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

Chiều 1

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

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

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

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

Chương 1: Rat

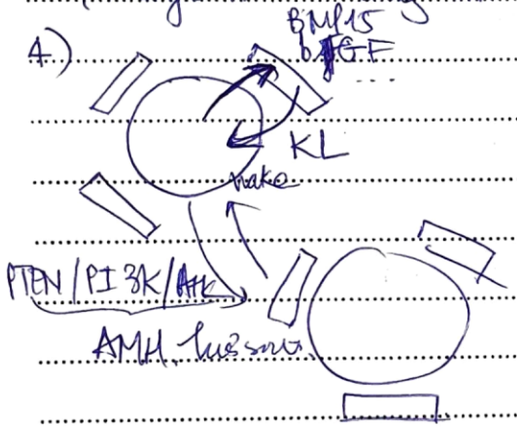
1/C 2/~~B~~ C 3/~~A~~ C 4) B 5) ~~A~~ D ? 6) A 7) A 8) C 9) B 10) ~~A~~ D

2) Phân dạng phân của: { Khử metyl hoá
Acetyl hoá protein histone

— nang De graaf: { Metyl hoá: ở trứng
Khử Acetyl: done

— { Khử acetyl tăng hoạt dự trữ:
metyl hoá + dạng ẩn: liên vô GF

4)



6) Chỉ cần hiểu đây rằng mấu là gây feedback 1st estrogen

3) Ngày bắt đầu ↑ liều bơm & sau thai là tỷ thể² ↓

10) hCG có dạng ứng mà giúp nhận diện phôi nội mạc

1. Tại sao chỉ có estrogen thấp lại → fb 1? Why cao quá → fb 2?

— Sự có mặt estrogen ∀ nồng độ → hạ đồi → ↓ xung GnRH → ↓ tiết FSH → ...

+ Why fb 1 chỉ lq FSH, fb 2 lại lq FSH & LH?

estrogen
- fb 1: → tuyến yên → FSH
- fb 2: vỏ não → neuron KNDy ← sex steroid; neuron GnRH → Tuyến yên → LH, FSH

Kisspeptin: kích thích phóng (+) Kisspeptin; ức chế phóng (−) { dynorphin, neurokinin

* Vai trò Progesteron trong điều hòa chức năng tuyến yên và GnRH?
(Vì sao fb2 lại còn Progesteron?)

hạ đồi

nhậy

1. tế progesteron (prepare trước thụ mó)
→ đk nên quyết có đc đủ của fb2

estrogen cao.

* Mô dịch nhân phân

Th 1 : lạnh
Th 2 : nhậy

Đều tác progesteron → { hCG lớn ↑ TH 2 (7)
↓ TH 1 (7)

progesteron
- (làm tăng bề hô thể nội heat đáng :)
- yếu quan trọng thứ 2 đối hơn qua TCD4+.

Chiều 1:

Bài ứng dụng

Dẫn nhập về Y học sinh sản

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

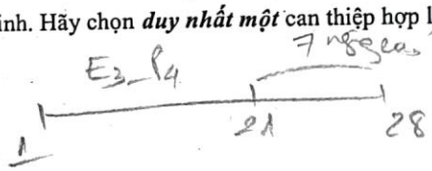
TÌNH HUỐNG 1: VÔ KINH NGUYÊN PHÁT

Cô A., đến khám vì không thấy có hành kinh, dù cô đã được 18 tuổi. estrogen →
Khảo sát cho thấy cô có karyotype 45,X0[1].
Khám lâm sàng ghi nhận vắng mặt hoàn toàn các đặc tính sinh dục nữ thứ phát. Siêu âm ghi nhận tử cung thiểu sản, kích thước 2 buồng trứng rất nhỏ, không thấy có hình ảnh của các nang noãn thứ cấp.
Bà được thực hiện định lượng các nội tiết tố sinh dục. Kết quả nồng độ các hormone sẽ *bất thường* cho các hormone tại (các) tầng nào? Chọn ***một*** câu đúng

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

Cô A. muốn có vóc dáng bình thường như người nữ khác, cũng như có kinh. Hãy chọn ***duy nhất một*** can thiệp hợp lý

- **A.** Dùng các steroids sinh dục ngoại sinh
- **B.** Dùng các gonadotropins ngoại sinh
- **C.** Dùng bơm tạo xung GnRH ngoại sinh
- **D.** Dùng kisspeptin ngoại sinh



TÌNH HUỐNG 2: THUỐC TRÁNH THAI HOẠT ĐỘNG RA SAO[2]?

