khối

% HbA HbA2 trong cát lối Hb ♂ đổi

- v̄o chony thiếu máu, ferritin bt or ↓, tiêu di Hb ♂ đổi
 - coi chony thiếu HbA2.

(all cát chuỗi Hb đều có chuỗi α)

Memo no. _____

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Date _____ / _____ / _____

- Thalassemi có thể gây phù thai → phù nhau thai
→ ảnh hưởng tới mẹ: tiền sản giật ...
- nếu sinh con thalassemi có thể phải thải cát cả đời, thiếu máu.
- nếu 2 vợ chồng đều bị thalassemi
→ tuổi toàn nguy cơ con bị thalassemi
+ thể nặng / tb: test xâm lâm
+ thể nhẹ: o lám test xâm lâm



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
Xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ

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

1. Trong sảy thai, bất thường về di truyền của thai có nguồn gốc chủ yếu từ cơ chế nào? **Chọn một câu đúng**
 a. Bất thường trong tiến trình phân chia và phát triển sau thụ tinh (mitosis)
 b. Bất thường thừa hưởng từ bất thường di truyền đã biết ở cha hoặc mẹ
 c. Bất thường trong quá trình phân bào giám nhiễm tạo giao tử (meiosis)
 d. Tần suất quan sát trong sảy thai của 3 loại bất thường này là tương đương
Đa phần là do lệch bội, trong quá trình giảm phân tạo giao tử ở mẹ, do bào tương già cỗi, năng lượng cho giảm phân ở ty thể có vấn đề nên dẫn tới lệch bội
2. Trong trường hợp nào có thể xác định thai đã ngưng phát triển bằng một siêu âm duy nhất? **Chọn một câu đúng**
 a. Ngoại trừ số rất ít trường hợp quá rõ ràng, hiếm khi có thể kết luận bằng một lần siêu âm duy nhất
 b. Khi kết quả siêu âm không tương thích với tuổi thai và có kèm theo kết quả nồng độ β-hCG thấp
 c. Khi kết quả siêu âm không tương thích với tuổi thai và có kèm theo tiền sử thai nghén thất bại sớm
 d. Khi kết quả siêu âm không tương thích với tuổi thai và có biểu hiện xuất huyết tử cung bất thường
3. Nên lưu ý gì khi phát hiện thai có tăng trưởng chậm bất thường ở tam cá nguyệt thứ nhất? **Chọn một câu đúng**
 a. Khảo sát một cách cẩn thận huyêt thanh nhiễm trùng TORCH ở thời điểm cuối tam cá nguyệt thứ nhất
 b. Tìm hiểu một cách cẩn thận tình trạng bệnh lý nội khoa của mẹ ở thời điểm cuối tam cá nguyệt thứ nhất
 c. Khảo sát một cách cẩn thận tình trạng thai nhi bị lệch bội ở thời điểm cuối tam cá nguyệt thứ nhất
 d. Cả nhiễm trùng TORCH, bệnh lý nội khoa mẹ và lệch bội cùng là nguyên nhân của chậm tăng trưởng sớm
Đa phần do lệch bội hoặc bất thường cấu trúc thai nhi
4. Khi đang theo dõi một thai kỳ đang nghi ngờ có thất bại sớm, điều gì là quan trọng nhất? **Chọn một câu đúng**
 a. Đòi tìm các bất thường sớm về hình thái học của bào thai
 b. Theo dõi xác nhận diễn biến chậm bất thường của sinh trắc
 c. Theo dõi xác nhận diễn biến chậm bất thường của β-hCG
 d. Theo dõi các đặc điểm của dấu hiệu tụ máu dưới màng đệm
5. Trong tiếp cận xuất huyết 3 tháng đầu, ngưỡng phân định β-hCG được vận dụng ra sao? **Chọn một câu đúng**
 a. Thực hiện siêu âm trước, nếu không thấy túi thai trong tử cung thì thực hiện thêm β-hCG
 b. Thực hiện một β-hCG trước, nếu nồng độ cao hơn ngưỡng phân định thì mới thực hiện siêu âm
 c. Thực hiện loạt β-hCG trước, đến khi nồng độ tăng trên ngưỡng phân định thì mới thực hiện siêu âm
 d. Ngay từ đầu, luôn thực hiện song song siêu âm và β-hCG, không có trường hợp ngoại lệ
6. Trong các tình huống có thai ngoài tử cung sau, khi nào nên ưu tiên chọn điều trị methotrexate? **Chọn một câu đúng**
 a. Thai ngoài tử cung ở bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng chậu nhiều lần hay viêm dính nặng vùng chậu
 b. Thai ngoài tử cung ở bệnh nhân đang được điều trị hiến muộn do nguyên nhân phúc mạc-vòi Fallope
 c. Tình trạng chỉ đang được chẩn đoán là thai chưa xác định vị trí, chưa khẳng định được thai ngoài tử cung phải là cần cắt bỏ lúc này k điều trị gì cả
 d. Thai ngoài tử cung đã được xác định, với nồng độ β-hCG rất thấp và diễn biến theo chiều hướng giảm dần Theo dõi
7. Yếu tố tiền sử nào làm bạn hướng đến khả năng thai ngoài tử cung khi có trễ kinh và ra huyết? **Chọn một câu đúng**
 a. Tiền sử từng có thai ngoài tử cung, không phân biệt nguyên nhân thai ngoài tử cung lần trước
 b. Tiền sử viêm vùng chậu, không xác định được là do *Chlamydia trachomatis* hay tác nhân khác
 c. Bất thường đã biết trước của tử cung thuộc nhóm các dị tật do kết hợp ống Muller bất thường
 d. Cả 3 nhóm tiền sử trên cùng là các nhóm tiền sử gọi ý phải nghĩ đến khả năng thai ngoài tử cung
8. Ưu thế thật sự của phẫu thuật nội soi bảo tồn trong điều trị thai ngoài tử cung là gì? **Chọn một câu đúng**
 a. Khả năng bảo tồn được chức năng vòi Fallope cao hơn so với sau điều trị nội khoa
 b. Ít ảnh hưởng đến dự trữ buồng trứng và sinh lý buồng trứng hơn so với điều trị nội khoa
 c. Có tỉ lệ sót nguyên bào nuôi sau phẫu thuật thấp hơn so với sau điều trị nội khoa
 d. Thực ra thì cả hai phương pháp này là tương đương, không có phương pháp nào là ưu việt



9. Đặc điểm di truyền của thai trứng toàn phần và bán phần khác nhau ở điểm nào? *Chọn một câu đúng*
- a. Đặc điểm di truyền của thai trứng toàn phần và bán phần là giống nhau
 - b. Khác nhau ở tổng khối lượng vật chất di truyền có nguồn gốc cả hai loại giao tử
 - c. Khác nhau ở tổng khối lượng vật chất di truyền có nguồn gốc từ noãn bào
 - d. Khác nhau ở tổng khối lượng vật chất di truyền có nguồn gốc từ tinh trùng
10. Hãy cho biết điều kiện tiên quyết nhất đảm bảo cho quản lý hậu thai trứng có hiệu quả? *Chọn một câu đúng*
- a. Phải bảo đảm không sót nguyên bào nuôi trong buồng tử cung bằng cách thực hiện hút lần thứ nhì
 - b. Bệnh viện phải định lượng được chính xác các nồng độ cực thấp của β -hCG và của free β -hCG
 - c. Bệnh nhân phải tuân thủ nghiêm ngặt việc thực hiện biện pháp tránh thai sau hút nạo thai trứng
 - d. Phải thực hiện được việc áp dụng hóa dự phòng rộng rãi để giảm tần suất ung thư nguyên bào nuôi

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date ____ / ____ / ____

- 6/3/2017 -

Test: XH TRONG 3 THÁNG ĐẦU THAI KÌ

Tùy ván XH 3 tháng đầu thai kì, βhCG là 1 chỉ số đánh giá sự ↑ của hợp bào nuôi, từ đó đánh giá sự ↑ của thai, có những THấp SÀ thấy túi thai nhưng có thể phát triển bất thường, tại sao ko thấy hiện song SÀ & βhCG?

Trả lời 3 THáp.

1. SÀ thấy túi thai thì có thử βhCG nữa ko? → ko.
βhCG có vai trò thủy sản trong việc kiểm tra có xác định vị trí thai. nếu SÀ đã có thai sẽ tiếp tục theo dõi sinh trắc uả thai = SÀ
⇒ o làm βhCG thường quy.

Vậy còn THáp đà thai: 1 trong 1 ngoài, làm sao biết dc?
thực tình nhân tạo:

- chuyển 1 phôi chưa chia sẻ ko tạo thành 2 túi thai vì phôi có khả năng tự nhân đôi & phân chia.
- chuyển 2 phôi chưa chia sẻ ko tạo thành đòn thai.
- thực tình nhân tạo: tiếp cận hCG là quan trọng đến hưởng dẫn uả ls. (hCG ↑ cao sau 14 ngày chuyển phôi → nghỉ nhiều đà thai)
- IS: là quan trọng nhất.

hCG: hc gợi ý

SÀ: hc kiểm chứng

- BN có thai, SÀ không thấy túi thai, thi vẫn ở lại phCTG thường xuyên ri:

- + nói may TC đây → nghỉ thai nghén thất bại sớm.
- + mộng → nghỉ GEU.

Túi thai giả lâ gí? tâi tâi mả túi thai giả 1SA

- tui thai that

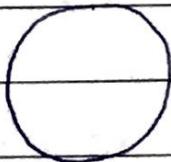
- trù thái giá



echotroß

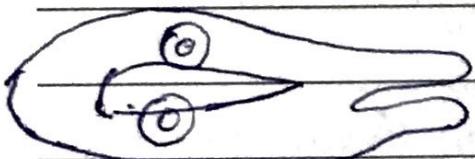
bò dàu (bản chát)

máy bay, thás)

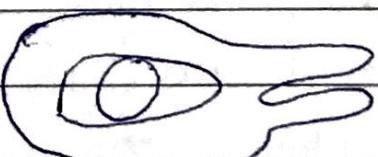


Ko có
bó dây

thai Ở truy lùng TC.



thai bám ở nốt mae TC, ép dẹp
nốt mae dây



Việc này chém lâ TNC của GEU.

nhiều mảng màu: rực rỡ, TC, buông trôi

nôm → ánh dấu diorama của phim → GEU.

→ PID (TBL trang 63 STD)

Thụ tinh nhân tạo (đã chuyển phôi vào TC) mà vẫn có nguy cơ GEU?

- thụ tinh nhân tạo có nguy cơ cao mảng GEU hơn ~~do~~
dùi số thường chuyển phôi từ
- trong chu kỳ thụ tinh, (+) buồng tử cung rất mảnh, nồng độ estrogen rất cao → chọc hút tử cung, hoại tử thành lấp nhuyễn kẽ trong xâm nhập [estrogen] tăng cao.
- trong chuyển phôi thai, [estrogen] gần như bì → ít GEU.
- [estrogen] ↑ cao gây hỗn loạn hệ co bóp TC, thay vì dây phôi vào TC lây lại dây phôi vào chỗ ≠.
- lây virus mảng TC mảng từ [estrogen] bất thường → GEU.

Tại sao bệnh lí nội khoa mảng mẹ, TORCH lại là nguyên nhân thường châm↑ truỵ mảng thai?

TORCH gây châm↑ truỵ tam cá nguyệt thứ 2.

lịch bồi → châm↑ truỵ tam cá nguyệt thứ 1

- thai kì gồm 3 giai

+ gd1: phôi → tuần 12

thông tin của hộp胎 tử tạo thành file nén .zip

ngày 3, 5: giải nén → mất qua ngày 3 rất gian

12 tuần còn lại ↗ chạy chương trình

⇒ Quyết định: bắt thời gian di truyền & chương trình di truyền

+ gd2: hoàn thiện về cơ quan & chức năng.

→ thai kì châm↑ truỵ trì khi bắt thời gian chương trình

chạy file → bắt thời gian di truyền mảng bắt đầu

+ gd3: cả thời gian mảng → mảng sinh thành

→ định đường đóng vai trò chủ đạo

Nguồn gốc vật chất di truyền mà thai trùy lật từ cha.

- thai trùy toàn phần: $2n$ (46 NST)
- _____ báu _____: $3n$ (69 NST)
- somatic cell methyl hóa $(-\text{CH}_3)$ → biểu hiện gen.
- tb sinh dưỡng khử $-\text{CH}_3$, tb sinh dục
- tb sinh dục trc khi ↓ phân thi phải remethylation
- sự gene expression bị ảnh hưởng bởi thành tố ♀ & ♂
- u bì buồng trùy: 2 ♀
- thai trùy: toàn phần: $0\ ♀ + 2\ ♂$
bán phần: $1\ ♀ + 2\ ♂$

Thai trùy nhận conio

- w/ MRI: não → MRI
phổi → X.q
thành trung ương → qscanning



Bài ứng dụng **Xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ**

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

TÌNH HUỐNG 1: CÓ THAI SAU THỤ TINH TRONG ÔNG NGHIỆM

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

Đúng 4 tuần trước, bà A. được lấy noãn bào để thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm. 5 ngày sau đó, bà được chuyển phôi.

Người ta chuyển 1 phôi vào buồng tử cung cho bà ta. 14 ngày sau khi lấy noãn, tức 9 ngày sau chuyển phôi, bà ta được thử β-hCG định lượng, với kết quả $\beta\text{-hCG} = 140 \text{ mIU/mL}$. 2 ngày sau đó, bà A. còn được thực hiện định lượng β-hCG định lượng lần thứ hai, với kết quả $\beta\text{-hCG} = 200 \text{ mIU/mL}$. Hôm nay, bà A. đến khám và được siêu âm lần đầu tiên.

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

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

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

- A. Chưa định chính xác tình trạng thai. Tuy nhiên, các dữ liệu là tương thích. Không có dấu hiệu để dọa thai
- B.** Dựa trên các dữ kiện đã có, nghĩ đến khả năng cao có thể xảy ra tình trạng thai nghén ~~thứ ba sớm~~ ^{4w > beta 40} _{ngày sau sớm -> tăng <53%, có gì đó sai}
- C. Dựa trên các dữ kiện đã có, có thể xác định thai đã ngưng phát triển trong tử cung
- D. Hẹn khám thai định kỳ theo lịch cho thai kỳ bình thường, tức khoảng 2 đến 4 tuần nữa
- E. Thực hiện thêm một loạt định lượng β-hCG, để xem diễn biến của β-hCG
- F.** Thực hiện thêm một loạt siêu âm qua đường âm đạo, để xem diễn biến của dấu hiệu hình ảnh (^{MSD 25 không có phôi nhưng có Yolk-sac} _{nhuộm tiêu chuẩn nhưng khả năng cao})

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

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

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

Sau khi biết có thai được 2 tuần, bà B. bị ra huyết âm đạo bất thường, lượng ít, đèn săm nên có đi siêu âm, với kết quả: tử cung mang thai, trong lòng tử cung có hình ảnh một túi thai, với MSD = 6mm, bên trong có yolk-sac d = 2.5mm, và phôi cách nay 4 tuần, bà B. đi khám theo hẹn. Bà không còn bị xuất huyết âm đạo nữa. Khám âm đạo thấy tử cung có kích thước to bằng tử cung mang thai 8 tuần, mềm, eo tử cung mềm. 2 phần phụ không sờ thấy. Các túi cùng trống. Siêu âm thực hiện cùng ngày cho kết quả: tử cung mang thai, trong lòng tử cung có hình ảnh một túi thai, với MSD = 13mm, bên trong có yolk-sac d = 5mm, và phôi thai CRL = 9mm, có hoạt động tim thai. Không thấy hình ảnh của tụ máu trong màng đệm.

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

Bạn kết luận ra sao về tình trạng thai của bà B. và kế hoạch can thiệp. Hãy chọn 2 câu đúng.

- A.** Diễn biến này là hoàn toàn bình thường
- B.** Diễn biến này đang có chiều hướng bất thường
- C. Tiếp tục các qui trình thường qui cho một thai kỳ bình thường
- D.** Thực hiện khảo sát NIPT trực tiếp ^{NIPT > 10W}
- E. Chờ đợi thực hiện các kết quả tầm soát lệch bội thường qui để có quyết định
- F. Thực hiện khảo sát xâm lấn chẩn đoán lệch bội



TÌNH HUỐNG 3: DISCRIMINATION ZONE

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

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

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

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

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

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

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

- A. Thai đã sảy hoàn toàn hoặc chưa trọn
- B. Thai chưa xác định vị trí (phôi nghẽn nở GEU)
- C. Thai ngoài tử cung trái
- D. Chưa có chỉ định can thiệp
- E. Can thiệp ngay bằng MTX
- F. Can thiệp ngay bằng phẫu thuật

Tiền căn TNTC điều trị MTX

Tránh thai ECPSS

beta 800 -> 750 <20% -> TNTC hoặc thai trong mà diễn biến bất thường NMTC mỏng, buồng TC trống, có khối echo hỗn hợp cạnh BT
-> nghĩ nhiều là TNTC vì có diễn biến beta bất thường kèm siêu âm 4 tính chất TNTC

TÌNH HUỐNG 4: TRÁNH THAI HẬU THAI TRỨNG

Cô D. 19 tuổi, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường sau khi hút nạo thai trứng 6 tháng. Cô D. đã bị thai trứng toàn phần, được hút nạo với giải phẫu bệnh lý là lông nhau thoái hóa nước với hình ảnh tăng sinh của tế bào nuôi. β -hCG ở thời điểm ngay sau hút nạo là 10^5 mIU/mL . 8 tuần sau hút nạo, thử lại β -hCG $< 0.1 \text{ mIU/mL}$. Cô ta có kinh lại sau khi hCG về âm tính. 3 lần định lượng β -hCG cuối cùng, lần cuối cách nay 1 tháng, cùng cho kết quả $< 0.1 \text{ mIU/mL}$. Lúc này, cô ta được khuyên tránh thai bằng COCs. Cô ta ra hiệu thuốc và mua một loại thuốc tránh thai có công thức gồm $20 \mu\text{g}$ EE và $75 \mu\text{g}$ Desogestrel (Mercilon®). Cô ta đã uống thuốc được hơn 2 tuần, theo đúng như hướng dẫn. Cô D. cảm thấy bắt đầu bị chảy máu âm đạo từ vài hôm nay, với lượng rất ít nhưng dù làm cho cô thấy lo lắng.

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

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

- 8/3/2017 -

Application: XH TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

Tình huống 1:

- all thai đều tuối + so kinh chót lý thuyết
- kinh chót lý thuyết = ngày thu thai + 2 tuần
- ko dùng 2 hệ guy chiếu để tuối tuổi thai
- tuối tuổi thai theo kinh chót.
- MSD = 15 mm → bắt đầu thấy phôi thai, tim thai
- thai ở bà này trước 6 tuần tuổi
- β hCG 4 tuần: ↑ o quá 50% → bất thường
- SA 6 tuần: MSD = 25 mm, yolk-sac d = 7 mm
o thấy搏动 aon thai.
- BN lón tuổi, buồng ruột, phải thận trọng khi Axst thai nguyên tửu trên.
- o nên rời raiy Axst trong THop này
(khai vs GEU: phải Axst ngay).
- tuy nhiên nếu thai lâu quá lâu có thể gây RL
động máu, NT...
- ⇒ cần nhau络 - hai uả nêu Axst

Câu B, F

- SA 1 tuần sau ktra bay, MSD có thể ↑ nhiều n o có phôi thai, hoá sinh trái học uả thai bất thường ⇒ Axst tối đa là 2 tuần.
- THop ngoại lệ Axst ngay khi tiêu chuẩn vay trên SA quá rõ
- PhCG chỉ phản ứng với nước → o phản ứng tình trạng

- Não hưng thai: mui trêu xem long TC sao ko
(ko sót thai, sót nhau, sót mổ)
- tiêu chuẩn vậy: thuở đời = hổ học
- phCTG ko có ý nghĩa thuở đời vì phCTG phải mất tlg để trả về án tình & chia chung phCTG phải giàn theo quy luật bình thường

Tình huống 3.

- T/đung phu của NTX:
- đặc giao, thận
- suy tụy
- mệt mỏi, mệt lâm
- SA:
 - GEU: khởi cung BT (do vòi ruột & thay đổi trên SA)
 - mệt hoảng thế: khó ph khôi này & BT.
⇒ Khởi nhén lại xem khôi này có E trưởng không.
- Khi đã A GEU bắt buộc phải chẩn đoán thai kí
- nghỉ nhiều thai ngoài ra
- có n YINC
- ko thấy thai trong lòng TC + nội mae TC mồi
- động học phCTG: $\downarrow < 20\%$, có thể là bình thường
- khôi đặc lập vs buồng thủy/SA.
⇒ phải có từ 4 yếu tố

• 1 THỐP GEU diễn hành

- YTNC

- β hCG TT mà sâo thấy thai trong TC.

- Khối u nang buồng trứng.

• Nếu chỉ có 1 chỉ số β hCG cắt ngang thì phan phải làm thêm 1 β hCG thứ 2.

• Nếu đã 1 GEU thì nên \emptyset nòi khoa luôn vì MTX làm tăng tối đa ↓ β hCG.

• Nếu \emptyset MTX khi β hCG tăng ≥ 25% đối với bình nguyên ± 15-20% → theo dõi.

• Nếu GEU là thai sống thì có khả năng làm ↑ β hCG như thai trong TC.

β hCG: 800 → 750 : thai chưa xác định.

800 → 1200 : GEU.

800 → 300 : thai từ tháng tuổi : thử β hCG mỗi tuần lần nhau \emptyset nòi & ngoại.

- BN tăng \emptyset hemic mòn → \emptyset ngoại ngoài khoa: KSAT nay chau, voi truy.

- Trên căn GEU → \emptyset ngoại vì MTX chỉ bảo tồn GP, ở bảo tồn chnage, nên cần voi máy vì có thể voi máy đã hui.