Công thức của thuốc tránh thai uống có đồng thời ethinyl estradiol[3] và progestogen[4] với hàm lượng cao, cố định.
Thuốc được dùng liên tục từ ngày 1st của chu kỳ đến ngày thứ 21st của chu kỳ.
Có một khoảng nghỉ (không hormone ngoại sinh) dài 7 ngày từ ngày 22nd đến ngày 28th.
Sẽ xảy ra điều gì tại buồng trứng ở người dùng thuốc tránh thai uống có công thức như trên? Chọn ***một*** câu đúng

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

Ko chọn fsh
o chọn
o phóng
noãn o ở h dưa mỏ

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

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

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

Ở loài người, hiện tượng chọn lọc đơn noãn xảy ra được là nhờ vào tác động của estradiol 1st feedback. Loại bỏ feedback này hay vô hiệu hóa feedback này sẽ dẫn đến kết quả là phát triển đa noãn[5], với ≥ 1 nang de Graaf, sẵn sàng tiếp nhận đỉnh của các gonadotropins tiền phóng noãn, để thực hiện mục tiêu điều trị hiếm muộn.
Hãy chỉ ra phương pháp nào có thể dùng để đạt được mục đích này. Chọn ***đủ bộ*** phương án đúng

- **A.** Dùng liên tục chất ức chế cạnh tranh để phong tỏa thụ thể màng của estrogen tại NKDy neuron

(SERM) clomid nhưng nó tác động bằng cách nào. Huyện yên.

[1] Tham khảo thêm bài "Nhiễm sắc thể giới tính" ở trang e-learning của www.yds.edu.vn, học phần Sản khoa Y_4
[2] Tham khảo thêm bài "Tránh thai bằng estro-progestogen phối hợp" ở trang e-learning của www.yds.edu.vn, học phần Phụ khoa Y_6
[3] Một dược chất có hoạt tính giống với estrogen do có thể gắn với ER, nhưng hoạt tính estrogen mạnh hơn estradiol tự nhiên rất nhiều
[4] Một dược chất có hoạt tính giống với progesterone do có thể gắn với PR, nhưng hoạt tính progesterone mạnh hơn progesterone tự nhiên rất nhiều
[5] Loại bỏ hay vô hiệu hóa estrogen 1st feedback sẽ giúp các noãn nang thứ cấp thoát khỏi cơ chế của hiện tượng chọn lọc noãn nang

B. Dùng một bolus của kisspeptin ngoại sinh để tạo ra một đỉnh của các gonadotropins FSH và LH
C. Dùng một bolus của GnRH đồng vận[6] ngoại sinh để tạo ra một đỉnh của các gonadotropins FSH và LH
D. Dùng chất ức chế có thời hạn hoạt động của men aromatase P_{450} của tế bào hạt noãn nang
E. Dùng FSH ngoại sinh liên tục trong pha noãn để duy trì nồng độ FSH huyết thanh ở mức mong muốn
F. Dùng LH ngoại sinh liên tục trong pha noãn để duy trì nồng độ LH huyết thanh ở mức mong muốn

Trong ba phương án gây phát triển đa noãn mà bạn đã chọn, phương pháp nào sẽ "cung cấp" nhiều nang de Graaf sẵn sàng tiếp nhận đỉnh của các gonadotropins tiền phóng noãn nhất? Chọn ***duy nhất một*** phương án đúng

A. Dùng liên tục chất ức chế cạnh tranh để phong tỏa thụ thể màng của estrogen tại NKDy neuron
B. Dùng một bolus của kisspeptin ngoại sinh để tạo ra một đỉnh của các gonadotropins FSH và LH
C. Dùng một bolus của GnRH đồng vận ngoại sinh để tạo ra một đỉnh của các gonadotropins FSH và LH
D. Dùng chất ức chế có thời hạn hoạt động của men aromatase P_{450} của tế bào hạt noãn nang
E. Dùng FSH ngoại sinh liên tục trong pha noãn để duy trì nồng độ FSH huyết thanh ở mức mong muốn
F. Dùng LH ngoại sinh liên tục trong pha noãn để duy trì nồng độ LH huyết thanh ở mức mong muốn

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

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

Trong trường hợp này, *"viên thuốc ngày hôm sau"* sẽ được dùng cho mục đích tránh có thai ngoài ý muốn.

Có hai loại thuốc tránh thai khẩn cấp[7] :

1. Một loại dùng progestogen[8] liều rất cao.
2. Một loại dùng SPRM[9].

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

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

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

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

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

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

TÌNH HUỐNG 5: CD_2 CỦA CHU KỲ KINH Ở PHỤ NỮ CÓ DỰ TRỮ BUỒNG TRỨNG CẠN CẠN KIỆT

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

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

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

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

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

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

[6] Decapeptid tổng hợp có cấu tạo và hoạt tính tương tự GnRH của GnRH neuron
[7] Tham khảo thêm bài "Tránh thai khẩn cấp" ở trang e-learning của www.yds.edu.vn, học phần Phụ khoa Y_6
[8] Một dược chất có hoạt tính giống với progesterone do có thể gắn với PR, nhưng hoạt tính progesterone mạnh hơn progesterone tự nhiên rất nhiều
[9] Selective Progesterone Receptor Modulator, gắn vào thụ thể màng của progesterone trên NKDy neuron, tác dụng như progesterone trên thụ thể này

App Chương 1

Case 1 | 18t, 45 XO
tds kg hormone bài tiết sau?

— 45, XO không có bài cứ nang noãn nào cả

⇒ Chắc chắn ♀ có steroid, ♀ có rụng trứng ⇒ ♀ có progesterone

⇒ Bài tiết lên tăng mạnh

⇒ FSH, LH ↑ (♀ ức chế lên hạ đồi bởi tuyến yên)

~~steroid feedback~~ ⟺ tuyến yên hoạt bình thường ⟺ hạ đồi có hoạt động bt
vỏ não

⊕ kisspeptin
⊖ dynorphin } huỷ sớm
neurokinin

★ Tuyến yên bản chất bình thường, ♀ hở nhưng tăng nồng độ thấp ⟹ (B)

≠

steroid

* fb (−) của estrogen là lên tuyến yên
fb lên hạ đồi ⟺ là fb(+) của estrogen, không phải fb(−)

— hạ đồi chịu tác của
- fb(+) estrogen
- fb(−) progesteron

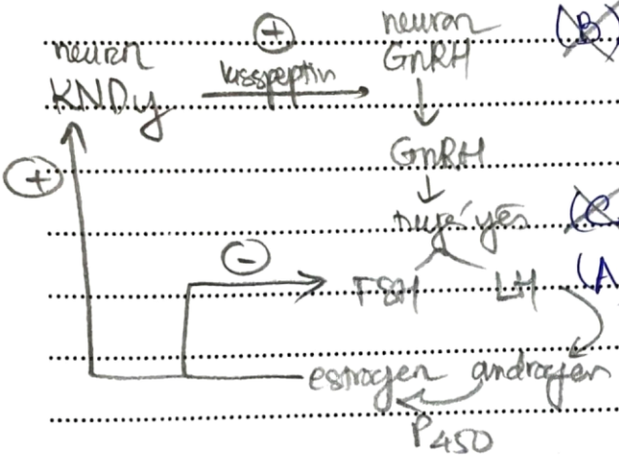
Case 3. ♂ hiếm muộn ⇒ bỏ fb 1

neuron KNDy + gắn P450 hoạt tính gp ↑ nang noãn c
+ dùng FSH ⇒ đầy trứng lên nhưng ♀ ngăn rụng
⟹ nhiều trứng ♀ bị chọn lọc nhưng chưa chắc trưởng thành

+ sau 1 thời gian lên P450.