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
Chuyên dã bình thường

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

1. Trong các tình huống sau, chuyên dã ngôi chòm được dự báo là thuận lợi ở tình huống nào? **Chọn một câu đúng**
 a. Khung chậu bình thường trên chụp quang kích chậu
 b. Sinh trắc, ước lượng cân thai quanh bách phân vị 50th
 c. Kiểu thế của ngôi chòm là một trong các kiểu thế trước
 d. Đường biểu diễn sán đòn ở bên trái của đường báo động
2. Đường biểu diễn do Philpott xây dựng được sử dụng làm tiền thân cho đường báo động của sán đòn sau này. Đường biểu diễn của Philpott được vẽ từ bách phân vị thứ 10 của dữ kiện nào? **Chọn một câu đúng**
 a. Xóa mờ cổ tử cung của mọi chuyên dã thường và khó khăn
 b. Xóa mờ cổ tử cung của các chuyên dã diễn tiến chậm
 c. Xóa mờ cổ tử cung của các chuyên dã kết thúc bằng sanh giúp
 d. Xóa mờ cổ tử cung của các chuyên dã kết thúc bằng sanh mở
3. Theo dõi chuyên dã ngôi chòm, hành động nào được khuyên là nên được thực hiện thường qui? **Chọn một câu đúng**
 a. Gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa
 b. Ghi lại diễn biến chuyên dã trên một sán đòn
 c. Phá ối nhằm mục đích thúc đẩy chuyên dã
 d. Thực hiện monitoring sản khoa liên tục
4. So sánh hiện tượng xoay của một ngôi chòm kiểu thế lọt là chầm phài sau với hiện tượng xoay của một ngôi mặt với kiểu thế cầm phài sau, bạn thấy thì xoay nào là hoàn toàn giống nhau ở 2 loại ngôi trên? **Chọn một câu đúng**
 a. Ở thì xoay trong
 b. Ở thì xoay ngoài thứ nhất
 c. Ở thì xoay ngoài thứ nhì
 d. Ở cả ba thì xoay kề trên
5. Khi tăng co bằng oxytocin, nếu phải quyết định tăng liều oxytocin hơn 20 mUI/phút, người ta không được phép tăng số giọt, mà buộc phải tăng nồng độ của oxytocin pha trong dịch truyền glucose. Vì sao? **Chọn một câu đúng**
 a. Tránh làm loãng nồng độ huyết tương của oxytocin
 b. Tránh làm tăng đường huyết do truyền nhiều glucose
 c. Tránh hiện tượng quá tải tuần hoàn do truyền nhanh
 d. Để có thể thực hiện chinh liều oxytocin dễ dàng hơn
6. Trong cuộc sanh, khi đã thấy phần da đầu, tóc thai nhi đã thập thò ở âm hộ, đánh giá nào là chính xác về tình trạng lọt của ngôi thai? **Chọn một câu đúng**
 a. Không đủ dữ kiện để xác định độ lọt
 b. Chỉ có thể nghĩ là ngôi thai đã lọt
 c. Có thể nghĩ là ngôi thai đã lọt thấp
 d. Có thể nghĩ là ngôi thai đã sẵn sàng sở
7. Khi có băng ghi CTG xếp loại 2 kéo dài, hành động nào là hợp lý? **Chọn một câu đúng**
 a. Phá ối xem màu sắc nước ối
 b. Nằm nghiêng trái và thở oxy
 c. Đặt tim nguyên nhân đặc hiệu
 d. Quyết định chấm dứt chuyên dã



8. Giảm đau sản khoa bằng tê ngoài màng cứng thực hiện khi chuyển dạ đã vào giai đoạn hoạt động có nhiều ưu điểm và rất an toàn. Tuy nhiên có thể dẫn đến việc phải tăng thực hiện một số can thiệp. Sự kiện nào trong các sự kiện sau vẫn là độc lập (bất biến) với việc thực hiện gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa? **Chọn một câu đúng**
- a. Tỉ lệ giúp sinh bằng dụng cụ
 - b.** Tỉ lệ can thiệp bằng mô lấy thai
 - c. Độ dài giai đoạn II của chuyển dạ
 - d. Tỉ lệ tồn thương tầng sinh môn
9. Nguyên nhân của khác biệt về lượng máu mất trong giai đoạn 3 giữa số nhau kiệu Duncan và kiệu Baudeloque liên quan đến thì nào? **Chọn một câu đúng**
- a. Thì cầm máu
 - b.** Thì co hồi tử cung
 - c. Thì tổng xuất
 - d.** Thì bong nhau
10. Trong hồi sức sơ sinh, hành động nào là quan trọng nhất để đạt mục đích thiết lập được tiêu tuần hoàn chức năng?
Chọn một câu đúng
- a. Động tác cắt rốn, do động tác này làm tăng trở kháng ngoại biên ở đại tuần hoàn
 - b.** Thông khí áp lực dương, do động tác này làm nở các phế nang một cách thụ động
 - c. Xoa bóp tim ngoài lồng ngực, do động tác này khôi phục cung lượng cá đại và tiêu tuần hoàn
 - d. Điều chỉnh tình trạng nhiễm toan bằng thuốc, do khôi phục khả năng điều hòa hô hấp-tuần hoàn

12/13/2017

Test: CHUYÊN ĐẠ BÌNH THƯỜNG

Để chuyên đạ dùn tìn bùn thường, cần nà phái hòphàu hoà
má 3P (power, passenger & passage), n̄ sas h̄a quang
kích châu I hay kiều thé tríc o là yêu tố dù báo
thuân lõi o CD ngồi chom?

- v̄i sân đô đã ghi nhâw all tin thai, cờn gō, đô lot
- sân đô + h̄i khi thui phu đã bùc v̄o chuyên đạ và o
có can thièp h̄át thường nāo f, h̄i n̄o 4 triy/làn
- nūi có bùi thường thi lâm sân đô 2 làn

Tai sas đường biêu dién Philpott chia rōi dù h̄u
v̄a m̄ TC mà t̄ co thường & khó khăn.

- Philpott đã kháo sát đô xó m̄ TC mà n̄ l sún
phu, chon ra nhung l v̄o đô m̄ châm nhât, sau đó
lấy 10% dân số để lâm bài phân v̄i thí 10.

nhung l dưới đường này là có đô m̄ TC châm
⇒ Philpott duy trì xó m̄ TC để đánh giá v̄i
sanh lâ bùn thường hay bùi thường v̄i đường bùn
dùn bùn (P) có ý nghĩa lâ chuyên đạ kéo dài, bung
huyết sau sanh, thai suy, v̄b. TC

- v̄i all l v̄o đô m̄ TC lâ nhau o gđ tìn thời
bát h̄i chuyytoc, thaito...

→ L ta nghin nén đe sân đô dùc đg bt cōlq n̄tối cái
yêu tố nhien tuy, CD kéo dài, cờn v̄o, khuychâu
hep...

Nếu sản đồ lệch P cần xem xét nguyên nhân vì sao có
là kéo dài vì mồ TC chậm, sau đó cần can thiệp nếu hiện
tình lý do lain sản đồ chuyển đổi.

~~Kết luận~~ Tí gian can thiệp: 4 tri giờ hành đồ & ~~đã~~ ^{has} ~~đã~~

- xoá mồ cổ TC tốt khi còn có tốt & ngồi thai xuôi tốt
 - > xoá mồ cổ TC ko tốt giảm tiếp nối rãnh còn có ko tốt &
ngồi thai ko xuôi tốt (sản đồ bên T)
 - Ko phải all sản đồ bên P đều ko tốt, tuy nhiên nó giàn
anh ta phân vs giàn duy nhất
 - 3P: chỉ giúp định hướng
 - + Power: côn gô TC + sên & sên X me
 - > xoá mồ cổ TC & đẩy ngồi thai xuống
 - > power phải vừa phải để tránh vỡ TC, bỗng huyệt
sau sinh, ảm đạm em bé.
 - + Passenger: số kí ≤ 4kg, ngồi thê, kiêm thê quan trọng,
tiếng quan quan giữa em bé & khung chậu /adapted/well-being
 - + Passage: kích thước /morphol appropriate (adequate)
 - Em bé bị tăng bị động bởi lực dây mả và vò TC, từ trên ->
và trả kháng của đường sinh (phản ứng & ném).
- Tuy nhiên em bé là một gồm 2 khía động nhất dc nói
vs nhau = liên kết lõi lõi (võ). Cố cõ TC đã
động lực làm em bé bình thường và thu húnh để em
bé có thể vượt qua mpass trên & sau đó là vượt q/tuinh,
em bé phải xoay nimb--- để vượt qua. Côn gô TC
là động lực cả q/tuinh.

Danh giá đẻ lot dựa trên phần thấp nhất mảng thai m) với khung chậu mẹ, sush ngoài chom thi phần đầu thường xuống trc (x. đầu, da đầu bé...) tại sao khi thấy phần da đầu, tóc ko thể đánh giá thai đẻ lot

ngực lot: đường hals lot vòi qua mảng trên qua 2 gai hông.

lưới đinh

ha chain tháp trc.

có thể bước huyết thanh giữa x. so và da đầu
→ phải đánh giá cl xáu đẻ lot chưa.

Tại sao em bé xoay?

- tổng mống sẽ làm cho em bé xoay về nơi có khí úng lõi thấp nhất

- gây te ngoài mảng úng hay da sần: ko khaj lưu truy suh mòn ↓ → người xoay → suh giúp nhiều

- ngực mảng chawn gai sau:

- + mảng em = cùn vè, khi xoay em bé phải gấp đầu để lot xoay qua khỏi x. úng.

Nếu ko gấp thi mũi em bé mảng kêu x. úng

→ ko lot dc → người xoay

- + ngực mảng chỉ cách xoay duy 1: xoay ra trước

- ngực chawn phải sau: xoay trên xoay xđ

- =) giống nhau ở xoay ngực

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date ____ / ____ / ____

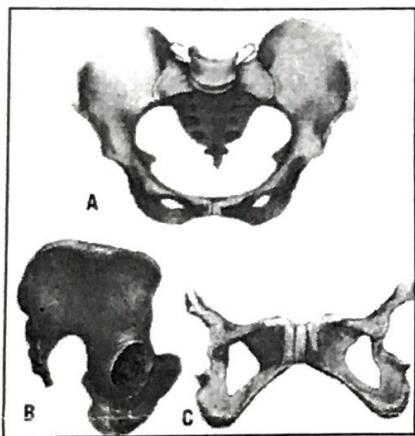
Cái búa xoay:

- qua xiết trên Σ momen xoay sẽ làm cho em bé xoay về direction nút chéo của em trên vì xo trên là x. vuiy nên chả hộp sẽ khuỷu lùi mạnh, chỗ roiy khuỷu lùi yai
- qua em quâ : gồm momen cõ TC, x. vuiy, phần mềm mài em bé \rightarrow Hộp lén làm em bé quay theo đg hủi ngay \Rightarrow direction nút lật lật] đi qua đg hình lòn nhất và cái phần x. chân



Bài ứng dụng *Chuyển dạ bình thường*

Chương trình Sản Phụ khoa. Tin 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: KHUNG CHẬU VÀ MÓI LIÊN QUAN VỚI NGÔI THÉ, KIỀU THÉ, CƠ CHÉ SANH

Một thai phụ có thai gần đến ngày sanh. Do khám thấy khung chậu bất thường trên lâm sàng, nên người ta chụp quang kích chậu. Kết quả quang kích chậu chụp theo phương pháp Thom's cho thấy hình dạng của eo trên có dạng giống như 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 sê lọt đối xứng
- B. Ngôi sê lọt không đối xứng**
- C. Hành trình vượt qua eo giữa sê dễ dàng
- D. Hành trình vượt qua eo giữa sê khó khăn
- E. Thai sê sô theo kiểu chầm vê
- F. Thai sê sô theo một trong hai kiểu thế ngang

Khung chậu dạng dẹt -> Lọt k đối xứng theo
kiểu thế ngang, k xoay, sô theo kiểu thế
ngang, đỡ đầu xong đỡ vai luôn k cần xoay
ngoài

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 vô kinh, thai kỳ không có vấn đề bất thường. Vào chuyển dạ tự nhiên. Hiện tại cổ tử cung mờ 3cm, xoa 80%, mềm. Ngôi chòm, kiểu thế Chầm Chậu Trái Trước, đã lọt. Các mảng ối chưa vỡ. Tốc độ ghi là 1cm/phút. Hãy đọc băng ghi và chọn 3 nhận định thích hợp.

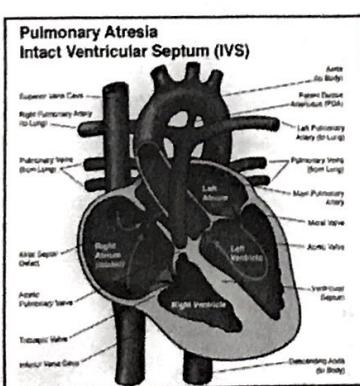
- A. Băng ghi này thể hiện một tình trạng thăng bằng toan-kiêm bất thường ở thời điểm hiện tại
- B. Băng ghi này chưa đủ để khẳng định một tình trạng bất thường thăng bằng toan-kiêm ở thời điểm hiện tại**
- C. Các nhịp giảm trên băng ghi liên quan đến bất thường trao đổi khí máu tại các hố máu ở nhau
- 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 sau mỗi nhịp giảm trên băng ghi (mũi tên) dự báo một tiên lượng tốt
- F. Các nhịp tăng sau 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 tắt 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**



Khi trẻ mới sinh ra có tĩnh truy thuỷ và mă nhu cầu O₂ mă

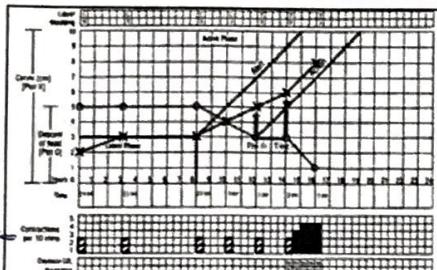
Application gồm 6 tình huống

tíe lớn → xử trí??

Thời gian dự kiến cho mỗi tình huống 15 phút



TÌNH HUỐNG 4: GIỮA ĐƯỜNG BÁO ĐỘNG VÀ HÀNH ĐỘNG



- 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

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.

Sản đồ chuyển phái, đầu 3 là thấp rồi (2 là lọt), gó yếu 2 con/10p, 1 con 20-40s -> Lúc này phá ối để dừng đầu thai nhi nong CTC là hợp lý. Sau đó 2 tiếng vẫn gó như cũ -> Oxytocin là hợp lý

Sau tăng co gó tăng cả về tần số và thời gian -> đầu lọt -> CTC mở rộng 1cm/giờ -> Có hiệu quả

TÌNH HUỐNG 5: CHUYỂN DẠ 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 cổ 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 chòng xương, không bướu huyết thanh. Hiện tại sản đồ nằm ngang ở 10cm, từ 1 giờ, và đã chạm vào đường báo động.

Hãy nhận 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.

Cô ta được tăng co bằng oxytocin do con co không hiệu quả khi cổ tử cung mở 5cm, 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 8cm. Ngôi chòm vị trí +2, kiểu thế Chẩm Chậu Trái Trước, đổi xứng, không chòng 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 dùng thêm thuốc giảm co
- C. Tôi sẽ tiếp tục theo dõi chuyển dạ sanh sau khi tim thai đã ổn
- D. Tôi chấm dứt chuyển dạ mà không chờ đợi 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

Không có tình trạng chuyển dạ tắc

ngón

EFM nhịp giảm kéo dài, nguyên nhân có thể do chèn ép dây rốn, hoặc do TC

quá mức

-> xem chỗ con co, thấy liên tục, không

có khoảng nghỉ -> Co cường tính

-> Cắt hẳn Oxytocin chờ

-> Sau vài phút không giảm co cường

tính mới dùng thêm giảm co

Salbutamol.

Sau đó nếu ổn vẫn có thể tăng co lại vs

oxytocin

— 15/3/2017 —

Application: CHUYÊN DA BÌNH THƯỜNG

Tình huống 1: Câu B, C, F

- Khung chau dang det:

+ eo duoi: dg khinh ngay > chéo → lot ko dx.

+ eo giữa: rong dài dài lõe → mót qua dễ dàng

+ eo duoi: đường kính ngay > đường kính trước sau

→ số 1 trong 2 kiểu thế ngay

- cắt tủy sinh mòn bt: hibern th

- Ko cần xoay em bé mà đỡ vai luôn

Tình huống 2:

Câu B, D, F

áp lực nhei (T) ↓ do còn ống AM → áp lực nhei $f > T$

→ lỗ botal ko đóng.

→ duy trì thông liên nhei, thay ống AM.

- khi f còn ống AM bị tiêu

→ bụng dù duy trì thông liên nhei

- trẻ dù dk → PT

Tình huống 3

- Biểu đồ Pillott:erc m3 < 1 cm trong 1h (gt ht)

→ nguy cơ chuyển da kéo dài

- ngồi thiài: chấn chấn t mèo → thuận lợi

- KL thiài: 3000g → kẹo, nhỏ

- EFM loại 1 → tình thiài tốt.

- Xem số con gò: ≥ 4 con / 10p
- liệu có phù hợp vs thai phụ hay ko?
- Trong khi chui gò, phải tia ối để nong cổ tử cung - đầu thai búi ối phải - đầu ối → số con gò phải ↑
- Tuy nhiên, ở BN này sau tia ối, số con gò vẫn ở ↑,
vẫn ≥ 4 con / 10p → ↑ gò sau 2h tia ối
- Số con gò ↑ lên 4 con / 10p và ở trên tối pha hết mua.
- can thiệp tia ối & 1 con gò có hiệu quả & hợp lý
- nghiêm pháp lọt: xem em bé lọt lịcay chưa
- ko tiến hành sinh ngả âm đạo dc
- nếu xảy ra tình trạng chòi xog, biến HT ↑ đột, cần
gò dần dần mà thai vẫn ko lọt, CTC nở, ối xâu, EFM 2-3
- có thể do bất xứng đầu thai chậu → PT.
- phải ối khi đầu ối ko còn dùng nong CTC, thường là
sau ~~đến~~ 4 cm Kể từ khi bắt đầu hoạt động.
- bắt xứng đầu chậu:
- TCN 3:
 - 50% đầu thai xuống tiêu khung.
 - . 25% trong ~~còn~~ chuyển dạ.
 - . 25% đầu thai ko xuống → bắt xog đầu chậu
 - . sau khi tia ối, đánh tay trong âm đạo để tránh sa dây rốn,
chỗ nè ối chảy từ ² rồi đánh giá. Nếu thai vẫn ở xuống, do:
 - nứt tim thai
 - bắt xứng đầu chậu:
 - . chỉ tia ối già hoạt động để tái duy đầu ối nong CTC

Memo no. _____

Date _____ / _____ / _____

Mo Tu We Th Fr Sa Su

trong gd trùm thời.

- 1 veci THop tia ói trong gd trùm thời khi gd trùm thời mà TC ↑



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

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

1. Trong điều kiện của một chuyên dã với nguy cơ thấp, khi thai phụ đã có một admission test bình thường, hãy so sánh việc theo dõi tim thai bằng monitor liên tục với bằng Doppler nghe tim thai cách khoảng. **Chọn một câu đúng**
 - a. Về phương diện bảo vệ thần kinh thai, theo dõi bằng monitor làm giảm tổn thương não bộ thai
 - b. Về mặt sản khoa, theo dõi bằng monitor làm tăng tần suất sanh can thiệp không cần thiết
 - c. Về mặt tổ chức, theo dõi bằng monitor đòi hỏi nhiều tổn kém hơn về nhân lực và vật lực
 - d. Cá ba nhận định trên đều là các ưu điểm hay nhược điểm của theo dõi bằng monitor
2. Loại biến động tim thai tức thời nào vẫn hiện diện khi hành não đã bị tổn thương nghiêm trọng? **Chọn một câu đúng**
 - a. Biến động nhịp theo nhịp
 - b. Nhịp giảm sớm
 - c. Nhịp giảm muộn
 - d. Cá ba kiểu biến động trên
3. Yếu tố nào có thể làm cho việc diễn giải kết quả của Non-stress Test bị sai lệch nghiêm trọng? **Chọn một câu đúng**
 - a. Thai phụ đang ở trạng thái đói trong quá trình thực hiện Non-stress Test
 - b. Khi thực hiện Non-stress Test, sản phụ nằm ở tư thế có thể gây chèn ép tĩnh mạch chù dưới
 - c. Sản phụ đang được dùng các thuốc hướng thần kinh hay MgSO₄ có khả năng ly giải synapse thần kinh
 - d. Quan sát thấy có sự hiện diện của một số cơn co Braxton-Hicks quá trình thực hiện Non-stress Test
4. Các nhịp giảm muộn xuất hiện trong một Contraction Stress Test dương tính thể hiện điều gì? **Chọn một câu đúng**
 - a. Giảm khả năng thay mới máu bão hòa oxy tại hồ máu liên quan đến cơn co →
 - b. Suy giảm dòng lưu thông máu trong dây rốn khi có cơn co tử cung → Nhịp ↓ bất đều
 - c. Mất khả năng đệm (giảm dự trữ kiềm) của thai nhi khi có toan hô hấp
 - d. Đã xảy ra tình trạng chuyển hóa của thai nhi ở thời điểm thực hiện test
5. Vì sao khi thực hiện BPP biến đổi, người ta lại sử dụng AFI chứ không phải SDP? **Chọn một giải thích đúng**
 - a. AFI có giá trị tầm soát tốt hơn
 - b. AFI đo lường thể tích nước ối chính xác hơn
 - c. AFI cho biết dự hậu của thai nhi tốt hơn
 - d. AFI dễ dàng đo đạc hơn
6. Ở thời điểm cuối của một thai kỳ bình thường, phò Doppler động mạch rốn có đặc điểm gì? **Chọn một câu đúng**
 - a. Trở kháng giường nhau tăng dần
 - b. Chỉ số trở kháng rốn: nǎo giữa ≤ 1
 - c. Xuất hiện khuyết đầu tâm trương
 - d. Mới xuất hiện dòng chảy tâm trương
7. Trong chuyên dã, đặc điểm nào của cơn co có thể ảnh hưởng xấu đến trao đổi khí qua nhau? **Chọn một câu đúng**
 - a. Tương quan thời gian co: thời gian nghỉ ≥ 1
 - b. Trương lực cơ bản của tử cung quá cao
 - c. Tần số của cơn co quá nhiều, đồng dập
 - d. Cá ba yếu tố trên cùng có ảnh hưởng xấu
8. Biến động 3 pha diễn hình của trị số tim thai tức thời xuất hiện khi dây rốn bị chèn ép hay bị kéo căng có ý nghĩa gì? **Chọn một câu đúng**
 - a. Thể hiện sự toàn vẹn của hệ thần kinh trung ương kiểm soát các phản xạ điều hòa nhịp tim
 - b. Thể hiện sự toàn vẹn của cung phản xạ điều hòa nhịp tim thông qua hệ giao cảm và đối giao cảm
 - c. Bất thường trong đường ly tâm của phản xạ điều hòa nhịp tim thông qua hệ giao cảm và đối giao cảm
 - d. Bất thường trong đường hướng tâm của phản xạ điều hòa nhịp tim thông qua hệ giao cảm và đối giao cảm

Chloris do West Flory
Glauca *Glauca* 200

- Note the rate of falling temperature until you reach the point where the rate of fall goes down (Change in rate of fall)
 - At this point the rate of fall is zero
 - At this point the temperature is the final temperature of the system
 - This point is called the melting point of the metal
 - The time taken to reach the melting point is the latent heat of fusion.

— 2013/2017 —

Test: LƯỜNG GIÁ SỨC KHỎE THÁI

Nếu CST(+) mà xuất hiện nhịp ↓ bất thường thì có ý nghĩa gì?