— IVF buồng trứng phải ca treatment tránh đỉnh LH xuất hiện sớm (đối vận GnRH)
nếu dùng FSH ngoại sinh phải dùng đối vận GnRH
(Thứ vô hiệu quả thụ thể KNDy ở tuyến yên
Cho xảy ra đi)

— "♀ ngăn LH thì mới chín lần chầy"



(B) bolus liss → GnRH tăng cao
→ tuyến yên tăng cao FSH, LH → phóng noãn
⇒ Kết quả ở ↑ nang mà là phóng noãn

(C) bolus GnRH ≈ kisspeptin

(A:) Chất SPRM thoái triển theo hướng muộn gần thụ thể màng, cạnh tranh để khóa estrogen
⇒ hạ đề ở tuyến yên ở nhận ra estrogen
⇒ nếp tự thể FSH → nang ↑ ; ở chọn lọc ngăn ra phong tỏa KNDy : hạ đề ở nhận ra es ↑ : ở rụng

(F): Câu cần có trúng là FSH, cho LH ở lạ gì ⇒ F sai.

Case 4: Progesterone Lút cao — progesteron đóng vận { genom / non genom } → { Muller / NKDy }
SPRM

P_4 { đóng ứ — non genom — NKDy
đóng vận — genom — Muller

⇒ Chọn A (chỉ đóng vận non genom NKDy nhịt chỉ)
⇒ NKDy ngăn phóng noãn
trong khi đặc nhạy { proges tác động genom vào Muller → ở có SPRM
nội mạc TC } ⇒ lạm

Proges: Trên tb Muller : tại nội mạc tử cung, tb có tử cung → nhạy đặc lại : động genomic
SPRM: nóng corepresser : tác động non genomic

{ T. progesteron : Δ nội mạc
SPRM : ở Δ (vì đóng đóng đóng vận)

— Nếu SPRM đóng vận lên nội mạc TC thì có Δ chưa sớm làm tổ hay không ?
— Khi có đỉnh LH rồi phóng noãn không cách rất nhanh vào gì?
Bởi vì ở bắt rụng trứng lúc nào ⇒ không cần sớm cũng tốt
Trong thai : bắt đầu LH, ở Hd khi đỉnh LH ⇒ (A)

Chương 2

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

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

D 1. Định tuổi thai theo chiều dài đầu mông sẽ có độ tin cậy cao trong tình huống nào?
   a. Khi số đo CRL dưới 84 mm
   b. Khi số đo CRL trên 10 mm
   c. Khi tuổi thai ≤ 13 tuần + 6 ngày
   d. Cả 3, và kèm điều kiện cụ thể

A 2. Nguyên nhân nào là nguyên nhân thường thấy nhất của thai nghén thất bại sớm? (file máu Sau thai kế tiếp)
   a. Bất thường trong vật chất di truyền của phôi thai
   b. Bất thường trong vật chất di truyền của cha hoặc mẹ
   c. Bất thường về đáp ứng dung nạp miễn dịch của mẹ
   d. Bất thường về transcriptome của nội mạc tử cung

B 3. Trong quản lý thai nghén thất bại sớm, hành động nào cung cấp nhiều thông tin hữu ích nhất để ra quyết định?
   a. Theo dõi diễn biến lâm sàng của triệu chứng ra huyết âm đạo và đau bụng
   b. Theo dõi tiến triển của các đặc điểm siêu âm qua loạt siêu âm ngả âm đạo
   c. Theo dõi diễn biến của nồng độ β-hCG huyết thanh qua loạt định lượng
   d. So sánh các đặc điểm thấy được qua siêu âm với nồng độ β-hCG lúc đó

C 4. Trong các tình huống sau, bạn khẳng định được rằng thai đã ngừng phát triển trong tình huống nào?
   a. Không thấy phôi thai qua hai lần siêu âm liên tiếp, mà trước đó đã có túi thai và không có yolk-sac
   b. Không thấy phôi thai qua siêu âm ngả âm đạo, khi siêu âm lúc 7 tuần vô kinh, theo ngày kinh cuối
   c. Không thấy hoạt động tim thai qua siêu âm ngả âm đạo, khi CRL ≥ 7mm, thực hiện một lần duy nhất
   d. Không thấy yolk-sac khi số đo đã MSD ≥ 20 mm, qua siêu âm ngả âm đạo thực hiện một lần duy nhất