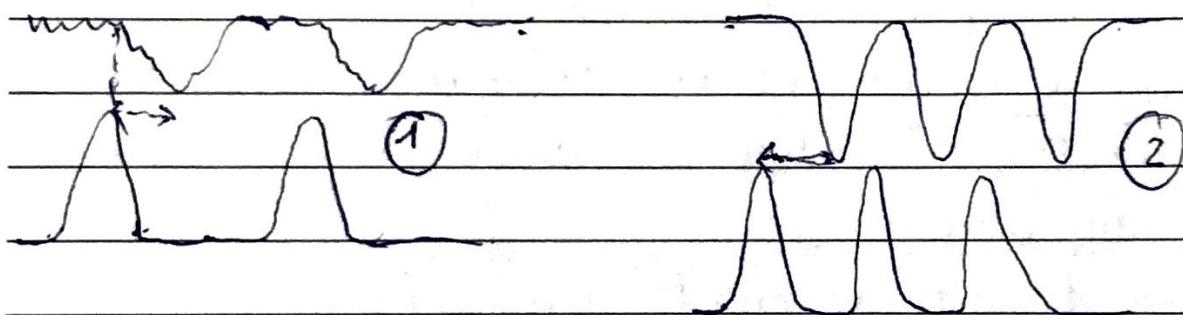
- đặc trưng của CST: nhịp ↓ muộn
- nhịp ↓ bất thường: do chèn ép or căng dây ron
- hô máu görn TM & TM, nối vs nhau
- CBN vs TC → nít chặt TM, TM → ko có máu tối em bé
→ thiếu O₂ v. Tuy nhiên, sự thiếu này vẫn chưa đủ gây nhịp ↓ muộn
- Nhịp ↓ muộn do ảnh hưởng đến hành vi
và trào
- Tuy nhiên nhịp ↓ chưa cho muộn chưa chia trong CST chủ đánh giá PaCO₂, o₂ đánh giá dù từ kiêm
- Do đó, CST(+) chưa chẩn đoán bé sẽ ko sốt rét trong chwyn da mà còn phu thuộc vào dù tri kiêm.
- dù tri kiêm đánh giá qua:
 - + dao động nói tai: thấp
 - + Khoảng trống dài.

Nếu CST(+), và cần đánh giá dù tri kiêm?

Nếu dù tri kiêm ↓ (đt nói tai thấp, khoảng trống dài) thì sao?

- mục đích của CST nhằm tạo ra cản trở giao thông trao đổi O₂ gây thiếu oxy thiếu O₂ tạm thời xem em bé có sống hay ko. Nếu em bé ko sống dưới mũi cho phép thi đm PaO₂ ↓ (nhịp ↓ muộn) ở mũi

- CST dương (+) là 14% khi đã bao gồm tất cả các cái thai (-) → nhấp + nudson đơn thuần → ~~EFT~~ EFM = 2
- Tuy nhiên, nếu CST (+) mà EFM = 3 (mất dữ kiện胎心, lặp lại bất kỳ chuyển động nào) thì o xem như CST bị lỗi và có dấu hiệu của toán hoá máu.
- bao ghi CST:



② Trong khi làm CST thì NST trắc đó phải bắt theo nề CST
nguy hiểm

Xử trí: - ngừng oxytomin

- xem lại bối cảnh LS: tuổi thai, bli' gợi
- BPP, SA Doppler, ★ IGUR

Modified = AFI + NST ??

① CST (+) đơn độc

- NST & CST o lùn theo quy

→ chỉ làm khi thai quá ngày, chậm tăng.

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date _____ / _____ / _____

Tại sao trong NST có liên quan đến dấu ẩn của đồng thai
thì cái còn có Braxton Hicks lại ko gây sai lệch kg
nghiem trọng? Hồi lưu máu về TM chủ yếu

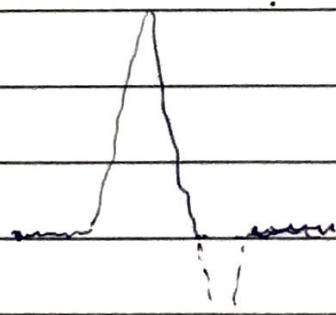
NST đặc này khi em bé đập 1 cái thì dây rốn cẩy
lên gây thiếu máu não (P), tái đồng lên áp cao
thu quay ở xoang cánh và AM cánh, tạo (+) lùn
dây hướng tâm lùn hành nào. Hành nào xử lý
sau đó truyền qua dây li tâm để nút xoang
→ (+) tin ↑ nhịp, ↑ co bóp

Muốn NST đ/B \Leftrightarrow amyl pxa phải bt.

Trong THôp block A, V → Ko có bóp tin bt
→ NST sẽ ở chính xác.

Một số biểu đồ nhịp

→ nhịp胎 trong NST.



①

nhip ↓ bắt đinh.

②

mặt base đđ nở tại
baseline sau nhip↑ cao hơn

Memo no. _____

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Date ____ / ____ / ____

② - mặt là 1 trung nút nhịp & bắt đầu từ từ từ từ từ từ

tình trạng rất xấu

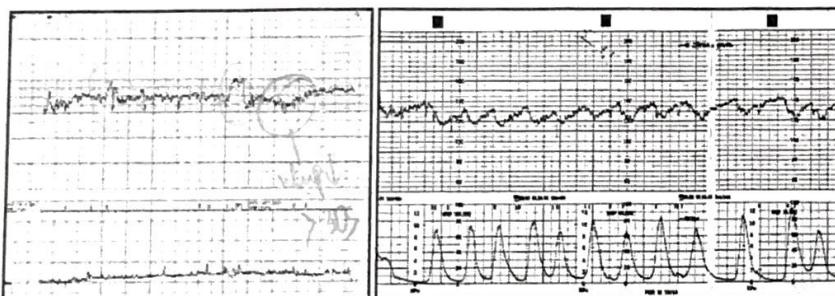
- mặt đt nút tai : tốn thời hành nǎo

- baseline ↑ cao : đt/3 tình trạng thiếu O, cấp
túi. Khi hết tình trạng này, baseline có thể trở về b.t

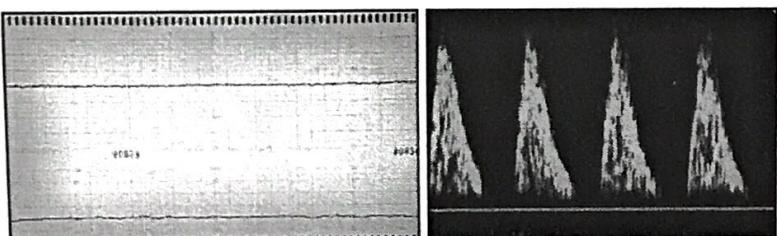


Bài ứng dụng *Lượng giá sức khỏe thai*

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



- A. NST bình thường
- B.** NST không điển hình
- C. CST không đủ điều kiện đánh giá
- D. CST dương tính
- E. Chưa đủ dữ kiện kết luận tình trạng thai
- F. Tình trạng đang bị đe dọa



- A. Đã có đủ yếu tố để kết luận rằng hiện tại tình trạng thai là bất thường nhưng có thể chờ đợi thêm
- B.** Đã có đủ yếu tố để kết luận rằng hiện tại tình trạng thai đang bị đe dọa nghiêm trọng, không thể chờ thêm
- C. Chấm dứt thai kỳ trì hoãn để thực hiện corticosteroids liều thấp
- D. Thực hiện contraction stress test để có thêm dữ liệu giúp trì hoãn
- E. Thực hiện contraction stress test để quyết định phương thức sanh
- F.** Chấm dứt thai kỳ ngay. Mô sanh sẽ là phương thức thích hợp nhất

TÌNH HUỐNG 1:

CONTRACTION STRESS TEST

Bà A. đang mang thai 38 tuần, thai kỳ nguy cơ thấp, đến khám vì đêm qua khi đêm cử động thai thấy có < 6 cử động trong 2 giờ. Kết quả BPP biến đổi: AFI 6cm và NST (*hình trái*). Bà được chỉ định CST (*hình phải*).

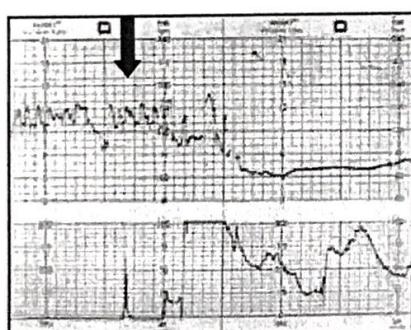
Hãy đánh giá về tình trạng sức khỏe thai. Chọn 3 câu đúng.

TÌNH HUỐNG 2:

PHÔ DOPPLER ĐỘNG MẠCH RÓN

Bà B. đang mang thai với IUGR được phát hiện từ lúc 32 tuần. Hiện tại thai 34 tuần. NST hôm nay (*hình trái*) được tiếp bằng một velocimetry Doppler trở kháng DMR cao (*hình phải*). Hãy đánh giá tình trạng thai và quyết định của bạn. Chọn 2 câu đúng.

IUGR 34w, NST bất thường (phẳng lì), mất tâm trương DMR



TÌNH HUỐNG 3: NHỊP GIẢM KÉO DÀI

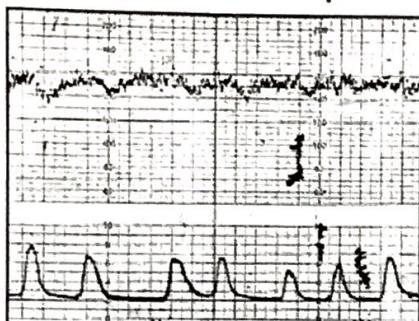
Bà C. được chỉ định chấm dứt thai kỳ vì thai hiện đã ở tuần thứ 42. Tăng trưởng thai và BPP biến đổi bình thường. CST (*hình*) được làm trước chấm dứt thai kỳ. Mũi tên chỉ thời điểm bắt đầu truyền oxytocin.

Hãy nhận định về tình huống này. Chọn 3 câu đúng.

- A.** Tôi không tán thành việc thực hiện CST trước chấm dứt thai kỳ
- B. Tôi tán thành việc thực hiện CST trước khi chấm dứt thai kỳ
- C.** Kết quả CST là dương tính
- D. Không đủ điều kiện đánh giá CST
- E. Cần phải thực hiện mổ sanh ngay
- F. Cần tạm hoãn khởi phát chuyển dạ



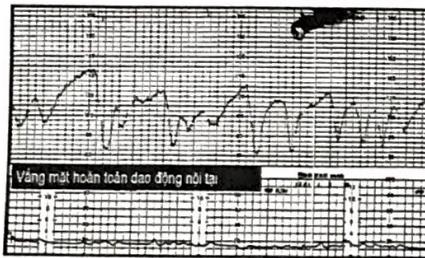
TÌNH HUỐNG 4: THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG (IUGR)



Bà D. đang mang thai 36 tuần. Phát hiện có tăng huyết áp từ 34 tuần, hiện chưa ổn định. NST không điển hình, AFI 4 cm. Velocimetry có tăng trở kháng của động mạch tử cung và động mạch rốn, trở kháng động mạch não giữa bình thường. Sinh trắc xác nhận IUGR chỉ xuất hiện gần đây. Bà D. được làm CST (hình). Hãy nhận định về tình huống này. Chọn 2 câu đúng.

- A. Kết quả contraction stress test là âm tính
- B. Không đủ điều kiện để đánh giá contraction stress test
- C. Kết quả contraction stress test là dương tính *(nhịp I nhanh)*
- D. Hiện chưa có chỉ định can thiệp. Cần theo dõi thêm với các test
- E. Đã có chỉ định chấm dứt thai kỳ. Phát khởi chuyển dạ bằng oxytocin
- F. Đã có chỉ định chấm dứt thai kỳ. Mổ sanh là phương pháp thích hợp

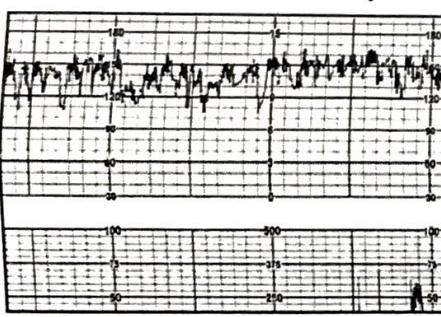
TÌNH HUỐNG 5: FETAL MOVEMENT COUNT VÀ MODIFIED BPP BẤT THƯỜNG



Bà E. đang mang thai 36 tuần với IUGR được phát hiện từ lúc 32 tuần. Đến khám vì đêm qua thấy thai giảm cử động. SDP 1cm. NST (hình). Hãy đánh giá tình trạng thai và quyết định của bạn. Chọn 1 câu đúng.

- A. Tôi sẽ lập lại sớm Biophysical Profile biến đổi - IUGR 36 tuần -> k còn chỉ định Cort
- B. Tôi cần làm thêm Biophysical Profile nguyên bản - SDP 1cm thiểu ối
- C. Tôi cần làm thêm Velocimetry Doppler - EFM nhóm III mất dao động nội tại + nhịp giảm bất định lặp lại -> Toan máu,
- D. Tôi cần làm thêm Contraction Stress Test suy thai rồi -> Mổ lấy thai
- E. Tôi đã có đủ mọi dữ kiện để khẳng định tình trạng xấu
- F. Tôi có thể ra được quyết định dù các dữ kiện chưa thật đầy đủ

TÌNH HUỐNG 6: TĂNG CỬ ĐỘNG THAI



Bà E. đang mang thai 37 tuần. Rối loạn dung nạp đường được phát hiện từ tuổi thai 28 tuần. Đến khám vì từ sáng nay bà thấy thai cử động liên tục không ngừng nghỉ. AFI, sinh trắc > 95th percentile, NST không thấy con co, với variability tăng, kèm theo thai cử động liên tục.

Hãy nhận định tình huống và ra quyết định. Chọn 2 câu đúng.

- A. Tình trạng thai bình thường
- B. Tình trạng thai không bình thường, nhưng vẫn đề chưa xác định
- C. Tình trạng thai đang bị đe dọa
- D. Không can thiệp gì
- E. Đánh giá tình trạng mẹ, lập lại non-stress test
- F. Làm các test giúp quyết định chấm dứt thai kỳ

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date ____ / ____ / ____

- 22/3/17 -

Application: LUÔNG GIÁ SK THAI

Tình huống 2:

NST: variability = 0 ↔

ko có nhịp ↑.

Velocimetry: reverted Diastolic wave → ACOG 3.
absence of

Thop này là dấu mót động tâm tröng.

NST: mót đt nở tai + o, có nhịp ↓ + doppler: mót đt ITT.
→ ACOG 2.

→ chờ đợi tiếp

background: IGUR: phải có ng/nhóm: có thể lùi 1 IUGR
- sớm: di truyền
- muộn: do nhâm tröng
đã làm đủ cái XN

Hôn tai, tinh trùng đã nâng hơn: ACOG 2.

- nếu là 1 bt → chờ đợi tiếp

- trên 1 IGUR → action

Chờ để làm gì? Chờ có khả quan hơn ko?

28-34w: với 1 tuần hakk nay sinh sống ↑ 10%

sau 34w: % sống ko con + nhiều. Nếu ta IUGR thì
% chết sẽ ↑ lên,

muốn làm BPP tốt nhất: pbsi sâ phải ngồi ít ≥ 30p
vs em bé.

Tình huống 5:

background: IUGR thai 36w.

↓ ủi động thai.

Dữ liệu: thiếu ối do ↓ tiêc máu thận, tái p bô tuân
EFM loại 3 - acidosis ^{hoàn}.

Trên ngàu: cùn thêm Doppler, BPP

Tuy nhiên, tại sao cùn thêm? Thêm XN thi đứt gi khi thai 36w?

Nếu kéo dài thêm thêm XN + thi có thể khêu em bé
tử vong!

Cứu F!!

SDP: dấu hiệu cao.

Tình huống 6.

thai 37w, RL dung nạp đường, ↑ FMC (ủi động thai)

EFM: - von eo nth? dấu tích von eo (....)

- base lined: ↑: > 160

↓: < 110

- variability: + short term: ↑

+ long term (chỉnh sin)

Thop này:

NST: - tin thai nhịp nhảy do ↑ epinephrin của con or mẹ

→ saltatory: do stress (liên quan tới tình trạng th
uốc con or mẹ)

BN này: DTD thai kī

→ phải tìm ng/nhân N^o đg huyết.

Memo no. _____

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Date _____ / _____ / _____

- Pay attention on low PPV/NST
- NST thu đổi tim thai qua monitor
→ phân loại the ACOG: 1, 2, 3 (~~FFM~~)
CTG (khi chuyển dạ)
FFM



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

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

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

- c. Phân tích diễn biến qua các lần khám ngoại trú của số đo đường huyết đói, đường huyết sau ăn và HbA1C
- d. Không có biện pháp đơn giản và tin cậy. Buộc phải kết hợp cả 3 dữ kiện trên để đánh giá hiệu quả của MNT
8. Khi thực hiện điều trị đái tháo đường thai kỳ bằng điều trị tiệt chế nội khoa (MNT), bạn phải lưu ý đảm bảo điều gì?
Chọn một câu đúng
- a. Đái tháo đường mắc trước khi có thai yêu cầu MNT nghiêm ngặt hơn là đái tháo đường mới có trong thai kỳ
- b. Trong trường hợp phải dùng thuốc tăng nhạy insulin hay dùng insulin, yêu cầu MNT sẽ ít nghiêm ngặt hơn
- c. Nội dung của MNT bao gồm cả kiểm soát tất cả các đại chất, không chỉ đơn thuần là kiểm soát carbohydrate
- d. MNT nghiêm ngặt là nội dung nền tảng cho mọi điều trị, dù là điều trị không thuốc hay có dùng thuốc bất kỳ
9. Vì sao sơ sinh sinh ra từ một bà mẹ bị đái tháo đường thai kỳ lại có nguy cơ cao bị hạ đường huyết trong những ngày đầu tiên? **Chọn một câu đúng**
- a. Vì các trẻ này to, có nhu cầu cao về carbohydrate, nên nguồn carbohydrate trong sữa mẹ không đủ
- b. Vì tình trạng quá tiết insulin do phì đại đảo tụy ở trẻ do đáp ứng với glucose nồng độ cao trong thai kỳ
- c. Vì đáp ứng epinephrin-glucagon của trẻ với hạ đường huyết sau cắt rốn không đủ để duy trì glycemia
- d. Ba yếu tố trên cùng là các nguyên nhân gây tình trạng dễ bị hạ đường huyết ở trẻ có mẹ đái tháo đường thai kỳ
10. Đái tháo đường thai kỳ ở mẹ ảnh hưởng xấu như thế nào trên thai nhi của bà mẹ bị đái tháo đường thai kỳ, sơ sinh và đứa trẻ sinh ra từ bà mẹ bị đái tháo đường thai kỳ? **Chọn một câu đúng**
- a. Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng xấu lên thai nhi, không ảnh hưởng đến sinh lý sơ sinh và phát triển đứa trẻ
- b. Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng xấu lên thai nhi và sinh lý sơ sinh, không tác động đến phát triển đứa trẻ
- c. Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng xấu lên cả thai nhi, sinh lý sơ sinh và phát triển đứa trẻ
- d. Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng xấu lên thai nhi. Còn sơ sinh và đứa trẻ chỉ bị ảnh hưởng nếu có bú mẹ

- 27/3/2017 -

Test: RL CHUYỂN HÓA CACBOHYDRAT TRONG THAI KÌ

Tại sao glucose có thể từ mẹ → con mà insulin ko
thể từ mẹ → con? Glucose có thể máu con qua mẹ dc ko?

- em bé cũng có thể kiểm soát đường huyết của nó.
- (Glu từ mẹ → con: chả yếu (trong tk thông thường))
con → mẹ: kiểm

• Thông thường: $\text{Glu}_{\text{mẹ}} > \text{Glu}_{\text{con}}$ 1 chút xíu, thglà
xấp xỉ nì mẹ & con đều có có chê tiêu hóa

• Glu từ mẹ → con: 60% đến tối con
40% bị gửi trại nhau.

• Glu tối con được nhò cái chất bắt giữ

• Em bé ko tạo được glu → Glu của bào thai dù từ mẹ
→ biến động glu bào thai phụ ∈ sự ứng cấp glu của mẹ

• Trong THấp glu mẹ thấp, glu vẫn tối dc em bé

Tuy nhiên, glu mẹ quá thấp thì ko có glu sang con
số nhất định này!!

• Insulin ko qua nhau

• Mẹ kiểm soát Glu = ins riêng

Em bé

• Glu vẫn chuyển qua nhau với em bé ko phải -
vì lú thân thấu mà p bằng Glu port (GLUT)

Trong giai đoạn đầu thai kỳ (0-22 tuần), nếu thai phụ có RL tiêu hối đường huyết thấp RL đó do yếu tố nào gây ra (vì sao sau mới có RL)?

⇒ câu này thực chất là: Thủ nào là DTD thai kỳ

- thai DTD thai kỳ: thai kỳ lùi 1 tuần gây DTD
- banh nhau càng ↑ bao nhiêu, case cái yếu tố ↑ đtgc như hPL, glucagon càng ↑, insulin ↑ tiết để bù đắp đường huyết. Khi xảy ra bất duy nạp đtgc thai kỳ do mất cân xứng N^o ko thỏa đáng mà tb β tuy oā sii ↑ tiết cái chất li giải glicogen → nhóm ①: dưới 1bt o¹⁰ YNG → phải đưa vào bệnh viện: tầm soát 24-28w.
- nhóm ②: đã bị DTD trước thai kỳ

→ θ nhữ DTD nhiều phải CB θ đtgc trong thai kỳ trung trung DTD vó thứ năy hón.

- nhóm ③: L có nguy cõ DTD (buồng ruột da nauj, rkt béo phì...) → test tam soát duy nạp đtgc + HNT.
- nhóm ④:

• DTD thai kỳ là 1 dạng DTD type 2 tb, xảy ra tình trạng đe khuyj ins, đe xảy ra khi thai kỳ

⇒ ngiệm glú: cùi đanh đường huyết đe tránh BC.

Đối với BN đang điều trị ĐTD bằng thuốc khai vs metformin thì khi bị ĐTD thai kí thay đổi đtn?

- phải hiểu ĐTD tr thai kí và đ nó trước 10 tuần
vô kinh là vật quan trọng ii sau 10w vô kinh mà
thuốc vẫn thi mát nguyên bản (dị tật)
- ĐTD tr thai kí đang đ thi kí thai kí vẫn đ tiếp.
- Nếu BN đang đ:
 - ins: tiếp tục
 - metformin / glyburid: thuốc nghiên cứu là an toàn
→ tiếp tục xài + theo dõi.
 - thuốc #: phải xem rì sao BN đ dc xài metformin,
glyburid (chóng chỉ định, ko duy nạp...) → chuyển
sang insulin. Còn nếu BN ko có ccđ, ko duy nạp thi
lựa chọn kinh tế giữa insulin, metformin, glyburid

Một l trước giờ ko có chuyển giao hết, nếu OGTT(-)
thì sau đó mún làm gì?

- OGTT: test tam soát bắt duy nạp đường đã xảy ra
trên thai phu, ko có ý nghĩa để báo thai phu sẽ bị ĐTD.
- (-) giả: tính tới thời điểm XN: BN bị ĐTD mà XN ko
phát hiện ra do BN ko chịu uống đường, nôn ...
- OGTT(-) thật: xem xét lại LS: (tâm can: sinh con trc
> 4Kg, cha bị ĐTD...) → nghi ngờ (-) giả đl (ý TNC).

Memo no. _____

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Date ____ / ____ / ____

Tại sao ko nên làm OGTT sau tuần 28?

vì sau 28w, banh nhau ↑, ↑ dễ khai ins.

Tuy nhiên nếu làm test 75g đtj, sau khi uống đtj, Glu mẹ ↑ cao → Glu con ↑ cao làm ↑ tiết ins quá mức dù mẹ đã hạ đtj sau đó → con bị đột tử do hạ đtj

Test đường nào gây (f) giả nhiều nhất:

vì người thâm cung như vậy nên nếu chọn đường quá (100g) thì sẽ dễ gây (f) giả.



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ

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

1. Trong nguồn gốc bệnh sinh sâu xa của tiền sản giật, yếu tố nào đóng vai trò quan trọng nhất? **Chọn một câu đúng**
 b. Progesterone
 c. Human Chorionic Gonadotropin
 d. Human Placental Hormone
2. Tiền trình giả tạo mạch của nguyên bào nuôi tại động mạch xoắn dẫn đến hiện tượng nào? **Chọn một câu đúng**
 a. Tăng dòng chảy qua giường nhau
 b. Tăng trở kháng động mạch tử cung
 c. Tăng trở kháng động mạch rốn
 d. Tăng trở kháng động mạch não giữa
3. Trên bệnh nhân đã xác định có tiền sản giật, sự hiện diện của dấu hiệu nào trong các dấu hiệu sau cho phép thiết lập chẩn đoán tiền sản giật với biểu hiện nặng? **Chọn một câu đúng**
 a. Tăng trở kháng dòng chảy qua động mạch tử cung với khuyết đầu tâm trương
 b. Thiếu ối nặng kèm theo biểu đồ tăng trưởng thai nằm dưới đường bách phân vị thứ ba
 c. Hiện diện trong nước tiểu của hemoglobin và các thành phần hữu hình khác của máu
 d. Cô đặc máu với tăng hematocrite và biểu hiện khác của thoát quản huyết tương như phù
4. Trong bối cảnh của một chẩn đoán tiền sản giật có dấu hiệu nặng đã được thiết lập, với các tình huống sau, ở tình huống nào có thể ra được quyết định kéo dài thêm thai kỳ? **Chọn một câu đúng**
 a. Khi đã có chẩn đoán tiền sản giật với biểu hiện nặng thì phải chấm dứt thai kỳ ngay khi có thể được
 b. Khi đã đưa được trị số huyết áp về mức độ mong muốn và giữ được huyết áp ổn định ở mức này
 c. Khi các dấu hiệu thần kinh hay các dấu hiệu khác của tiền sản giật biểu hiện nặng đã mất đi
 d. Khi kết quả khảo sát sức khỏe thai vẫn còn cho phép kéo dài thêm cuộc sống trong tử cung của thai
5. Điều trị nào là nền tảng của tiền sản giật với biểu hiện nặng? **Chọn một câu đúng**
 b. Chấm dứt thai kỳ
 c. Magnesium sulfate
 d. Cả ba điều trị trên có vai trò tương đương nhau
6. Trong bối cảnh của một chẩn đoán tiền sản giật có dấu hiệu nặng đã được thiết lập, phải chấm dứt thai kỳ ở thời điểm nào? **Chọn một câu đúng**
 a. Chấm dứt thai kỳ ngay, không điều kiện
 b. Chấm dứt thai kỳ khi thai đủ khả năng sống
 c. Chấm dứt thai kỳ ngay sau khi đủ liều corticoids
 d. Chấm dứt thai kỳ khi đã cố gắng ổn định nội khoa
7. Khi thực hiện điều trị chống tăng huyết áp bằng hydralazine, vì sao nên dùng kèm thêm một chẹn α và β khác là labetalol? **Chọn một câu đúng**
 b. Mất cân đối giữa thể tích lòng mạch và tổng khối lượng tuần hoàn
 c. Tác dụng quá nhanh nhưng lại không bền vững của hydralazine
 d. Cả ba đặc điểm trên khiến việc phải dùng thêm một thuốc chống tăng huyết áp khác là bắt buộc

Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ

Readiness Assurance Test

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

Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa	Su
----	----	----	----	----	----	----

- 3/4/2017 -

Best: RL TĂNG HUYẾT ÁP THAI KÌ

- ① Nồng độ progesteron ảnh hưởng như thế nào đến sự tăng m้า bánh nhau & TSG?
- hCG duy trì tiết progesteron trong thai kì và progesterone
hỗ trợ lén hình thành nhau thai. Vậy tại sao hCG
không là nguyên nhân sâu xa gây TSG?
- Tiến trình làm tổ của phôi là quá trình dung nạp
cái mảnh KN ban đầu ghép.
 - phôi mùi làm tổ thì Progesterone phải khuếch
cho ra thế Thelp 2 > Thelp 1 rồi mới duy nạp dc phôi.
 - Quá trình nấm & hoạt hóa th ног mờ là 18 giờ
chính mà quá trình TSG → progesteron làm rẽ chẽ
quá trình này, thúc đẩy quá trình già tạo mảnh.
 - sinh bệnh học của TSG
 - + MĐ : progesteron dù phong suy thai
 - + gen
 - + KL nguyên
 - + PB nấm → progesteron (-) nấm giúp nguyên bào
nối xâm nhập ⇒ dù phong suy thai
 - PIBF (progesteron induced blocking factor)
 (→ làm ↑ progesterone).

Tại sao cái bào thai có tần lượng xâm (lách bối...) phản ứng MĐ, nấm... lại xảy ra mạnh hơn?

② Dấu hiệu tiền dương nồng ở BN TSG?

- STC: trc thận: thoát quản huyết tự → ↓ tuổi máu thận → nồng tái thận: chủ yếu là do bong toạc tb mồi mõi gây nên, phì nè → ↓ lọc → ↓ máu thận
→ hoại tử thận cấp
- STC/TSG mà nồng (vô mòn) → sd furosemide (lời triu quai)
xử lý sao?"
- tồn thg thận cấp là TP sau tồn thg tb mồi mae
→ 1. phải xử lý tình trạng w mauli ngoại vi → hydralazin:
đau mauli toàn thân.
2. sd lời triu furosemide để ↑ thải cát chất độc
3. Truyền dịch để xử lý STC trc thận + ↑ lọc.
⇒ Tuy nhiên, chán dứt thai kỉ mới là Ø cb để chán
dứt TSG (lấy bánh nhau ra). Nếu sau khi chán dứt thai
kỉ mà STC vẫn còn thì phải lọc thận.

② Giải sau sự hiện diện của Hb trong nước tiểu lại là
dấu hiệu nồng mà TSG.

- TSG là bệnh lý toàn thân gây tan huyết → Hb tự do
kết hợp thành tinh trùng suy thận làm Hb thoát ra
ngoài = đtj tiểu → tiểu xá xi.
- Tan huyết do:
 - + tồn thg thận mauli → w mauli → HIA
 - + kết dính Tccii, thiacit YTDN.
 - DIC ↓ gây thiếu HC.
(Hct ↑ và là dấu hiệu nồng)

thiếu máu ralo → nhồi máu
gan
thận
TC ; nhau: thai SDD.

③ Tại sao kết hợp hydralazin với thuốc chẹn α , β .

TSG là do thuốc giảm huyết áp gây & có thể phản hồi bình xô hình gây làm tăng thêm các phản

- hydralazin gây dấu mẩn ^{MH nhỏ ngoại vi}, làm ↑ nh翼tin thái. BN TSG thì thể tích TH hiệu quả đã ↓ hơn bt nén nút sd đặc biệt hydralazin thì gây làm tăng thêm các phản ứng.

- kết hợp chẹn α , β - để làm ↑ thời gian đỡ đột quỵ thất, ↓ nh翼tin.

- ở VN ko có hydralazin & chẹn α , β , chỉ có nifedipine.

Phân biệt hydralazin & nicardipine.

- hydralazin: dấu MH nho, ít gây hạ áp

- nicardipine: chẹn (-) Ca^{2+} , dấu MH nho & tb,

- dễ gây hạ áp hoại → suy thận (mất bê bối cung cấp)

- mực tiêu ko phản lờ hạ áp mà giữ HA để m.s và an toàn

- nifedipine: ko dc FDA nhy hò.

- nho - lùi: tia nát nhanh → tim thoi ↓

- nicardipine boi mực tiêu: mực chung ban áp nhy dc

- nifedipine: ♂ dọa sinh non.

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date ____ / ____ / ____

④ BN TSG có quyết định chấm dứt thai kỳ sớm (bé chưa trưởng thành hoàn toàn) + DTD lâu quá trình hình thành sụn xương chậm hơn bт (nguy cơ suy h²) mà đang đк vs insulin. Vậy đк corticoid bị ảnh hưởng như? - corticoid làm ↑ DTD.

|| giúp tg+ thcl phổi, ↓ tử vong, ↓ nhập ICU
ko nhất thiết phải sd 2 lúu or kéo dài 48h.

- DTD bé chưa tg+ thành phổi + TSG phổi chấm dứt thai kỳ → tuy thuộc tuổi thai + thuỷ đổi lg đường sau đó + nở chậm sá + 23-24w: ko sd corticoid.
- + 32-33w: sd corticoid.

— sd corticoid = thuỷ đổi tg+ baum nở 1-2h.

⑤ ✓ Thai 23-32w, sd MgSO₄ nhằm mục gì (bê não thai or ngứa TSG)? Có thể kéo dài thai kỳ bao lâu?

- TSG này: nguyên rủi ro chấm dứt thai kỳ, bê icé' tuổi thai bao nhiêu.
- Điều trị phái cá thể hóa.
- TSG này mà đk tam bì (ko có \$ HELPP, nhau bong non, rỗ).
- Trong THOP này, MgSO₄ có cả 2 công dụng
- sd đk liều từ 24h trước sinh đến 24h sau sinh.



Bài ứng dụng *Quản lý tăng huyết áp trong thai kỳ*

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

TÌNH HUỐNG 1: NGOẠI TRÚ HAY NỘI TRÚ

Bà A. 30 tuổi, PARA 0000, tuổi thai ngày hôm nay là 37 tuần ^{0/7}. Hôm nay, bà đi khám thai định kỳ. Tại phòng khám thai, người ta đo huyết áp cho bà A., ghi nhận huyết áp 150/95 mmHg. Ngoài ra bà A. không có bất cứ triệu chứng cơ năng nào khác. Do có tăng huyết áp, người ta đã cho bà A. uống 250 mg alpha methyldopa, rồi cho bà A. lưu tại cấp cứu. Khám tại trại sản bệnh ghi nhận M = 80 lần/phút, huyết áp 145/90 mmHg, thở 16 lần/phút, nhiệt độ 37°C, phù nhẹ chỉ dưới. Bụng mềm, BCTC 36 cm³, không có cơn co tử cung, ngồi đầu cao, TT 140 lần/phút. CTC đóng, các màng ối chưa vỡ. Xét nghiệm chức năng gan thận đều bình thường. Huyết đồ đêm tiêu cầu = 130.000 / μL. Đạm niệu = 0.5 g/L. Siêu âm ghi nhận sinh trắc thai ở 50th percentile, AFI = 8.

Non-stress Test bình thường.

Bạn sẽ làm gì cho bà A. hôm nay? **Chọn 3 hành động thích hợp**

- A. Cho xuất viện, hẹn tái khám ngoại trú
- B.** Cho nhận viện và tiến hành điều trị
- C. Duy trì hoặc đổi loại thuốc chống tăng huyết áp
- D. Bắt đầu dùng magnesium sulfate
- E.** Lên kế hoạch chấm dứt thai kỳ sớm
- F.** Tư vấn về tình trạng bệnh lý

TÌNH HUỐNG 2: TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN

Bạn đang ở trung tâm y tế huyện. Bà B., PARA 1001, đang mang thai 34 tuần ^{0/7}, đến khám vì đau hạ sườn phải, nôn. Từ đêm qua đến nay đi tiểu ít, nước tiểu có màu đỏ nâu. -/+ tai huyệt +/- tăng men gan. Khám ghi nhận M = 92 lần/phút, huyết áp 140/90 mmHg, phù chi và mặt. 37°C, thở 16 lần/phút, phản xạ gân xương (+). Bụng mềm, BCTC 26 cm³, không có cơn co tử cung, ngồi đầu cao, TT 140 lần/phút. Khám âm đạo CTC đóng, dài, chúc sau. Các màng ối chưa vỡ.

Huyết đồ: Hematocrite 42%, tiêu cầu 80000 / μL. Dip-stick 10 thông số ghi nhận có protein niệu 3+, kèm huyết niệu.

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

- A. Theo dõi ngoại trú
- B.** Lưu bệnh tại trung tâm y tế huyện
- C.** Chuyển bệnh viện tuyến trên
- D.** Corticosteroid liều thấp
- E. Siêu âm sinh trắc kết hợp với thực hiện modified BPP
- F.** Magnesium sulfate

THA

Không có dấu hiệu sanh hay cấp cứu sản khoa
Đạm niệu 0.5 -> Nghỉ nhiều có TSG (phải làm 24h mới chắc cú)
Con ok
-> Tiền sản giật không dấu hiệu nặng -> mục tiêu là theo dõi cho đủ 37 tuần
-> 37 tuần là thai đã đủ tháng -> chấm dứt thai kỳ vì nguy cơ mèo
-> Nhập viện, chấm dứt, thai kỳ, tư vấn
-> TSG k dấu hiệu nặng -> k MgSO4, k chống tăng HA

TSG có dấu hiệu nặng

Tiểu đồ nâu, tiểu cầu giảm -> Sơ có HELLP

34 tuần k Cort nữa

Mg do có dấu hiệu nặng

Thực hiện ngay thi chueyenr viện và MgSO4 vì ưu tiên mẹ trước, tim thai 140 l/p là tạm yên tâm về tình trạng con, mBPP làm sau



TÌNH HUỐNG 3: LÀM GÌ KHI TUỔI THAI Ở 35 TUẦN VÔ KINH?

Bà C. 34 tuổi, PARA 1001, đang mang thai ở tuần thứ 35, tuổi thai chính xác, đến khám vì nhức đầu mới xuất hiện vài ngày nay. Bà cũng cho biết bị phù nhẹ ở chân từ khoảng 2 tuần nay. Thai kỳ lần trước không ghi nhận bất thường, kết thúc bằng sinh thường, con 3.2 kg. Tiền sử nội, ngoại khoa không ghi nhận gì lạ.

Khám lâm sàng M 92 lan/phút , huyết áp 170/100 mmHg , 37°C, thở 16 lan/phút , phản xạ gân xương (+++).

Bụng mềm, BCTC 30 cm², không có con co tử cung, ngôi đầu cao, TT 140 lan/phút . Khám âm đạo CTC đóng, dài, chúc sau. Các màng ối chưa vỡ.

Dip-stick dương tính 3+ với đạm, âm tính với glucose. Chưa thực hiện đạm niệu 24 giờ.

Siêu âm sinh trắc ở 25th percentile. AFI = 8. Non-stress test bình thường. Sinh hóa máu cho thấy acid uric tăng nhẹ, trong khi đó men gan, BUN, creatinin và huyết đồ còn ở trong giới hạn bình thường, ngoại trừ hematocrite = 41%.

Bạn sẽ ưu tiên thực hiện 3 hành động nào cho bà C.? *Chọn 3 hành động ưu tiên nhất*

- A. Velocimetry Doppler
- B. Contraction Stress Test
- C. Magnesium sulfate
- D. Châm dứt thai kỳ ngay khi đủ điều kiện
- E. Chất ức chế kênh Ca⁺⁺
- F. Corticosteroids liệu pháp

Hãy xếp tất cả các can thiệp trên theo thứ tự ưu tiên. Lý giải các hành động mà bạn không xem là ưu tiên.

TÌNH HUỐNG 4: HÔN MÊ

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

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

Mạch 100 lan/phút , huyết áp 150/100 mmHg , phù chân, tay và mặt. Thông tiểu thấy có 100 mL nước tiểu màu nâu sậm.

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

- A. Thuốc chống tăng huyết áp
- B. Magnesium sulfate
- C. Corticosteroid liệu pháp
- D. Thực hiện EFM
- E. Tìm nguyên nhân của hôn mê → số 3.
- F. Châm dứt thai kỳ

Belly cao 28 cm → nghĩ thai 28W
Tim thai röt 100 l/p → Suy thai
HA cao, tiểu nâu sậm → TSG có dấu hiệu nặng
→ Chống tăng HA phải 160/110 mới cho
Không có thời gian cho Cort thì tim thai röt

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

TÌNH HUỐNG 5: THAI KỲ NGUY CƠ CAO CÓ TIỀN SẢN GIẬT

Bà E., 28 tuổi, PARA 0101, đến khám thai. Hiện tại tuổi thai là 16 tuần $^{0/7}$ vô kinh.

Ở lần mang thai trước, bà E. bị tiền sản giật xuất hiện ở thời điểm tuổi thai là 32 tuần, và buộc phải tiến hành mổ sanh ở thời điểm 34 tuần $^{0/7}$ vì tiền sản giật có dấu hiệu nặng.

Khám ghi nhận M 84 lan/phút , huyết áp 130/80 mmHg , tim thai 160 nhịp/phút , thở 16 nhịp/phút .

Tử cung trên vệ 14 cm, không đau bụng. Cổ tử cung đóng.

Combined test thực hiện vào một tháng trước đó cho thấy nguy cơ tính toán với lệch bội là thấp. Tuy nhiên, ghi nhận một nồng độ thấp của free β-hCG, < 0.2 MoM.

Nếu chỉ chọn một, bạn sẽ làm gì thêm cho bà E.? *Chọn một hành động*

- A. Thực hiện thêm triple test. Dùng kết quả Triple để thêm thông tin đánh giá nguy cơ của tiền sản giật
- B. Thực hiện velocimetry Doppler khảo sát phổi động mạch tử cung để đánh giá nguy cơ của tiền sản giật
- C. Thực hiện khảo sát SFIT-1 để đánh giá nguy cơ của tiền sản giật
- D. Cho bà E. uống aspirin hàng ngày → số 1/tuần < 200mg
- E. Cho bà E. bổ sung calcium hàng ngày
- F. Cho bà E. dùng alpha methyldopa

- 5/3/2017 -

Application: QUẢN LÝ THA THAI KÌ

Tình huống 1:

(Cứu B, E, F:

vì BN có THA + đau nôn (+) → nghi ngờ TSG.

→ cho NV làm thêm đau nôn 24h.

→ nếu đau nôn (-) → Δ: THA thai kì.

vẫn chấm dứt thai kì sớm
(vì thai đã đủ 37w).

Nên THĐP này, ko cần làm thêm đau nôn 24h vì
là dù THA thai kì or TSG thì dù phải chấm dứt thai
kì vì thai đã đủ 37w.

Chấm dứt lưu 37w vì cần nhau thai - hai:

- kéo dài thêm thi công α tốt hơn cho em bé.

- nếu kéo dài có thể có nhiều nguy cơ:

+ sán giật

+ DIC

+ thai lưu

+ phổi phổi

+ nhau bong non

+ _____

- nếu CDTK lưu 37w thì CTC có thể chưa chín mồi

→ nguy cơ sanh mổ. (BISOP α thuận lợi)

→ giải quyết = nong = bong jolley để tránh thắt +

nhau duy trì = oxytocin

- nếu sanh mổ/thai → nguy cơ hấp thu dịch phổi
châm, suy hô hấp.

. Ko xài thuốc chống THA vì THA chưa $\geq 160/110$

- Ko xài MgSO₄ nì TSG nhẹ.
- Nếu HA BN daotong ở ổn định mà vẫn chua > 160 mmHg (chưa có chỉ định xài chen (a)), vậy phải làm gì??
- HA có thể đt : saý > chieu, ↑ khi stress ...
- xài hia áp có thể gây tử HA → suy thai
⇒ o xciu thuốc THA.
- . đậm nâu = dipstick, (+) giải khui :
- ăn nhiều đậm
- ↑ vận động
- =) ko chính xác = đậm nâu 24h.

Tình huống 2 : Cứu C, D, F

- Xài MgSO₄ để ngừa co giật nì có \$ HELPP.
- Cần nhai tiều khan xài MgSO₄
 - ní tiêu ít → đặt sonde tiêu để theo dõi
 - dù phong ca gluconate để giải độc MgSO₄.
 - dinh bộ nồi khi quan theo.
- IUGR : kéo dài thời gian xài corticoid tối 36 wks.
- bình thường : xài corticoid ≤ 34 wks
- Vấn nạn xài corticoid trong THB này nì :
 - có chỉ định xài :
 - xài thi uẩn o làm ↑ HA nì dấu tinh gửi muối nà :
 - betamethasol, dexamethasone, hydrocortison
 - Nếu có sauh thi là sauh nòi lây thai liên vĩ ctc đón, thai SDD, \$ HELPP.
 - Nếu chỉ chon 1 trong 2 thi MgSO₄ > corticoid

Memo no. _____

Date _____ / _____ / _____

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Tình huống 4

Câu B, F

- sd MgSO₄ n̄ nghi ngờ có sún giật & lây thai ra nguy i-
- tìn thai ↓ (CTG nhóm 3): nguy c̄ thai bất / bai n̄o.
- BN hôn mê + THA + tiểu xá v̄i - TSG.
điều tra xá v̄i MgSO₄
- tuy nhiên vẫn đt tìn nguyên nhân hôn mê song².
(ko phải rủi ro chưa biết tìn đt ng/nhân khinào)
- tìn thai trên SÀ Doppler ko phải là i thời điểm mà
là i khoảng.
- o xá v̄i corticoid n̄ BCTC 28cm đt dù m̄y
(ko đủ tlgiun hổ trợ phổi)



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
Các vấn đề thường gặp trong nửa sau thai kỳ

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

1. Dấu hiệu nào trong các dấu hiệu sau xác nhận có hiện tượng thiếu oxy trường diến ở thai? **Chọn một câu đúng**
 - a. Non-stress Test không đáp ứng kèm theo Contraction Stress Test dương tính
 - b. Trở kháng động mạch rốn cao hơn trở kháng động mạch não giữa
 - c. Dòng chảy ngược trong tâm trương của động mạch rốn phản ánh kháng trở của giòng nhau
 - d. Mất dòng chảy trong tâm trương của động mạch rốn
2. Chẩn đoán phân biệt thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung (FGR hay IUGR) với thai nhỏ so với tuổi thai (SGA) được căn cứ trên tiêu chuẩn nào? **Chọn một câu đúng**
 - a. Chẩn đoán FGR và SGA đều cùng dựa trên kiểu cách diễn biến của các thông số sinh trắc khác nhau
 - b. Chẩn đoán FGR dùng 3rd percentile, trong khi SGA dùng 10th percentile của biểu đồ tăng trưởng
 - c. Chẩn đoán FGR căn cứ vào biểu đồ của AC còn chẩn đoán SGA căn cứ vào biểu đồ của EFW
 - d. Chẩn đoán FGR dựa vào bất thường dòng chảy trên Doppler, SGA không có bất thường dòng chảy
3. Vì sao phải cố gắng phân biệt FGR và SGA? **Chọn một câu đúng**
 - a. Do các thai nhi FGR và SGA được theo dõi bằng những công cụ khác nhau
 - b. Do các thai kỳ có FGR và SGA được kết thúc bằng những kế hoạch khác nhau
 - c. Do kết cục thai kỳ, gồm bệnh suất và tử suất mẹ và con của chúng là khác nhau
 - d. Cả ba đều là các yếu tố làm cho việc phân biệt FGR và SGA là bắt buộc
4. Trên velocimetry, dấu hiệu nào là dấu hiệu có ý nghĩa tiên lượng xấu nhất cho thai? **Chọn một câu đúng**
 - a. Đảo ngược sóng tâm trương của động mạch rốn
 - b. Đảo ngược tần số của chỉ số trở kháng não-nhau (<1.0)
 - c. Đảo ngược sóng a của Doppler ống tĩnh mạch
 - d. Khuyết đầu tâm trương trên phổi động mạch tử cung
5. Hãy cho biết vì sao kết cục của thai kỳ với giới hạn tăng trưởng khởi đầu sớm (FGR sớm) thường xấu hơn kết cục của thai kỳ với giới hạn tăng trưởng khởi đầu muộn (FGR muộn)? **Chọn một câu đúng**
 - a. FGR sớm liên quan đến bất thường cấu trúc nhau, FGR muộn liên quan đến suy giảm chức năng nhau
 - b. FGR sớm liên quan đến bất thường cấu trúc thai và lệch bội, FGR muộn liên quan đến dinh dưỡng thai
 - c. FGR sớm dẫn đến việc phải quyết định chấm dứt thai kỳ rất sớm nên có nhiều sơ sinh cực non hơn
 - d. Cả ba nhận định trên cùng là các yếu tố dẫn đến kết cục của FGR sớm xấu hơn của FGR muộn
6. Cần lưu ý điều gì khi chỉ định corticoid liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp ở sơ sinh? **Chọn một câu đúng**
 - a. Chỉ thực hiện corticoid liệu pháp khi ước tính rằng thai nhi sẽ phải sanh trong vòng 7 ngày
 - b. Khi đã thực hiện corticoid liệu pháp thì không còn chỉ định bom surfactant cho sơ sinh chỉ giảm dc 1 ca trong 8 ca dùng
 - c. Có đủ chứng cứ để kết luận Dexamethasone và Betamethasone là 2 lựa chọn hoàn toàn tương đương
 - d. Việc thực hiện nhiều đợt corticoid liệu pháp lặp lại gây nguy hiểm cho mẹ, nhưng an toàn cho con
7. Biện pháp nào sau đây là hiệu quả nhất cho mục tiêu dự phòng sinh non? **Chọn một câu đúng**
 - a. Vòng nâng cổ tử cung (pessary)
 - b. Progesterone kéo dài (dạng đặt âm đạo)
 - c. Khâu vòng eo tử cung (cerclage)
 - (d) Tùy theo từng trường hợp mà lựa chọn

Các vấn đề thường gặp trong nửa sau thai kỳ
Readiness Assurance Test

8. Biện pháp nào sau đây là chọn lựa lý tưởng để cắt cơn co tử cung khi có nguy cơ trực tiếp của sanh non? *Chọn một câu đúng*
- a. Magnesium sulfate
 - b. Chất chẹn kênh calcium
 - c. Oxytocin Receptor Antagonist
 - d. Progesterone liều cao
9. Lựa chọn nào là thích hợp nhất khi tình cờ phát hiện có rút ngắn chiều dài của kinh cổ tử cung (ngắn hơn cut-off) qua siêu âm định kỳ khi khám thai? *Chọn một câu đúng*
- a. Test fFN
 - b. Test PAMG-1 Âm và dương đều tốt, hơn là fFN
 - c. Ghi EFM
 - d. Bắt đầu ngay dự phòng (progesterone, cerclage, pessary...)
10. Trong điều trị chuyển dạ sanh non, bạn sẽ dùng và duy trì thuốc giảm gò tử cung đến thời điểm nào? *Chọn một câu đúng*
- a. Khi đủ thời gian 48 giờ của corticoid liều pháp
 - b. Khi tuổi thai đã đạt được 36 tuần lẻ tròn
 - c. Khi đã hoàn toàn không chế được cơn co tử cung
 - d. Khi kết quả kiểm tra chiều dài cổ tử cung và f-FN hay PAMG-1 trở về âm tính

- 10/4/2017 -

Test: NUÔI SAU THAI KÌ

dùn tiến trên

Phân biệt IUGR & SGA ntn dựa trên biểu đồ ↑ tró thai?

• pb dựa vào hình dạng đường AC

FFIX

trên LS, 1 w dùng biểu đồ của Shizunoka chia

phải + Log nên cần tiên dùng AC vì FFIK phải biến
chỉnh cần này theo CT Shizunoka

- IUGR: đường biểu dùn o liên tục, nhô dãm đi

- SGA: đường biểu dùn hở tuc, o gấp khúc, tốc độ ↑ bt, //BPV3

- Khi có công cụ để A SGA, IUGR, thai to chính xác mà
hoàn toàn chia dựa vào thông kê.

- Trọng lượng của em bé ko theo phân phối chuẩn
nên phải dùng trung vị thay cho "trung bình". kèm
theo độ lệch chuẩn. Một cái lệch chuẩn là BPV 50th,
cái lệch chuẩn còn lại là BPV 3th or 97th.

- Có 2 biểu đồ

- HLog: nước Mỹ (xem phù hợp vs 1 châu Á)

- Shizunoka: Nhật Bản. } phù hợp vs 1 VN.

- Intergrowth st: biểu đồ Quốc tế

Placental Disjunction

- IUGR sớm: TCN2: bắt thiêng banh nhau từ ban đầu (<32w)
muộn: chung banh nhau từ đó bt, giờ hở hóng

- IUGR muộn thai kì: di truyền, lỗi bồi, NT bùi thai.

- muộn sau thai kì: suy TT bùi thai nhau.

Memo no. _____

Date _____ / _____ / _____

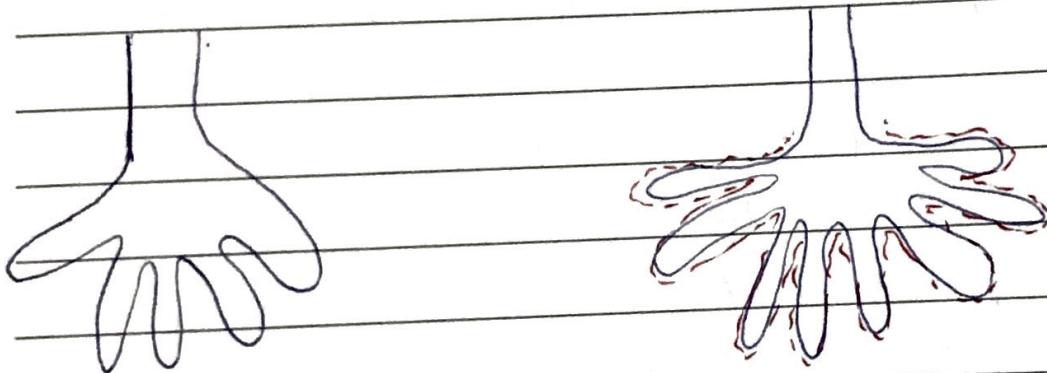
Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa	Su
----	----	----	----	----	----	----

- Trc 32w, kéo dài thai kī lāi v̄ l̄oi v̄i ↑ 10% s̄ný/tuần
sau 32w, kéo dài thai kī ↑ 2% s̄ný/tuần, ↑ % chát 1-2%
→ cần nhâ̄i l̄ō-hai.

Tại sao IUGR sớm lại use Doppler?

IUGR muộn lại use EFM?

Tại sao EFM ō có ḡt̄i kh̄ang định A thiếu O₂ trường duyn?



IUGR sớm

bá̄ nhau bá̄t th̄g câu trú

IUGR muộn

bá̄nh nhau cùi mέ bt

- TCG: lauý động ḡi biền

- xô hóu bá̄ nhau

Doppler duyн đế do tốc độ dòng chảy v̄a tr̄ò khaiy
bá̄nh nhau.

- IUGR sớm: bá̄ nhau bá̄t th̄g → Doppler phát hiện đé dâng

- IUGR muộn: bá̄ nhau bt → Doppler khó phát hiện.

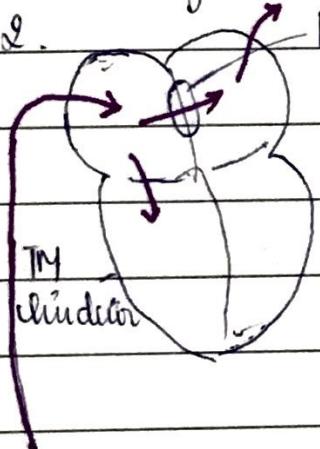
Nếu thai 32w,胎膜破, làm gì?

Làm Doppler + ~~EFM~~ EFM.

Thứ tự các dấu hiệu trên Doppler.

1. Viết xâm nhập vào nguyên bào mao vào DM xoắn lầm
↓ khai thác DMIC tạo độ trao đổi máu để tăng mè → mè
Nếu có sự xâm nhập từ bên ngoài vào nguyên bào mao
→ khuyết điểm tam giác trên phổi DMIC

2. Lỗ Botal ở vị TM



Trong thai ứa, thời kỳ nhi thu, tăng ra
máu từ nhĩ (I) xuống thất (P) tạo
song a <0, tuy nhiên, tồn tại lỗ Botal
lãnh máu từ nhĩ (P) → nhĩ (I) để tăng
máu nhau mao cát thi \Rightarrow song a luôn >0 .

Nếu suy TH nãy (ví dụ tuần hoàn) \rightarrow a <0.
 \Rightarrow dấu hiệu tiền luồng xâm nhái (vòi úng)

3. Thai thiếu O₂ trùm đầu, co mạch ngoại vi, dẫn
máu não \rightarrow trả khai thác não thấp
 \rightarrow tỷ số não/nhan < 1

4. Khi trả khai thác não thấp \Rightarrow máu từ DM ron → nhau
hết thê bành nhau (fibrin hoặc do TSG) \rightarrow ↑ trả khai thác
nhau nhau \rightarrow dấu ngược song tam giác mè DM ron

Thứ tự xuất hiện:

\uparrow trả khai $<$ mè do úng chèn $<$ đảo ngược song $<$ đảo ngược tỷ số
DMR tám trung DM R tám trung DMR trả khai thác nhau nhau

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date _____ / _____ / _____

Vì sao một số phụ nữ sau SA phát hiện tình có mít ngắn chiều dài kinh C/C. Nếu nghĩ ngờ chuyển dạ sinh non, vì sao họ làm test fFN mà lại làm test PAMG-1
PAMG-1: có giá trị (+) cao cho BN với non trên thai non tháng, kể cả A chuyển dạ sinh non.
PAMG-1 có GT dù báo (+) & (-) đều cao hơn fFN
⇒ ưu tiên dùng PAMG - 1.

Sử dụng corticoid sau chia đỡ chờ đợi 48h. Vậy 48h
tính từ mũi đầu tiên or mũi thứ 2?
tính từ mũi đầu tiên.

Quản lý các vấn đề thường gặp liên quan đến nửa sau thai kỳ

Bài ứng dụng (Application)

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

TÌNH HUỐNG 1: NGUY CƠ CAO SANH NON

Bà H. 30 tuổi, PARA 0101, đến khám thai định kỳ. Hiện tại bà H. đang có thai, với tuổi thai hiện tại là 28 tuần vô kinh. Tuổi thai chính xác. Bà H. cho biết bà có tử cung đôi. Chẩn đoán này được xác nhận khi bà có thai lần trước. Trong lần có thai trước, bà H. bị chuyển dạ sanh non và dẫn đến sanh non ở 32 tuần vô kinh, sau khi thất bại với điều trị băng giảm co và corticoid liệu pháp. Trọng lượng em bé lúc sanh là 2000 gram. Thai kỳ hiện tại: Siêu âm lúc 7 tuần ghi nhận túi thai nằm trong tử cung bên trái, tử cung phải không mang thai. Hình thái học lúc 24 tuần không phát hiện bất thường. Tensi soat không phát hiện bất thường. Khám lâm sàng hôm nay: belly cao từ cung 26 cm, tử cung lệch hẳn sang trái, không có cơn co, tim thai 152 lần/phút, đều, cổ tử cung đóng kín. Siêu âm hôm nay: Đơn thai sống trong tử cung, sinh trắc tương ứng với 25th percentile của tuổi thai 28 tuần. Chiều dài kênh cổ tử cung = 35 mm. Bà ta rất lo ngại lại sẽ bị sanh non như ở lần mang thai trước.

Bạn sẽ làm gì cho bà H. hôm nay? Chọn 1 hành động thích hợp

- A. Không cần thực hiện bất cứ một can thiệp chuyên biệt nào
- B. Khuyên bệnh nhân nên nghỉ ngơi tại giường từ hôm nay
- C. Dùng giảm co dự phòng do nguy cơ cao sanh non
- D. Dùng progesterone dự phòng sanh non
- E. Thực hiện corticoids liệu pháp dự phòng do nguy cơ cao sanh non
- F. Khâu vòng cổ tử cung do nguy cơ cao sanh non

G. xai pessory.

Chiều dài kênh bt
Tiền căn sanh non

TÌNH HUỐNG 2: THAI KỲ KHÔNG BIẾT NGÀY ĐỢI SANH

Bà C. 38 tuổi, PARA 3003. Tiền sử 3 lần sanh thường, con nặng nhất 3.1 kg. Bà C. không đi khám thai và cũng không nhớ được ngày kinh cuối. Hôm nay, bà C. đến khám vì thấy thai ít cử động. Khám lâm sàng: bà C. cao 1.51 cm, nặng 54 kg. Belly cao từ cung 27 cm. Tử cung không có cơn co. Cổ tử cung đóng kín. Non-stress test thấy tử cung không có cơn co. Thai có 3 cử động trong thời gian 20 phút. Baseline = 148 nh/phút. Dao động nội tại 5 nhịp/phút. Hiện diện nhịp tăng với biên độ 5-10 nhịp/phút. Không có nhịp giảm. Siêu âm ghi nhận đơn thai trong tử cung, với các số liệu sinh trắc lần lượt là BPD = 70 mm; FL = 55 mm; Chu vi vòng bụng = 210 mm, các số liệu này và EFW tương ứng với các bách phân vị thứ 50th của một thai có tuổi thai 29-30 tuần vô kinh. Khảo sát AFI = 5 cm; SDP = 19 mm.

Bạn sẽ làm gì cho bà C.? Chọn 2 hành động có mức ưu tiên cao nhất

- A. Cho về nhà. Hẹn tái khám để siêu âm theo dõi sinh trắc và modified Biophysical Profile
- B. Cho nhập viện để thực hiện các khảo sát bổ sung cần thiết trước khi chấm dứt thai kỳ
- C. Thực hiện ngay corticosteroid liệu pháp
- D. Thực hiện ngay Contraction Stress Test
- E. Thực hiện ngay Velocimetry Doppler
- F. Thực hiện lại Non-stress Test với thời gian dài hơn

Chữ 5-10 50th 29-30
BPP normal 19mm

↓
BPP nb

TÌNH HUỐNG 3: SALBUTAMOL

Bà A. 28 tuổi, mang thai với tuổi thai là 33 tuần tròn, nhập viện cách nay 2 ngày, 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 bội đều cho thấy không có vấn đề gì bất thường. Khám lúc nhập viện xác nhận một thai kỳ 33 tuần với cơn co tử cung đều đặn và cổ tử cung đã mở 1 cm, xóa 30%. Không tìm thấy nguyên nhân của chuyển dạ sanh non. Do có chiều dài kênh cổ tử cung là 25 mm và có dạng hình "U", đồng thời khảo sát fFN dương tính nên bà A. được chỉ định thực hiện một đợt Betamethasone, đồng thời với dùng Salbutamol đường truyền tĩnh mạch. Hiện tại, sau 48 giờ dùng salbutamol, sinh hiệu của bà A. ổn định. M = 100 l/phút, huyết áp 120/80 mmHg. Trên EFM còn thấy vài cơn co tử cung cường độ 20-40 mmHg. Khám âm đạo: cổ tử cung có tình trạng như cũ, tức mở 1 cm, xóa 30%. Siêu âm đường âm đạo ghi nhận chiều dài kênh cổ tử cung là 23 mm và có dạng hình chữ "I".

Hôm nay, bạn sẽ làm gì cho bà A.? Chọn 1 hành động ưu tiên nhất

- A. Duy trì salbutamol tĩnh mạch, nhưng với liều thấp hơn liều hiện tại
- B. Ngưng salbutamol tĩnh mạch, chuyển sang dùng salbutamol đường trực tràng
- C. Cắt hàn Salbutamol, không dùng thêm bất cứ một loại thuốc nào khác
- D. Cắt hàn Salbutamol, chuyển sang một giảm co khác đường uống như chẹn kênh Ca++
- E. Cắt hàn Salbutamol, chuyển sang một giảm co khác ít nguy hiểm hơn như phong bế thụ thể oxytocin
- F. Cắt hàn Salbutamol, chuyển sang một thuốc khác có tác dụng ngăn cơn co là progesterone thiên nhiên

< 25

TÌNH HUỐNG 4: TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO BẤT THƯỜNG TRONG THAI KỲ

Bà D. 35 tuổi, PARA 1001. Đến để khám thai định kỳ, theo lịch hẹn. Tuổi thai hiện tại là 24 tuần. Không có triệu chứng cơ năng bất thường. Tiền sử lần sanh trước bà D. bị ối vỡ non lúc 36 tuần, sanh thường sau khi khởi phát chuyển dạ với oxytocin, bé nặng 2700 gram. Tổng thời gian từ khi ối vỡ đến khi sanh là 8 giờ. Sau sanh, bé phải nằm sẵn tảng cường sơ sinh trong 2 tuần vì nhiễm trùng sơ sinh nặng, với biểu hiện nhiễm trùng huyết nhưng không tìm thấy đường vào.

Lần có thai này, thai kỳ tiến triển bình thường. Bà D. không than phiền bất cứ điều gì. Khám lâm sàng và các khảo sát cận lâm sàng không phát hiện vấn đề bất thường, ngoại trừ nhìn âm đạo có vẻ ẩm ướt, với ít dịch đọng ở cùng đồ sau. Thực hiện khảo sát dịch âm đạo thấy dịch màu vàng loang, test KOH dương tính, có rất ít hiện diện lactobacillus, tuy nhiên “clue cells” âm tính.

Bạn phải làm gì trong thai kỳ này và vì sao? Chọn 2 thái độ hành động thích hợp

- A. Điều trị Bacterial vaginosis
- B. Không điều trị Bacterial vaginosis
- C. Chưa điều trị ngay Bacterial vaginosis, chờ thêm thông tin bổ sung
- D. Dự phòng GBS trong chuyển dạ lần này, bắt chấp kết quả tầm soát GBS
- E. Chỉ dự phòng GBS nếu tầm soát dương tính
- F. Không dự phòng GBS nếu đã xử lý tình trạng tiết dịch âm đạo đúng cách

tiền cản sanh non, tiền cản NTSS sớm -> Dự là GBS do k thấy đường vào
Thai 24w

Một khuẩn hệ âm đạo CST IV hoặc BV k triệu chứng -> Có tiền cản sanh non là thuộc nhóm nguy cơ cao sanh non -> Điều trị BV
Có tiền cản GBS -> Điều trị dự phòng luôn bắt chấp cây có hay k

TÌNH HUỐNG 5: THAI KỲ KÉO DÀI QUÁ NGÀY DỰ SANH

Bà K. 27 tuổi, nhập viện với chẩn đoán: “Con so, thai 41 tuần vô kinh, chưa chuyển dạ”. Tuổi thai là chính xác căn cứ trên dữ kiện sinh trắc thực hiện trong tam cá nguyệt thứ nhất của thai kỳ.

Theo thông tin từ số khám thai, thai tăng trưởng bình thường trong suốt thai kỳ. Lần siêu âm cuối thực hiện lúc 36 tuần vô kinh cho thấy số liệu sinh trắc tương thích với 50th percentile của sinh trắc của tuổi thai tương ứng. Bà K. đi khám và được cho nhập viện vì thai kỳ kéo dài quá ngày dự sanh, không kèm theo bất cứ một bất thường nào khác. Sau khi nhập viện, người ta đã thực hiện cho bà K. một băng ghi non-stress test, với kết quả có đáp ứng. Người ta cũng đã thực hiện một siêu âm, với kết quả sinh trắc tương ứng với số liệu sinh trắc của tuổi thai 41 tuần vô kinh. Chỉ số ối AFI ghi nhận là 4 cm.

Bà K. được đưa ra hội chẩn. Có ý kiến cho rằng AFI đang nói lên tình trạng thai rất xấu. Có ý kiến đề nghị thực hiện oxytocin challenge test. Cũng lại có ý kiến đề nghị thực hiện velocimetry Doppler.

Bạn nghĩ gì về các ý kiến trên? Chọn 3 quan điểm

- A. Non-stress test có đáp ứng cho phép giải thích tình trạng AFI thấp này là sinh lý. Thai không bị đe dọa
- B. Modified Biophysical Profile bất thường. Không nên chờ thêm trong tình trạng này. Cần làm rõ tình trạng thai
- C. Contraction Stress Test có thể là cần thiết cho việc ra quyết định quản lý
- D. Kết quả Contraction Stress Test âm tính hay dương tính không ảnh hưởng đến quyết định xử trí
- E. Velocimetry Doppler có thể là cần thiết cho việc ra quyết định quản lý
- F. Bất luận kết quả Velocimetry Doppler ra sao thì cũng không ảnh hưởng đến quyết định chấm dứt thai kỳ

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date ____ / ____ / ____

- 11/4/2017 -

Application: NỮA SAU THAI KÌ

Tình huống 1:

Thai 28w, tiêu cùn sanh non, TC đới.

- Tiêu cùn sanh non = chưa đủ máu để chỉ định xài progestin
- Tuy nhiên, o-thể dù báo trước lui nào sẽ sanh non*,
kết hợp vs bài thi ông Muller (~~TC đới~~ (TC đới) → nghĩ
là nên xài progesteron.

Phản hồi: tuy là TC đới nhưng thai nhỏ + lâm trc kéo
dài thai đe tối 32w → chưa chẩn TC đới gây sanh non.

Progesteron: lời hay hả?

tld trên gen hay o trên gen?

Lý giải vắn cotic

PIBF

- bt tiêu chuẩn xài progesteron: tiêu cùn sanh non
+ chiều dài kênh CTC < 25mm.

Kết luận: Câu D. (nếu có thêm lựa chọn thì nên xài
thêm jFN hoặc PAMG-1).

Progesteron = progest + steroid + on

(steroid có gốc ceton giúp chuẩn bị sanh)

+ tăng vào CD8 (kích hoạt Thelper 2) → tldig genomic

progesteron nhanh vào mồi thai kì gây khởi phát coa

⇒ chưa có nghiên cứu rõ ràng về lời ich mà progesteron
trên cái đói ty rõ ràng.

Tuy nhiên, có vecin Hopoly rõ ràng như:

- để kẽm photpholipid: sd progesteron có hiệu quả thử thai
- hỗ trợ TTC (ngulhán thử thai): sd progesteron o có hiệu quả

Tình huống 5:

- Thai quá ngày dài sánh > 40x

Thai quá ngày: > 42w

Tuy nhiên, tỷ lệ thai chết lưu khi thai > 40x

là rất cao \Rightarrow nên chẩn đoán thai kỉ ngày, tối đa là 41w.

- NST ở 41w dù kg bình thường n o chái lâ bình
thai nhì ngày mai sẽ bình thường

\Rightarrow Cứu B, D, F

NST bình thường n nghi ngờ thiếu ôi

\rightarrow làm thêm BPP modified or CST

kg: AFI = 4cm < 5 cm \Rightarrow A thiếu ôi.

Có cần thiết làm CST không n:

- nếu CST (-): thai khỏe \rightarrow khôi phục CD an toàn

- nếu CST(+) : mổ phổi kết thúc thai kỉ + tỷ lệ (+)

mù CST thấp $\stackrel{(+) \text{ già cao}}{\rightarrow}$ làm CST để làm gì? có phổi để khôi phục CD hay ko?

\Rightarrow Thop này CST ko cần thiết vì CST mổ ty tử như
chuyển khôi phục CD (tay con gē 3cm/10p)

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date _____ / _____ / _____

Tình huống 4:

[BV]

tỷ lệ máu BV chưa được xác định

- Số lượng mầm mà mycobacteria làm cho A BV rất khó kiềm制
kéo phai all lactobacillus đều tốt, vd như lactobacilli inae.
- Vậy nếu điều trị khi chưa rõ đâu là lây có hiệu quả ko?
→ nếu o & sai đổi tg & o điều trị sai KS do lactobacilli inae
nhạy vs KS thì nếu o dù phòng luôn tỏ ra hiệu quả.
Muốn giải ph. Pb giữa cái lối lactobacilli → phải
giải trình từ gen.

Câu A, D.



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
Chuyên da bát thường

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

1. Trong các hành động sau, hành động nào gây nguy hiểm cho một sơ sinh đang bị ngạt? **Chọn một câu đúng**
 - a. Kích thích trẻ thở bằng cách xoa cồn lên lồng bé
 - b. Dùng NaHCO₃ trước khi đạt mục tiêu hô hấp tuần hoàn **Ưu tiên hàng đầu là phục hồi tiểu tuần hoàn, hô hấp -> tim mạch**
 - c. Thông khí áp lực dương bằng bóng không có van điều áp **áp lực quá cao, vỡ phế nang**
 - d. Cả ba động thái trên đều rất nguy hiểm cho trẻ sơ sinh đang ngạt
 2. Thông khí áp lực dương được hiểu một cách chính xác ra sao? **Chọn một câu đúng**
 - a. Dùng hỗn hợp khí có thành phần oxy lớn hơn thành phần oxy có trong khí trời
 - b. Qua nội khí quản, loại bỏ khoảng chết hẫu họng, trực tiếp đưa khí vào đường thở
 - c. Thể hiện thao tác tạo ra một áp suất khí thăng được sức căng bề mặt của phế nang
 - d. Cả ba điều kiện cùng là các thành tố bắt buộc của định nghĩa thao tác thông khí áp lực dương
 3. Nguyên nhân của tình trạng tachysystole (cơn co cường tính) là gì? **Chọn một câu đúng**
 - a. Rối loạn nút dẫn nhịp con co
 - b. Hệ quả của các oxytocic ngoại lai
 - c. Chuyển dạ tắc nghẽn và vượt trớ ngại
 - d. Cả ba yếu tố trên đều có thể là nguyên nhân
 4. Kiêu kết luận nào là thích hợp nhất cho một thai phụ với EFM được xếp loại II theo ACOG 2009? **Chọn một câu đúng**
 - a. Tôi không đủ bằng chứng để nói rằng tình trạng thăng bằng toan-kiềm của thai đang bình thường ở thời điểm này
 - b. Tôi không đủ bằng chứng để nói rằng tình trạng thăng bằng toan-kiềm của thai là bất thường ở thời điểm này
 - c. Tôi biết rằng EFM bất thường, nhưng tôi chỉ có thể có kết luận bằng cách phân tích các yếu tố lâm sàng khác
 - d. Cả ba phát biểu trên là những nội dung quan trọng liên quan đến ý nghĩa của EFM loại II theo ACOG 2009
 5. Lý giải nào là thích hợp nhất cho một thai phụ với EFM được xếp loại III theo ACOG 2009? **Chọn một câu đúng**
 - a. Nghiêm toan chuyển hóa, không phân biệt nguyên nhân
 - b. Giảm áp suất riêng phần của oxygen trong máu thai
 - c. Tăng áp suất riêng phần của khí carbonic trong máu thai
 - d. Gián đoạn dòng chảy của máu đến nhau qua dây rốn
 6. Trong các dấu hiệu sau, dấu hiệu nào gợi ý mạnh nhất một chuyển dạ đang bị tắc nghẽn? **Chọn một câu đúng**
 - a. Đường biểu diễn mở cổ tử cung chậm đường hành động
 - b. Cơn co tử cung tăng về tần số, cường độ và trương lực cản bản
 - c. Ngôi thai không lọt hay tiến triển bất thường trong đường sanh
 - d. Có bất thường kích thước khung chậu trên lâm sàng hay quang kích
 7. 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 oxytocic” có tính thuyết phục về lợi ích kém nhất trong trường hợp nào? **Chọn một câu đúng**
 - a. Chảy máu từ diện nhau bám ở thân và đáy tử cung
 - b. Chảy máu từ diện nhau bám ở đoạn dưới tử cung → **ở lớp cổ rốn để co wTC cầm máu (nhau tiền đạo)**
đuôi lavia rong vẫn chảy máu unless thuỷ.
 - c. Chảy máu do bất thường của các con đường đông cầm máu
 - d. Băng huyết sau sanh đa thai, sanh thai to hay sau chuyển dạ kéo dài
- do cùm máu già đầu là cùm máu vỏ
học (co wTC) → w thoát MN gây kích hoạt YTDM
↑ w già đầu + bơm sang cái YTDM.*
- Thời gian làm test 10 phút*



8. Khi nào bạn xem triệu chứng “vòng Bandl” có ý nghĩa bệnh lý? *Chọn một câu đúng*
- a. Vòng Bandl là một dấu hiệu sinh lý, hoàn toàn không có ý nghĩa bệnh lý
 - b. Chỉ xem vòng Bandl là một biểu hiện bệnh lý khi có kèm theo các dấu hiệu khác
 - c. Triệu chứng vòng Bandl là dấu chứng giúp xác định có hội chứng vượt trớ ngai
 - d. Chỉ trong chuyên đề trên tử cung có vết mổ sanh cũ, vòng Bandl là biểu hiện bệnh lý
9. Trong các tình huống được sanh dụng cụ sau, sơ sinh có nguy cơ cao nhất bị tai biến ở tình huống nào? *Chọn một câu đúng*
- a. Thủ thuật viên không tôn trọng các điều kiện của sanh dụng cụ
 - b. Lựa chọn không thích hợp giữa chọn giác hút hay chọn forceps
 - c. Sanh dụng cụ được thực hiện khi chưa thật cần thiết (chỉ định rộng)
 - d. Cả ba tình huống trên cùng là các tình huống có nguy cơ rất cao cho sơ sinh
10. Ngay sau sinh buộc phải thực hiện hút qua đèn nôi khí quản cho bé càng sớm càng tốt trong trường hợp nào sau đây? *Chọn một câu đúng*
- a. Cho trẻ có điểm số Apgar 1 phút xấu, từ 0 đến 4
 - b. Cho trẻ không khỏe với tình trạng nước ối có phân su
 - c. Trước khi thực hiện mọi thông khí áp lực dương
 - d. Thường qui, nếu trẻ sơ sinh không khóc ngay

- 17/4/2017 -

Test: CHUYÊN DA BẤT THƯỜNG

Khi nào rong Bandl là bệnh lí?

- Rong Bandl là ranh giới giữa thân TC & otoau dưới TC
→ chỉ thấy rõ khi CD hoăc có thai (thở bụng mỏng)
- Rong Bandl là bệnh lí khi kết hợp với:
 - + cát đặc hiện và \$ nứt trớn: bất xứng
 - + đặc nhau, đặc fremmel
 - + rong Bandl di chuyển lên cao dần.
- Rong Bandl có \$ + sẵn phu
 - Rong Bandl bệnh lí có biểu hiện:
 - + con gò ↑
 - + tim thai ↓
 - + đặc rốn khuôn, bí ẩn HT.
 - + con to
 - + lợt bát đx
 - + khung chậu bất thường.
- Rong Bandl chỉ có khi TC ~~gây~~ còn nguyên vẹn nì
con gò & sẽ tạo áp lực để tống xuất em bé qua chỗ
có khai lý lùi thấp là rong Bandl → nguy cơ rò TC ngay
chỗ rong Bandl để tống xuất em bé & vẫn ô bụng.
- TC có vết mổ cũ thì \$ có rong Bandl nì sẽ tống xuất
em bé qua chỗ vết mổ cũ - nơi có khai lý lùi thấp I'.

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date ____ / ____ / ____

Sử dụng corticoid trên thai phụ NT ối?

- Cần xác định NT ối phải chẩn đoán dị tật thai kí ngay vì NT ối gây NT em bé trắc (phổi, hàn họng...) → chấn thương MSS, sau đó mới NT huyết ở mẹ.
- NT ối:
 - + theo dõi ở mẹ để: CTM, CRP, nồng độ, đau bụng...
 - + theo dõi em bé: rất khó, vì chỉ biết có thai từ tuần thai.
- Muốn sử dụng corticoid phải chờ ít nhất 12h, mà hiệu lực chưa chấm -> chống chỉ định corticoid ở NT ối.
- Ngoài ra, corticoid làm giảm SODIP ở mẹ.

Kích cỡ chén trong giải hút.

- Muốn sử dụng giải hút, phải chẩn đoán có bất thường đầu thai.
- Chỉ định:
 - + loại trừ bất thường đầu thai.
 - Nguy cơ xâm nhập sauh
 - + forceps: chọn kích cỡ forceps to truy & mổ xung quanh, mổ đặt forceps ở truy chò.
 - + giải hút: chén cao to, lùn, cao manh
nguy cơ xâm nhập do đặt ở thấp
bất thường.
 - forceps: làm truy: nguy cơ xâm nhập ít.
 - forceps: chống chỉ định tg đối: kiêng thể ngang.
 - Nguy cơ: CTC mổ chưa tròn
 - giải hút: cát tg đối: CTC mổ chưa tròn.

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date _____ / _____ / _____

Nhịp心跳 trên EFM.

- ⚡ có nhịp ↑ nào bắt đầu.
- nhịp ↑ trên 25 bpm với nhau là ~ đt nở tai.
- nhịp ↑ liên tục mao mạch ⚡ vì baseline → đt nở tai ↑.

Trẻ khỏe:

- hızlı tốt
- trống hiccups tốt
- nhịp > 100 bpm.

Hút NKQ: khi trẻ khỏe + ne ôi có phản ứng
vì phản ứng cảm giác hiccups + gây nôn trớ.

Khi nào có phản ứng?

Em bé bị ngạt → phản ứng màu xanh → màu xanh.

ne ôi:

- trống trong: non thay

- trống dài: đủ thay

- màu xanh: mới / dài đi phản ứng.

- màu xanh: từ đó dài đi phản ứng

Chỉ quan tâm phản ứng màu xanh trong CD và vi trong CD

có stress gây dài phản ứng.

Các hành động gây nguy hiểm cho em bé :

- Kích thích = côn :
 - + côn gây bỏng da.
 - + côn bay nhanh.
- Dùng NaHCO₃, trc khi tắt mực tiêu h₂ TH N₂ :

NaHCO₃ hòa tan tinh trang kiềm OH → gây ↑ pH CO₂
Nếu thời gian không tốt → bị ứ CO₂ → nguy hiểm.

xử trí băng huyết sau sinh.

- Kêu gọi hỗ trợ.
- Hồi sức + nguyên nhân để ⚡
 - + nắn đầu thấp
 - + đặt ven
 - + cho thuốc co TC : truyền TM châm (ở bờm TM)
 - + nén nhau chuỗi ra | → lây nhau (bóc nhau nhau tạo)
nhau ra chuỗi hết | ↓

laminar buồng TC
kiểm tra sđdc (TC, AD...)

- đỡ TC : thuốc đè → thất DMTC
- vỗ TC : vỗ TC → ko dc thi cút TC luôn.



Bài ứng dụng
Chuyển dạ với vấn đề bất thường

Chương trình Sản Phụ khoa. Tin chi 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: NƯỚC ỐI LĂN PHÂN SU

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

Ngay sau sanh, bé tráng bêch toàn thân, không trương lực, không khóc và không có hoạt động thở. Nhịp tim = 80 ^{lần/phút}, không đều.

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

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

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

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

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

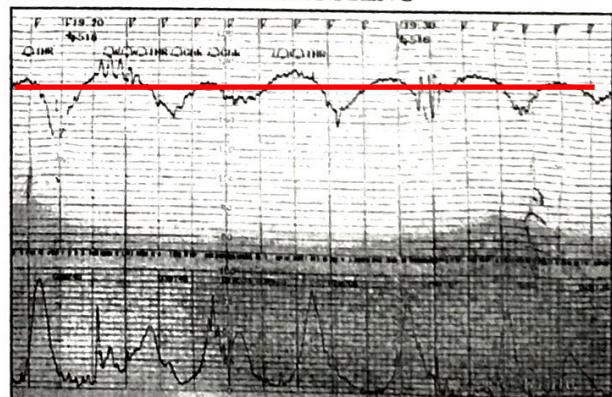
Đột nhiên, Nữ hộ sinh của bạn báo bạn rằng có bất thường vừa xuất hiện trên băng ghi EFM (xem hình bên).

Khám lại ghi nhận cổ tử cung mờ 4^{cm}, xóa 70%, ngôi chòm, kiều thế Chẩm Chậu Trái trước, chưa lọt. Ối vỡ, không rõ màu nước ối.

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

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

Sắp qua III rồi.





TÌNH HUỐNG 3: SẢN ĐỒ BÊN PHẢI ĐƯỜNG BÁO ĐỘNG

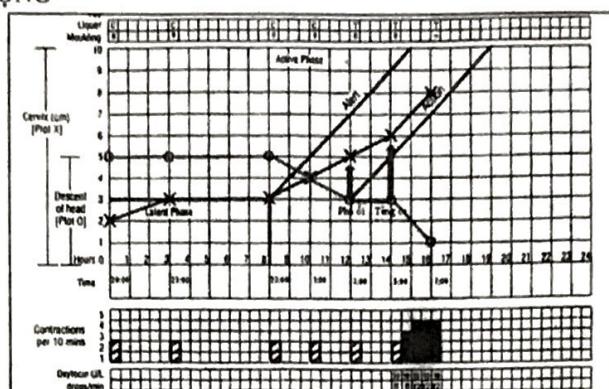
Sản đồ sau ghi lại chuyển dạ ở bà M., con so, thai 39 tuần vô kinh, vào chuyển dạ tự nhiên. Các thông tin từ thai kỳ cho thấy đây là một chuyển dạ nguy cơ thấp. Khám thấy ngót chòm, lung trái. Băng ghi EFM được xếp loại I theo ACOG 2009. Ước lượng trọng lượng thai khoảng 3000 gram. Kiểu thê của ngót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

Lúc 3:00 bà M. được phá ối.

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

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

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

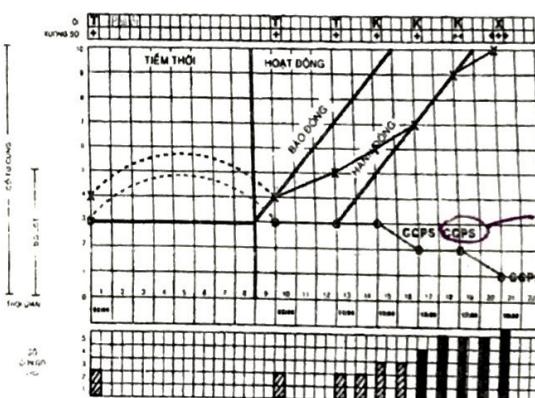


TÌNH HUỐNG 4: BÊN PHẢI ĐƯỜNG HÀNH ĐỘNG

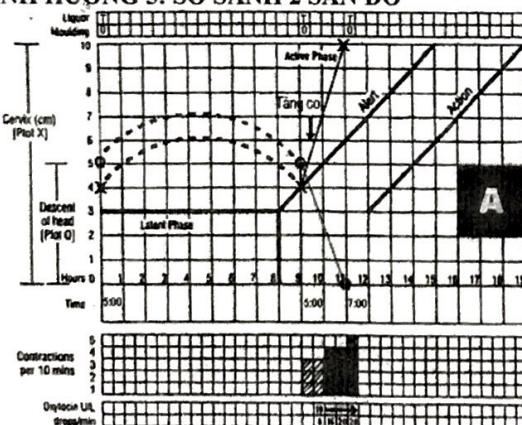
Thai phụ D. 29 tuổi, PARA 0000, thai 39 tuần vô kinh, chuyển dạ sanh. Thai kỳ bình thường. Cao 150cm, BCTC 32cm, ngót chòm, ước lượng trọng lượng thai khoảng 3kg.

Phá ối được thực hiện lúc 8:00, ngay khi vào phòng sanh. Không dùng oxytocin. Chuyển dạ được ghi trên sản đồ. Bạn nhận định gì và sẽ làm gì cho bà D.? **Chọn 1 nhận định và 1 hành động có mức độ hợp lý cao nhất**

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



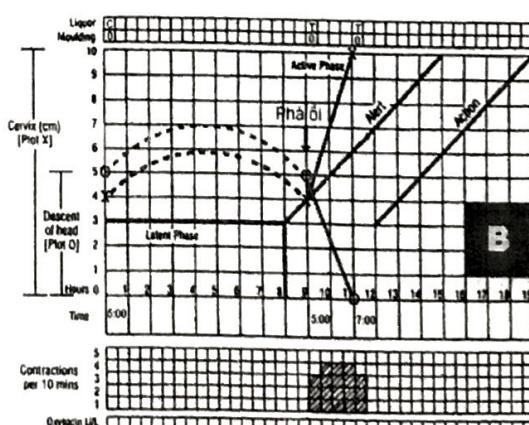
TÌNH HUỐNG 5: SO SÁNH 2 SẢN ĐỒ



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

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

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



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

Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa	Su
----	----	----	----	----	----	----

- 19/4/2017 -

Application: CHUYỂN ĐA BẤT THƯỜNG

Tình huống 2.

FFM Cat II ACOG:

- nhịp ↓ mòn lặp lại
- đt nở tại chửa mặt.

Nghỉ là thai nhi đang đe dọa nghiêm trọng n:

- nhịp ↓ mòn: có thể liên quan tới thiếu oxy (+1- lq toàn)
- cơn co ồ dậy sau khi T co 1h. năng hoá máu
- + biến độ thấp

+ cơn ồ k có hiệu quả n 2h trc cản độ Q chuyển phái, sau khi T w mā CTC vẫn chỉ m 4cm, xoa 70%.

→ biến độ vẫn ồ bên phải.

→ bắt ngừng m CTC do nguyên nhân cōn này: côn ồ chửa dù hay do ng/nhân thụy thi: bắt xđ đầu chậu.

- tin thai bắt thi

+ base line > 120 bpm

+ đt nở tại gân = 0 (sắp nở, n chửa dù FFM3)

+ nhịp ↓ mòn lq von co TC

⇒ Câu C.

- suy thai + CTG 2 → nở ngay n suy độ vẫn chuyển P
- n phái chờ đợi + sau ngừng oxytocin vẫn thi công cùi CD → duy ↓ gđ.

- theo khuyến cáo mới, thô Q liều cao trong thời gian dài gây nguy hiểm cho em bé

- Góp đỡ \$ nict tro' ngai → ↓ gò ngay & lùm quâ = cát thuốc
mau hổ để tránh vỏ TC (serbutalin...)

⇒ Câu F

Tình huống 4:

(PD)

bất xứng đầu chậu: o tượng quan giữa người thai &
kích thước vùng chậu thui đang đi qua (là nguy hiểm mà
còn táo nghén)

- em bé non khuynh, chòng xương, lọt kẹt
- nếu ko thất công: gọi là chuyển dạ胎 nghén (hi quả)
- TC ↑ co: nỗ lực non vùng → ko thất công: \$ nict tro' ngai
(non vùng)

- người thai ≠ bình thường } → A độ lọt ko chính xác.
chòng xương nhiều

- từ lú chòng xương ++ sang +++ thì độ lọt 215 → 115
→ w/ thể do chòng xương lâm nhầm không đầu em bí
lọt xuống nhưng thử ra chưa lọt.

- CTC mổ châm

chòng xương kéo dài → độ lọt sai → lọt già.

còn gò lùa tâu ít → sao ↑ gò TN.

⇒ \$ nict tro' ngai.

- ko quíp sauh: n̄i có thể w/ bất xứng đầu chậu
(me cao 1m50 → w/ thể khung chậu nhỏ)

⇒ mổ ngay.

Câu C,F

Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa	Su
----	----	----	----	----	----	----

Tình huống 3.

- biến đổi chuyển (P) nguồn phải làm liên mà phải xem xét lại
 - CTC mỏ 5 cm, có vòn co mà CTC o mỏ thêm nữa.
→ ~~dùn ống có thát tốt hơn~~ ~~ngòi thai~~ vai trò nứa → phá ối.
 - Tr lclui phái ối phản ứng phải cẩn nhau nguy CB:
 - + sa dây rốn: do ↓ áp lực buồng TC → phái ↑ co săn đt.
 - + CD kéo dài mà thai vẫn o lot.
 - + HIV, viêm gan ...
+ ngòi bít thág
 - Cần thép hàn quá ri săn đt // đtj hc.
 - CTC mỏ:
 - + nhanh: ko rõ bao nhiêu
 - + chậm: nguy cở BHSS, tốn thg SD.
 - Cần nhau giữa lối kh p & nguy cở phá ối
→ o nén phá ối quá soán lâm + cái nguy cở.
 - Sau khi phá ối, ối kích thích T w. Nếu còn co o hợp lí thì mới T w lk sau đt.
 - ⇒ Câu A, C, E
 - Chồng xuống là him tg bt
→ chồng xg ↑ dân + bít thág vòn co mới dang sB.
 - săn đt: tóm soát CD kéo dài, nhận ra cù bít thág tr khi o o dùng đt θ or A
CD kéo dài
 - + giúp đỡ n k o ió kinh nghiệm.
nếu dùng Model 2002, mỏ CTC 0,5 cm là bt
→ ↓ đt nhẹ, mất i hỏi tóm soát
nếu dùng Model 1993.



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

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

1. Bóng chèn buồng tử cung là can thiệp có hiệu quả nhất cho điều trị băng huyết sau sanh do nguyên nhân nào? **Chọn một câu đúng**
 a. Đờ tử cung
 b. Nhau bám thấp
 c. Rối loạn đông máu
 d. Cả ba nhóm nguyên nhân trên
2. Khi xử trí băng huyết sau sanh phải tuân thủ nguyên tắc nào? **Chọn một câu đúng**
 a. Trước tiên phải nhanh chóng chẩn đoán nguyên nhân băng huyết
 b. Trước tiên phải nhanh chóng không chế được tình trạng chảy máu
 c. Trước tiên phải thực hiện hồi sức nội khoa sốc giảm thể tích và mất máu
 d. Khởi động đồng thời hồi sức nội khoa, chẩn đoán và không chế chảy máu
3. Sau khi thoát âm mổ trường hợp VBAC, có cần thiết phải thực hiện hành động bóc nhau nhân tạo và soát buồng tử cung hay không, và vì sao? **Chọn một câu đúng**
 a. Là không cần thiết vì làm tăng nguy cơ shock do đau hay do kích thích thần kinh phế vị
 b. Là không cần thiết vì làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, và có thể gây toác vết mổ do thủ thuật
 c. Là cần thiết, vì thao tác này giúp phát hiện sớm nứt vết mổ, trước khi chảy máu
 d. Là cần thiết, vì thao tác này rút ngắn giai đoạn 3 và đảm bảo không sót nhau
4. Khi đang theo dõi một sản phụ có vết mổ sanh cũ đang thực hiện VBAC, dấu hiệu nào là dấu hiệu thường gặp nhất báo động phải đi tìm nứt vết mổ sanh cũ? **Chọn một câu đúng**
 a. Dấu hiệu Bandl-Frommel
 b. Đột ngột rơi vào trạng thái sốc
 c. Bất thường tim thai-cơn co trên EFM
 d. Ám đau ở đoạn dưới tử cung ngoài con co
5. Có 4 can thiệp điều trị băng huyết sau sanh sau:
[1] Gò tử cung bằng vật lý → *xoa tụy TC*.
[2] Gò tử cung bằng thuốc.
[3] Kiểm tra tinh toàn vẹn của buồng tử cung và không sót nhau
[4] Kiểm tra tinh toàn vẹn của cổ tử cung, âm đạo và tầng sinh môn
Hãy cho biết thứ tự thực hiện các thao tác trên trong xử lý băng huyết chưa xác định nguyên nhân. **Chọn một câu đúng**
 a. [1] kế tiếp bằng [2] kế tiếp bằng [4] chỉ thực hiện [3] nếu thất bại sau khi làm đúng và đủ các bước trên
 b. [1] kế tiếp bằng [3] kế tiếp bằng [4] chỉ thực hiện [2] nếu thất bại sau khi làm đúng và đủ các bước trên
 c. [1] kế tiếp bằng [2] kế tiếp bằng [3] kế tiếp bằng [4]
 d. [3] kế tiếp bằng [4] kế tiếp bằng [2] kế tiếp bằng [1]
6. Có 4 loại dung dịch sau:
[1] Dung dịch tinh thể
[2] Dung dịch cung cấp năng lượng
[3] Dung dịch cao phân tử
[4] Máu và chế phẩm máu
Hãy cho biết thứ tự sử dụng các loại dung dịch trên trong hồi sức nội khoa sốc mất máu do băng huyết sau sanh. **Chọn một câu đúng**
 a. [1] rồi đến [4]. [3] chỉ dùng trong trường hợp bất khả kháng. [4] Không dùng [2]



- b. [2] rồi đến [3]. Chỉ dùng [4] nếu có giảm nghiêm trọng Hb hay HCt. Dùng [1] chỉ là giải pháp tạm thời
c. [3] rồi đến [4]. Cần nhắc dùng thêm [2] nếu thật sự cần thiết. Không dùng [1]
d. [4] rồi đến [2]. Cần nhắc dùng thêm [1] nếu Hb không giảm nhiều. Rất hạn chế dùng [3]
7. Khi có chảy máu trong nhau tiền đạo, yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất đến quyết định can thiệp? **Chọn một câu đúng**
a. Tuổi thai hiện tại
b. Tình trạng chuyển dạ
c. Mức độ chảy máu
d. Tình trạng suy thai
nhau tiền đạo ảnh hưởng mạnh mẽ nhất can thiệp bắt chấp tuổi thai.
8. Hãy cho biết nguyên tắc xử lý cho một trường hợp nghi ngờ nhau bong non, nhưng chưa khẳng định được chẩn đoán. **Chọn một câu đúng**
a. Phải cố gắng xác định được chẩn đoán trước can thiệp bằng cách thực hiện siêu âm lặp lại nhiều lần
b. Khi chưa khẳng định được chẩn đoán, nên ưu tiên cho sanh ngả âm đạo nếu chuyển dạ đã tiến triển xa
c. EFM là quan trọng. Không cần cố gắng xác lập chẩn đoán nhau bong non nếu EFM không có thay đổi quan trọng
d. Nên chỉ định mổ lấy thai cấp cứu, dù rằng chẩn đoán sau mổ có thể không phải là nhau bong non
9. Ngay khi khám âm đạo và phát hiện có sa dây rốn, bạn phải hành động ra sao? **Chọn một thái độ đúng**
a. Phải xác định động mạch rốn còn đập. Nếu còn đập, giữ nguyên tay khám, đẩy đầu lên cao, mổ sanh tức thời
b. Trước tiên phải xác định được tính sinh tồn thai và tiên lượng sống của thai bằng EFM trước khi quyết định
c. Chỉ định mổ lấy thai ngay tức khắc, bất chấp tình trạng sinh tồn thai và giai đoạn tiến triển của chuyển dạ
d. Trước tiên xem cổ tử cung mở rộng hay chưa, nếu cổ tử cung đã mở rộng, giúp sanh ngả âm đạo tức thời
10. Khởi điểm của rối loạn đông máu trong nhau bong non có bản chất là gì? **Chọn một câu đúng**
a. Tăng tiêu thụ yếu tố đông máu
b. Tiêu sợi huyết nguyên phát
c. Giảm chức năng kết tập tiểu cầu
d. Cùng lúc cả 3 tình trạng trên

- 24/4/2017 -

CẤP CỨU SẢN KHOA

VBAC: sinh ngả âm đạo ở thai phụ có vết mổ sẽ dễ sinh mổ.

- 1) Nếu thai phụ có vết mổ cũ, khi nào cho thai phụ sinh thường?
- 2) Theo dõi CD vết mổ cũ như thế nào để phát hiện nứt rết mổ cũ.

Có trình tự xem lâm sàng cái TC hay ko?

- 3) Cái dấu hiệu trên EFM để phát hiện vết mổ cũ.

- 4) làm sao để phát hiện nứt rết mổ cũ sau khi CD mà lại ko cho kiểm tra TC thường quy?

- 1) Muốn lâm VBAC tốt thì phải có:

- setting tốt: phong mổ, dù tri máu, hở sét tốt...

- xét:

+ chênh chỉ định: * 5 yếu tố mổ lấy thai lâm trc + 1 yếu tố bất lợi lâm này

→ thoả 6 yếu tố rồi mới tư vấn cho BN sinh ngả AD + đồng

→ thủ thuật sinh ngả AD thuận mua BN

→ nếu tái thi xét tiếp cái YT dù báo thất công or dù báo thất bại

- có 1 YT dù báo thất công đang gây tranh cãi, đó là:

thời gian từ lâm sản mổ trc cho tái lâm sinh hiện tại là bao lâu

→ thời sự chưa có text book nào đưa ra luận điểm

Trên thực tế, VT có thể là 7-21 ngày: đạt đến độ

cang = 50% so vs lứa tuổi có VT. Số sót có bt ko sinh thêm,

ngoại trừ với cả TC hình thái trong thời kỳ để

lâm ứng CD → hậu sản thì nứt di, Thai kì nứt thi hở thất.

Vậy nếu có vết mổ cũ thì ở lâm sàng này có bao nhiêu
vết cõi hình thâas. Khi vết mổ có mỏ xổ thì ko có sói cõi
mác trước.

→ chỉ có KN: vết mổ lâm trc mui xát (NT, chảy máu
kéo dài sau hemisun) → o VBAC

vết mổ lâm trc dat chát lg: cần nhai VBAC.

⇒ Tóm lại: sùi bờn Vt lâa qtg: sau sanh mổ, ≥ 3 tháng
mới có khả năng có thai lại. Khi 3 tháng, sùi bờn Vt
lâa tới sau, dù sau bao lâu nữa thì Vt unq ko thể
lâa tốt hơn trước nữa ⇒ ko có KN vết mổ cũ còn mới.

3, VBAC: thường chỉ định gây tê ngoài mang vung.

- đau vú mổ cũ: unq iết kinh huyền thoại, mang trùm
chủ quan vì vết mổ cũ là đau phu mang mạc tang
và (ko nhạy cảm) chỉ ko phải đau phu mang mạc thâas.

- ↓ đau sản khoa trên VBAC nên thử chỉ định vi
lúi CD, ko bứt đau vi CD or đau vi vết mổ cũ

→ lâm sàng đồng bsi → ↑ tỷ lệ can thiệp → ↓ tỷ lệ thâas
công. và sus thâg / VBAC.

⇒ use ↓ đau lâm sàng tc đau nhưng lâm ↓ sùi chỉ phối
và đau & cảm xúc thai phu khen quyết định mả bs:

- Dấu hiệu EFM: ↓/con co, suy thai vi:

- mót máu qua vết mót

- TC có mót → ↑ trö khuyéng AM rȫn → ↓ máu trö
baoh nhau. (do TC có sau khi quét)

- Dấu hiệu mót unq: mót sùi vi mót máu.

4) 5 năm trc, soát TC là thường quy sau VBAC.

Sau: Hiện nay, o thường quy vì:

- nguy c NT n đây i trung t c ngoài vào.
- kiai nitt TC m chua r nh Thanh mai (t đ r nh c & m n m TC), n u soát TC = tay thi nguy c l m r nh r nh thanh mai \rightarrow i TC thu s t.

- v TC s i d u h u u l s r v n g :

+ ra m u i n

+ huyết đồng me o on

- n u i c soát TC thi unq ch d i t riot ghi l t theo d o i v TC
 \rightarrow sau d o b t bua phcl n tham s t.

2, EFM: nh y p \downarrow k e d a i (n u i m u i m t k o n : nh y p + m u i n)
L m s o d t A nhau bong non ?

N u i n g h i n g o A nhau bong non thi l m g i ?

- nhau bong non r t d t n g t , th g o l q YTNC

- YTNC: + TSG

+ CT.

- d t A nhau bong non:

+ con g o u i n g t u h : 1st

+ b t th g EFM

\downarrow n g h i n g o .

nhau bong non \leftarrow n i c c d k o ? ra h u y t A D ?

(TC ra h u y t A D o d t h u u n h i l u i C D. d t u ra h u y t A D ?

- A xt : scu m o .

- con g o c g t u h unq c thi g y N EFM n u i i thi Aquatay

- nhau bong non \rightarrow xu t c c p u u n i :

- + RL TC-nhan
- + phong huyết TC : TC có hở kín → bariug huyết sau sush.
- nhan hong non có thể o, áthg bé nhưng có thể xỉ li quá tay vì nguy cơ lún.
- EFM luôn biến động vì nhan hong ra ko hết nữa.

Bariug huyết sau sush.

- ng/nhan : 4T
- + đồ TC
- + CT : CTC, AA, TC, tàng sikh namin
- + sót nhan, nhan tiền dạo, nhan hong non
- + RLDM : thg TP

⇒ thg nhieu ng/nhan phối hợp

- xỉ tñ:
- + bong chén : đồ TC: ko hiên quả vì ngăn cản TC co. nhau hán thấp: hiên quả vì cõi dưới TC chỉ có 2 lớp, có ko hiên quả.
- + thuật ngữ TC là p' kín hiên quả nhất trong TC dù p' p' đầu tay vì TC rất nhieu mao mao (k thi gày thiu mao mao nái được)

Memo no. _____

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Date _____ / _____ / _____

Nhau cùi răng lược.

- nếu chảy máu nhiều → chẩn đoán thai kỉ hoặc chảy máu thai.
- nếu ko có TC gì vẫn kết thúc thai kỉ sau 34-35w vì
nếu ~~ko~~ để lâu, TC to, cầm máu khó.
- nếu chụp MRI xem mờ xâm lấn. xâm lấn BQ → soi BQ.

Nhau trên da.

- dù là type nào đều ko có TC thì có thể kéo dài tới 37w.
- dài nhất, lâu sáu máu AB → gusat máu chảy từ kẽm CIC
sa dây rốn. ko dài yên có:
↓
- cấp cứu tại khẩn trong sản khoa. cấp cứu CD
- vì hồi sức hiện nay tốt, phòng nổ tốt nên nhanh chóng.
vòn đập mờ nhụy rất thấp (nghen đập) thi khả năng
em bé vẫn vòn sống → có gaing tối đa để cứu em bé
- nếu dây rốn ko đập, khô quẹo → em bé chết → sad thường
- xử trí: giữ nguyên tay khẩn, đẩy đầu lên cao
→ mở sush tiểu thời.



Bài ứng dụng **Cấp cứu Sản khoa**

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

TÌNH HUỐNG 1: TIỀN SẢN GIẬT

Bà A., 37 tuổi, PARA 3003, 3 lần sinh thường con nặng nhất 3200g, con nhỏ 2010. Hiện đang mang thai ở tuần thứ 36. 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.

Từ sáng nay, thai phụ thấy mệt, hoa mắt và nhức đầu. Khoảng một giờ trước, thai phụ đột ngột đau bụng liên tục và dữ dội, tử cung gò cứng liên tục, kèm ra huyết âm đạo lượng ít nên đến khám.

Khám ghi nhận thai phụ tĩnh, tiếp xúc tốt. Nhức đầu, hoa mắt và chóng mặt. Phù nhiều chỉ dưới và mặt. Mạch: 112 lần/phút, Huyết áp: 130/100 mmHg. Bụng gò cứng. Âm đạo có 100 mL huyết sậm. Tim thai 120 lần/phút, đều. CTC 5 cm, ối căng phồng, đầu cao.

Huyết đồ với kết quả HC: 2.100.000 /mm³, Hb: 8 g/dL, HCt: 25%, chức năng đông máu hiện có thời gian máu chảy bình thường, các khảo sát còn lại chưa có kết quả.

Bạn sẽ làm gì? Chọn **tối đa là 4** câu đúng.

- A. Thuốc chống tăng huyết áp **chưa có chỉ định**
- B. MgSO₄ **Thái 36 tuần, k cần để bảo vệ thần kinh.Nghĩ TSG có dấu hiệu n**
- C. Thuốc giảm gò tử cung **Gò cường tính -> Giảm gò**
- D. Truyền máu hay chế phẩm máu **Mạch nhanh, HA tụt -> Có chỉ định**
- E. Phá ối **Nghĩ nhau bong non -> có lợi, làm**
- F. Mổ sanh

Phân tích lý do vì sao bạn quyết định thực hiện các can thiệp trên.

TÌNH HUỐNG 2: CUỘC SANH VỚI VÉT MỎ SANH CŨ

Bà B., 32 tuổi, PARA 1001, mổ sanh năm 2010 do suy thai trong chuyển dạ. Hiện tại, tuổi thai được tròn 34 tuần.

Đêm qua, bà B. nhập viện vì ra nước âm đạo đột ngột, không kèm co tử cung.

Lúc nhập viện, ghi nhận thai phụ tĩnh, tiếp xúc tốt. Mạch: 80 lần/phút, huyết áp 110/70 mmHg. Bụng mềm, tử cung có 2 cơn gò tử cung trong 10 phút. Âm đạo có động nước ối trắng trong. Tim thai 140 lần/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 gò trong 10 phút. Tim thai 140 lần/phút, đều. Cổ tử cung mở 5 cm, xóa 60%. Ngôi đầu vị trí -1, ối đã vỡ hoàn toàn. Do sản đồ đã chuyển phái và do con co không đủ, nên bạn quyết định tăng co bằng oxytocin.

2 giờ sau oxytocin, trong khi đang theo dõi chuyển dạ, đột nhiên trên băng ghi thấy xuất hiện **nhip giảm kéo dài**, với trị số tim thai 80 lần/phút. Sản phụ rặn liên tục nên không đánh giá được con co trên băng ghi EFM.

Cổ tử cung mở rộng, xóa hết, ngôi đầu, vị trí -3, ối đã vỡ hoàn toàn. Âm đạo ra ít huyết đỏ. Sinh hiệu mẹ ghi được ở thời điểm này là mạch 100 lần/phút, huyết áp 100/50 mmHg.

Bạn nhận định như thế nào? Sẽ làm gì? Chọn 3 câu đúng.

- A. Lẽ ra không nên thực hiện gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa khi có vết mổ sanh cũ
- B. Gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa là một hành động nên làm khi chuyển dạ có vết mổ sanh cũ
- C. Lẽ ra không nên tăng co bằng oxytocin khi có vết mổ sanh cũ
- D. Tăng co bằng oxytocin không phải là một chống chỉ định khi có vết mổ sanh cũ
- E. Tôi sẽ cho mổ sanh ngay
- F. Tôi sẽ cho thực hiện cuộc sanh ngả âm đạo



TÌNH HUỐNG 3: XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN BA CỦA CHUYỀN DẠ

Bà H., 33 tuổi, PARA 2002. Nhập viện vì chuyển dạ sanh, thai đủ tháng.

Tiền căn 2 lần sanh thường, con nặng nhất 3800 gram. Bà H. bị băng huyết sau sanh ở lần sanh thứ nhì, nhưng không phải truyền máu.

Khám lúc chuyển dạ ghi nhận mạch 72 lần/ph , huyết áp 110/70 mmHg , bè cao tử cung 36 cm , băng ghi EFM nhóm I, với 3 con co tử cung trong 10 phút, cổ tử cung 4 cm , xoa 60%. Ngôi đầu, Chẩm phải sau, ở vị trí -1, ối vỡ nước ối trắng đục.

2 giờ sau khi nhập viện, cổ tử cung mở rộng, bà H. rặn sanh thường dễ dàng, bé trai 3900 gram, APGAR 1' = 8. 5' = 9.

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 số nhau khoảng 600 mL .

10 phút sau khi nhau sỗ, bà H. chảy máu lại. Ghi nhận mạch 108 lần/ph , huyết áp 100/65 mmHg . Bà H. được dùng thuốc co hồi tử cung.

10 phút sau, bắt chắt can thiệp trên, bà H. tiếp tục chảy máu. Lúc này máu mất đo được là 800 mL , mạch 120 lần/ph , huyết áp 90/60 mmHg .

Vì thế bà được kiểm tra đường sinh dục với tay và dụng cụ. Tử cung nguyên vẹn, lồng tử cung sạch, rõng, cổ tử cung mềm nhão. Kiểm tra cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn không rách. Bà H. vẫn còn chảy máu dù đã dùng thêm thuốc꼬 tử cung. Máu vẫn tiếp tục chảy ra ngoài âm đạo, túi hưng máu lúc này chứa 1000 mL.

Hãy cho. Chọn 3 câu đúng.

- A. Các can thiệp đã thực hiện cho bà H. là đầy đủ
- B. Các can thiệp đã thực hiện cho bà H. là đúng trình tự
- C. Các can thiệp đã thực hiện cho bà H. là đúng thời điểm cần thiết
- D. Nếu có kế hoạch phòng tránh tốt thì có thể ngăn cản được sự kiện đã xảy ra
- E. Nếu mở sanh chủ động thì có thể ngăn cản được sự kiện đã xảy ra
- F. Ở thời điểm cuối cùng của tình huống, đã có chỉ định can thiệp ngoại khoa

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date _____ / _____ / _____

- 26/4/2017 -

Application: CẤP CỨU SẢN KHOA.

Tình huống:

• background:

- THA sau lúi 28W → có thai: THA thai kì

TSG ở đâu hiện nay

• Vết đe dọa hiện tại

- XH 3 tháng muộn thai kì → nghỉ: nhau trên da
nhau bong non
vô TC

- Sát mót máu mà máu chảy ra ngoài chỉ có 100ml
→ nghỉ: + vô TC → ko nghỉ vì LS ở phù hợp.
+ máu từ sau nhau → nhau bong non.

- TSG có dấu hiệu ngã: nhau rớt, chảy máu.

⇒

• Xử trí

- phái ối: ↓ áp lực buồng ối, ↓ tràn nhau bong non
+/- thuỷ điện sưởi ngâm da

- truyền máu: do mất máu cấp (shock mất máu)
tránh BC DIC

- rauh AD: da săn, đẻ nhanh.

giới hạn trong 30p

- rauh nu: ko biết chia sẻ đẻ sau bao lâu.

giải quyết nhanh nhau bong non

- thuốc THA: ko cần.

- NGSO_4 : tình trạng suy ~~thâss~~ or shock có cho xài ko.

\Rightarrow theo Thầy Quang.

- TSG này: nỉ nhύt đầu, chory mót.

có BC cấp: sùn giật, phổi phổi cấp, nhau bong non

- bệnh cảnh ở đây \rightarrow phải shock (nỉ HA còn cao) + Hg me mà là nhau bong non Hg con

- phải xài HA nỉ TSG nđy \rightarrow thuốc hưu = nicardipine bơm tiêm điện (ko sợ hạ áp).

- phái xài NGSO_4 vì người co giật.

- ở xài ↓ gò nỉ phái cảm nhận có hàn qua ro, thuốc đổi lầu

\rightarrow hỏi: xài ↓ gò có cảm phái đi mồ' ko?

Thop này dù ↓ gò hay ko cũng phải đi mồ.

- Ko truyền máu nỉ chia shock nết máu, chỉ truyền máu kêu nứi ko truyền BN sẽ mất mạng.

- nên phái ↓ nỉ ↓ áp lực buồng TC khoảng chừng nhau bong non \rightarrow trao đổi TC nhau để tránh lâm ↓ suy thai + phái ↓ trao đổi TC rất ít khi chờ mồ' (or thủtay có nếu sauh ngả AD).

- mồ' sauh nỉ ko thuận lợi cho sauh ngả AD.

mồ' là cảm nhưng ko phái nỉ hui nỉ nguy có RITM vì nước mồ' ko cảm nhanh sẽ só thi' dân tên chảy máu ở 2 nỗi: dân nhau bani + thâss bụng & vét mồ' TC .

\rightarrow chỉ mồ' khi cùn thiết, phu c nếu dân tên.

Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa	Su
----	----	----	----	----	----	----

Tình huống 2.

- Back ground : VBAC.

- Vai trò :

(-3)

- suy thai, nhip ↓ kéo dài.

- vỡ TC : EFM bài thè + VBAC + shock mất máu (Huyết HA tụt) + đột tử (-1 → -3) + oxytocin.

- tuy nhiên : HA ↓ có thể do ↓ đau sần khoa.

(+3) : - vỡ TC ở thời điểm cuối cùng.

- (-1) → (+3) : có thể là di chuyển TN qua odby sinh.

Kết luận : A. Quang

{ - điểm (+3), vỡ TC

- BN có đk sinh ngả AD túi thời

→ có thể xảy ra ngay em bé, xử trí vỡ TC sau.

→ sinh kinh sinh ngả AD thì chuyển phony mổ ktra vỡ TC.

- với lại, điểm (+3) thì rất thấp, nếu mổ thi em bé rời khỏi

Thay luân :

- sinh AD có nguy cơ ↑ vỡ TC nay thêm nữa.

- mổ, sẽ tránh bị nói "vì sau vỡ TC mà vẫn sinh"

- khi mổ, nếu bắt em bé khó, có thể gây rách thêm 1 tí ở dưới thì cũng đã trong trạng thái sẵn sàng xé tái



Bài kiểm tra đàm bảo chuẩn bị bài
Chăm sóc hậu sản

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

1. Cô A sanh kèm vì tim thai chậm giờ thứ 6, chưa tiêu tiêu được sau sinh. Hiện tại sốt 38°C , cảm giác mót tiểu và mót rặn, 2 vú căng đau, tử cung gò chắc trên rốn 2cm, săn dịch sậm vừa, khám âm đạo ghi nhận đinh vết may có khối nè d= 5cm, tím, đau. Chẩn đoán nào có thể phù hợp? **Chọn một câu đúng nhất.**
 - a. Nhiễm trùng tiểu dưới
 - b. Viêm vú nhiễm trùng
 - c. Máu tụt tăng sinh mòn
 - d. Sót nhau nhiễm trùng

Sanh giờ 6, chưa tiêu tiểu
2 vú căng đau: bt
Tử cung gò chắc trên rốn 2m -> ok
Sản dịch sậm vừa -> ok
Mót tiểu, mót rặn, sổt nhẹ, khám có khối nè, tím, ăn đau -> Tụ máu TSM
2. Cô B 33 tuổi, PARA 2012 (2 lần sanh mỗ, 1 lần thai ngoài tử cung). Cô B đến khám hậu sản sau sinh mỗ 5 tuần, đang cho con bú mẹ không hoàn toàn, chưa có kinh trở lại và muốn ngừa thai hiệu quả trong vòng 5 năm. Biện pháp tránh thai nào phù hợp với cô B? **Chọn một câu đúng nhất.**
 - a. Vòng tránh thai Cu-IUD hay LNG-IUD
 - b. Thuốc tiêm tránh thai chứa progestin DMPA
 - c. Thuốc viên tránh thai phối hợp COCs : *← 6w → 10 wai*
 - d. Thực hiện cho con bú vô kinh LAM

Đang cho con bú mẹ, sau sanh 5 tuần -> Chưa COCs
LAM không hiệu quả
DMPA vs IUD thì IUD ổn hơn.
Sau 5 tuần -> IUD được rồi
3. Cô C sanh thường giờ thứ 24 bé 36 tuần, đang ở cùng mẹ. Sáng nay ghi nhận bé vàng da đến ngực, tiêu vàng sậm, bò bú, Bilirubin toàn phần 10mg/dl. Cần làm gì hôm nay cho bé? **Chọn một câu đúng nhất.**
 - a. Hướng dẫn cho bé bú mẹ và tắm nắng cho bé
 - b. Định lượng Bilirubin toàn phần lại sau 24 giờ
 - c. Thực hiện quang liệu pháp ngay lập tức
 - d. Thực hiện thay máu ngay lập tức
4. Triệu chứng nào sau đây là hiện tượng sinh lý trong thời gian hậu sản gần (2 giờ sau sinh)? **Chọn một câu đúng nhất.**
 - a. Mạch nhanh
 - b. Huyết áp thấp
 - c. Thân nhiệt tăng
 - d. Con rét run

mạch hơi chậm
H/A bt
Thân nhiệt bt, lúc lén lút có thể sốt nhẹ
5. Phương pháp nào sau đây đơn giản và chuẩn xác nhất để phân biệt bí tiêu với vô niệu trong những ngày đầu hậu sản? **Chọn một câu đúng nhất.**
 - a. Dựa vào chức năng thận (BUN, creatinin)
 - b. Dựa vào sự khác biệt khi đặt sondé tiêu
 - c. Dựa vào khối cầu hạ vị trong thời kỳ hậu sản
 - d. Dựa vào sự khác biệt trong tốc độ co hồi tử cung
6. Biện pháp nào sau đây điều trị hiệu quả vàng da do nuôi con bằng sữa mẹ? **Chọn một câu đúng nhất.**
 - a. Chấm dứt hoàn toàn việc nuôi con bằng sữa mẹ



- b. Tạm dừng việc nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn
 c. Nuôi con hỗn hợp sữa công thức xen kè sữa mẹ
 d) Thay đổi cách thức nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn

7. (Tình huống sử dụng chung cho câu 7 và câu 8):

Sản phụ sau sinh mô chù động bán khẩn ngày thứ 5 do mẹ bị tiền sản giật nặng, thai 35 tuần có dấu suy thai. Hiện tại bệnh nhân sốt cao, đau r้าu bụng dưới, môi khô. Khám có các dấu hiệu sau: tử cung ngang rốn ấn đau, không có cầu bàng quang, 2 vú căng to ấn đau nhiều. Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất của bạn?

- a. Viêm vú
 b) Nhiễm trùng hậu sản
 c. Lêu sữa
 d. Nhiễm trùng tiêu
- N5
 Mô bán khẩn
 Sốt cao, môi khô -> Nghĩ có NT
 Đau r้าu bụng dưới, tử cung ngang rốn ấn đau -> Nghĩ NT
 2 vú căng to, ấn đau nhiều?

Lêu sữa chỉ gây sốt nhẹ thôi

8. Theo bạn, nguyên nhân dẫn đến hiện tượng trên là do?

- a. Tắc sữa
 b. Sữa về chậm
 c) Bé sán dịch
 d. Bi tiêu sau sanh

9. Khi thăm khám trẻ sơ sinh, nhằm phát hiện sớm hạ thân nhiệt ở trẻ, bác sĩ sẽ ưu tiên thăm khám vùng nào của trẻ trước nhất? Chọn một câu đúng nhất

- a) Vùng bàn chân
 b. Vùng sau lưng
 c. Vùng bàn tay
 d) Vùng ngực

10. Sản phụ K, hành nghề mại dâm, sinh thường 1 bé Trai 3200g, APGAR 8/9. Bà K không khám thai định kỳ. Khi chăm sóc bé, cần chú ý điều gì? Chọn một câu đúng nhất

- a. Nhỏ mắt bằng dung dịch Erytromycin 0.5%
 b. Nhỏ mắt bằng dung dịch NaCl 9%
 c. Nhỏ mắt bằng dung dịch Neomycine 0.5 %
 d) Nhỏ mắt bằng dung dịch AgNO3 1%

— 4/5/2017 —

Test : CHĂM SÓC HẬU SẢN.

1, so sánh lợi & hại giữa pp tránh thai = IUD & progestin DMPA
cho BN hậu sản?

Tiền căn có TNIC có ảnh hưởng đến việc đặt IUD.

BN này có thể use que tý tránh thai?

TH này hậu sản gần (5w) → sd IUD. vì:

- < 6w hậu sản.
- muốn tránh thai lâu (5 năm)
- sd progestin trong khi cho con bú (< 6w hậu sản)
thì có nguy cơ qua sữa mẹ gây ảnh hưởng đến胎兒, v/dg
- ko có chống chỉ định của IUD:
 - + nhũn trùng
 - + hậu sản quá ngắn: < 48h
- DMPA: 3 tháng chích thuốc 1 lần.
- Tiền căn TNIC: vẫn có thể đặt IUD.

2, So sánh VD do sữa mẹ & VD do nuôi con = sữa mẹ

• VD nuôi con = sữa mẹ: sốt

VD bli

chán ăn, lọc máu.

• VD do sữa mẹ: nhẹ, muốn

ko cần điều trị mẹ mauh.

sd hỗn hợp sữa CT & sữa mẹ.

o cho bú liên tục mà ngắt quãng.

VD này ⇒ ngực sữa mẹ + quang lâm pháp

Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa	Su
----	----	----	----	----	----	----

- VD nāng : - VD bēihlēi
- VD nhān.
- Điều tr̄i VD nāng : - cheēū st̄n
- ko dc thi thay māu.
- Cái YINC mā VD:
- sunh non
- tān huyēt
- NT
- pb VP suā mē & VD nuôi con = nām mē:
- tr̄c kdu pb phái loai tr̄i cí u ng/lhān VD bli
- pb = qusat p̄ia b̄i, caikh b̄i...

3) V̄i sao khán h̄a thān nhiet lai s̄ò chān 1st?

- h̄a thān nhiet : tān chí xa tui nhiet → h̄a nhiet chí 1st.
- em b̄i thường b̄i quān trong chān → tay khó s̄ò or cảm nhān ko dung → s̄ò chān 1st.

4) Phân biệt nêm ní & NT h̄au sǎn.

- nêm ní → - giao ← - NT h̄au sǎn.
+ cāng + NT + có YINC.
+ dau + s̄ot.
+ đt̄g vēo

- pb nêm ní : & tuyēn ní phu: hach
có m̄i gān chō nêm ní → dau: nêm ní
+ o dau, o cāng: tuyēn ní phu
o dx.

Mo Tu We Th Fr Sa Su

Memo no. _____

Date ____ / ____ / ____

- Ø ném ní, áp xe ní, NT hoà sán lâ + nhau.

5. Dung u TC:

- IUD làm ↓ tỉ lệ có thai → ↓ tỉ lệ TNTC
- Khi IUD thất bại ~~lần sau~~ → ↑ tỉ lệ TNTC.
- YT thuận lợi gây TNTC sau khi đặt IUD:
 - + ném ní: do sợi dây kích thích tạo dịch AD
 - điều BN không tránh kì dù ko có TC khó chịu.
- Có tiền căn TNTC ko ảnh hưởng đến việc đặt IUD.
ko phải chống chỉ định.



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ

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

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

1. Tác dụng bảo vệ của sIgA có đặc điểm gì? **Chọn một câu đúng**
 a. Bảo vệ khỏi các nhiễm khuẩn có đường vào đa dạng
 b. Chỉ bảo vệ với các chủng vi khuẩn mà mẹ từng tiếp xúc
 c. Để có tác dụng, cần phải có mặt đồng thời của lactoferrin
 d. Chỉ có tác dụng khi có protease từ khuẩn đường ruột
2. Tác dụng bảo vệ của lactoferrin dựa trên điểm nào? **Chọn một câu đúng**
 a. Tước bỏ sắt của vi sinh vật để làm chết vi sinh vật gây bệnh
 b. Tước bỏ sắt của môi trường để không chế vi sinh vật gây bệnh
 c. Cung cấp lượng sắt cần cho các vi khuẩn thường trú đường ruột
 d. Duy trì một nồng độ sắt đủ để ức chế các vi khuẩn ở đường ruột
3. Sản lượng sữa mẹ sẽ bị sút giảm một phần so với bình thường trong trường hợp nào? **Chọn một câu đúng**
 a. Vắt sữa mẹ để bé ăn bằng cốc và thia, không bú vú mẹ
 b. Người mẹ cho con bú đều cả hai vú trong mỗi bữa bú
 c. Nuôi con bằng sữa mẹ nhưng không phải là hoàn toàn
 d. Cả ba trường hợp trên đều làm giảm sản lượng sữa mẹ
4. Khi bà mẹ đang cho con bú cần dùng kháng sinh, phát biểu nào sau đây là đúng? **Chọn một câu đúng**
 a. Bà mẹ chỉ được phép dùng các loại kháng sinh không được bài xuất qua sữa mẹ
 b. Khi buộc phải dùng các kháng sinh qua được sữa mẹ, thì phải vắt bỏ sữa mẹ
 c. Điều duy nhất có ý nghĩa là tác động trên bé của kháng sinh đã hấp thụ qua ruột
 d. Trong mọi trường hợp, tốt nhất là cho sơ sinh bú xa thời điểm mẹ uống thuốc
5. Sự thiếu hụt của hormone nào sẽ gây hệ quả là giảm khả năng duy trì sản lượng sữa? **Chọn một câu đúng**
 a. Estrogen
 b. Progesterone
 c. Oxytocin
 d. Sản lượng sữa mẹ độc lập với thiếu hụt các hormone trên
6. Khác biệt quan trọng phải lưu ý khi điều trị bằng quang liệu pháp cho một trường hợp vàng da sơ sinh do sữa mẹ và cho một trường hợp với vàng da sơ sinh do nuôi con bằng sữa mẹ là ở điểm nào? **Chọn một câu đúng**
 a. Là các can thiệp khác phải được tiến hành đồng thời với quang liệu pháp
 b. Là khả năng đáp ứng với quang liệu pháp (với cùng ngưỡng bilirubin)
 c. Là bước sóng phải dùng khi quang liệu pháp (ánh sáng trắng hay xanh)
 d. Là ngưỡng bilirubin huyết thanh của chỉ định bắt đầu quang liệu pháp
7. Thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn sẽ làm giảm nồng độ trong máu của loại hormone nào? **Chọn một câu đúng**
 a. Các steroids sinh dục
 b. Dopamin hạ đồi- tuyến yên ↓
 c. Gonadotropin tuyến yên ↓
 d. Chế tiết của cả 3 hormone trên cùng bị giảm khi thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ
8. Nếu bà mẹ phát hiện có thai khi đang cho con bú mẹ, tư vấn nào sau đây là chính xác? **Chọn một tư vấn đúng**
 a. Cần ngưng cho bú càng sớm càng tốt để hạn chế khả năng có chậm tăng trưởng trong tử cung
 b. Nên chuyển sang sữa công thức do hàm lượng đường chất của sữa mẹ giảm do phải chia cho thai
 c. Nếu cho bú dài ngày, có thể làm rút ngắn cổ tử cung do tác dụng dài ngày của cơ co tử cung
 d. Cần ngưng cho bú ngay vì oxytocin tiết ra do kích thích núm vú trong cữ bú có thể gây sảy thai



9. Nếu trẻ quấy khóc nhiều và đòi bú liên tục, cần thực hiện động thái nào? *Chọn một động thái đúng*
- a. Đánh giá lượng sữa bằng các phương pháp trực tiếp (hút sữa ra và đo thể tích hút ra...)
 - b.** Đánh giá nuôi con bằng sữa mẹ qua bảng câu hỏi và quan sát trực tiếp bữa bú sắp đến
 - c. Chuyển sang bú hỗn hợp có thể là giải pháp tốt trong mục đích làm giãn cách các bữa bú
 - d. Hướng dẫn cho bà ta hiểu rằng đứa trẻ có nhu cầu cao do đang trong giai đoạn phát triển nhanh
10. Thái độ nào trong các thái độ sau để xử lý sữa thừa trong bầu vú sau một cữ bú là đúng? *Chọn một câu đúng*
- a.** Luôn luôn cố gắng hút hết sữa thừa, làm trống vú, bất kể các yếu tố khác
 - b. Thái độ khác nhau, tùy theo khối lượng sữa thừa còn lại là nhiều hay ít
 - c. Thái độ khác nhau, tùy theo trẻ có chịu ăn bằng cốc và thìa hay không
 - d. Thái độ khác nhau, tùy theo khả năng có thể bảo quản sữa hút ra được (ngân hàng sữa ở bệnh viện, tủ lạnh ở nhà...)

—10/5/2017—

Test: NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

cái yếu tố bảo vệ:

- IgA: bảo vệ tiêu hóa & hô hấp
- lactoferrin: bảo vệ đường TH = cách tách bỏ Fe của VSV.
ái lực rất lớn vs Fe
↓
lưu ý em bé có bị mất Fe ko?

↪ Fe sau khi bị lactoferrin thi vẫn dung đc
nuôi con - sữa mẹ & làm em bé mất Fe mà ngenso
hai làm ↑ hấp thu Fe ở em bé.

nếu nuôi con = sữa mẹ mà bỏ rung Fe làm ↑
độ bão hòa Fe → ↓ hấp thu Fe ở trẻ.

lactoferrin bị phân huỷ bởi protease trong suýt
ong tiêu hóa. Ở trên DD, lactoferrin bắt giữ Fe của VSV,
đồng thời bị tiêu huỷ 1 phần. Càng xuống dưới, sau khi
bắt hết Fe của VSV thì lactoferrin sẽ bị phân huỷ hoàn toàn

cho con bú gây T tiết oxytocin gây con cõ TC. Liệu việc
này có gây sảy thai or sauh non?

- . thời hì hau sản: có kéo dài nứ vè bình thường
kéo dài ~ 6 tuần.
- . Giảm đau phong' noãn sau sinh: trong hau sản thi mới
chuyển đổi trở về bt thi vnguy có xảy ra phong' noãn.
- . oxytocin đc tiết ra do đồng tử ngẫu bất ni & nuốt ni me.
tết tử tuyêt yên

→ cù ngầm ní mì là có oxytocin

Bù [oxytocin] / máu ko đổi, ↑ khi ngầm bắt ní.

- Tuy nhiên, có oxytocin là 1 chuyện, tb cù TC đt/3 ko là chuyện + do ngưỡng nhạy thay đổi

vđ: Khi phát CD = oxytocin \Rightarrow TCN2: Khó dù [oxytocin] cao.
TCN3: dễ dù có hoocmon + HDG

- Khi sẩy thai, có lq mệt mỏi thết vs hoang thế.

- oxytocin: có cù TC

- progesteron: không có TC (đối kháng oxytocin)

Với 1 thai kì khỏe mạnh, oxytocin là ko đủ gây sẩy thai

→ giao hợp ko đủ gây sẩy thai khi thai nhỏ
Tuy nhiên, khi thai kì đã lớn, có TC ↑, ↑ nhạy vs oxytocin

→ giao hợp gây sẩy thai là có.

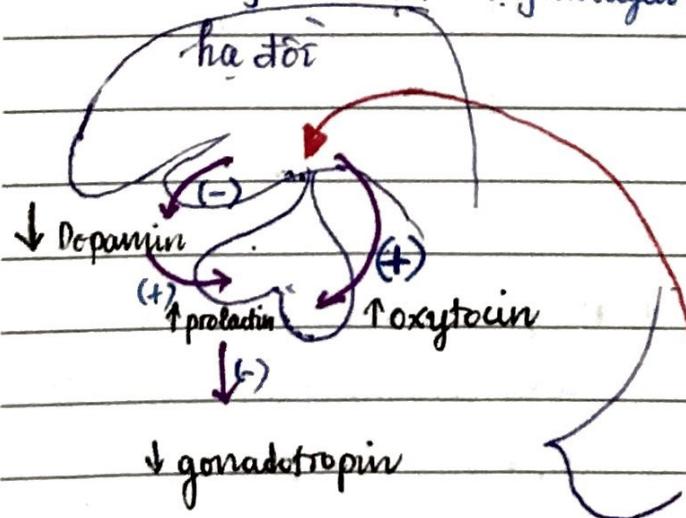
Dopamin là gì?

Dopamin: (-) tiết prolactin (prolactin inhibitor).

↓ bromocryptin: điều trị vò suh do vò kinh

PIF \Rightarrow PIF \neq prolactostatin = dopamine = PIH.

có trong sữa thua, tái duyên truyền hìn, làm e tiết sữa



Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa	Su
----	----	----	----	----	----	----

ngân bát nút gây kích thích lên hệ đối tác kích thích : lên tuyền yêu :

(+) : ↑ tiết oxytocin : có bóp cổ tròn ong dẫn nở → tăng xuất sữa

(-) : \downarrow dopamine \rightarrow \uparrow prolactin.

Khi ↑ prolactin rồi thì nẽ ra gì? gonadotropin là do ↓ dopamin or ↑ prolactin?

- Tìm hiểu đối - yếu - BT lối dây có trục, feed back đóng vai trò quan trọng.

hàm lượng dopamin:

dopamin ↓ khuén cho nêu rέ ché phorý thích prolactin
ke cón nǚ. Tuyén nǚ c พฤษภาคม estrogen týg hau sair.

Do prolactin chỉ tăng lên cao để tuyến vú đã có sữa ra nên dù ko có estrogen, tuyến vú vẫn ↑.

vì prolactin dopamin + lđg lên toàn bộ thụy tr. tuyến yên nên gây hết cai hormone thụy tr. tuyến yên
→ feedback (-) làm ↓ gonadotropin.

Tại sao vật súc me or chó bùi 2 bên làm 1 hòn lô sút

- vút : chỉ hàng veo bàu ní, ở hàng lên núm ní

- bú 2 ní :

+ hết thi tốt

+ ko hút → sữa thưa → ↓ tổng lượng sữa prolactin lên mỗ vú

⇒ tốt nhất nên trú küt 1 ví khi ko còn bù đ償 nữa rồi đổi ví

- mực vật sặc ~ bí túi. Tuy nhiên trophoblast TK
ko cần thiết.