5. Trong các yếu tố được liệt kê sau, thai ngoài tử cung liên quan mạnh nhất với yếu tố nguy cơ nào?
   a. Đang tránh thai bằng thuốc tránh thai uống chỉ có progestin
   b. Đang tránh thai bằng cách đặt dụng cụ tử cung chứa đồng
   c. Tiền sử có viêm vùng chậu do *Chlamydia trachomatis*
   d. Sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp loại progestin liều cao

6. Khi nào bạn sẽ ưu tiên chọn theo dõi "động học của loạt định lượng β-hCG" hơn là chọn "siêu âm và β-hCG"?
   a. Khi chẩn đoán hiện tại là thai chưa xác định được vị trí
   b. Khi chẩn đoán hiện tại là nghi thai nghén thất bại sớm
   c. Trong trường hợp đang có sót sản phẩm thụ thai sau sẩy
   d. Động học của loạt định lượng β-hCG luôn là ưu tiên

7. Khi nghi ngờ thai có vị trí làm tổ ngoài buồng tử cung, có thể chọn các khảo sát (1) ngưỡng phân định β-hCG, (2) diễn biến nồng độ β-hCG qua loạt định lượng, (3) hình ảnh học qua siêu âm đường âm đạo. Hãy xác định trình tự lựa chọn ưu tiên khi phải chọn một hay nhiều công cụ trong ba công cụ này?
   a. (1) rồi (2) rồi (3)
   b. (1) rồi (3) rồi (2)
   c. (3) rồi (1) rồi (2)
   d. (3) rồi (2) rồi (1)

(SA → hCG vẫn ngưng → theo ngưỡng → lạc vị trí khác)

B 8. Trong các trường hợp đã xác định là thai ngoài tử cung sau, phẫu thuật sẽ là lựa chọn tối ưu trong trường hợp nào? (bài 6, trang 5)
   a. Thai ngoài tử cung ở bệnh nhân hiện đang có nhiễm/có tiền sử nhiễm *Chlamydia trachomatis* ×

b. Thai ngoài tử cung sống, thấy phôi có hoạt động tim phôi, và nồng độ β-hCG ≥ 10,000 mIU/mL
c. Thai ngoài tử cung ở bệnh nhân đang theo dõi/điều trị hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng
d. Thai ngoài tử cung xảy ra lặp lại nhiều lần, trên cùng một vòi Fallope hay trên hai vòi Fallope

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

10. Có cần thiết phải thực hiện hóa dự phòng trong hậu thai trứng nguy cơ cao hay không, vì sao?
a. Không cần thiết, do nguy cơ thai trứng chuyển biến thành GTN thấp
b. Không cần thiết, vì làm tăng nguy cơ kháng hóa trị khi có GTN
c. Rất cần thiết, vì làm giảm có ý nghĩa thai trứng chuyển biến thành GTN
d. Rất cần thiết, vì làm cho việc theo dõi hậu thai trứng đơn giản hơn

Chương 2: RAT

1.) Chuẩn đán tuổi mang

Tuổi² (ngày) = CRL + 42

↑ ≥ 10 mm

SA: best 6 -> 9 5W
(tỉ số nhạy)

(trên 14W ≈ 84 mm)

1) D
2) ~~B~~ ? A
3) B ?
4) C
5) C
6) ~~C~~ (A)
7) ? C why
8) ~~D~~ (B)
9) D (GPB)
10) ~~C~~ (B)

2.) L thai nghén thất bại sớm ? Có dấu β ✗ : SA, mất tuổi chuẩ² ...

7.) 3 -> 1 -> 2 (logic) ?

10.) B v C ? chọn C vì ∘ còn thể nó kì.

4.) CRL ≥ 7 mm + ∘ tim thai đo 1 lần ⇒ đã stop ↑

6.) Ưu tiên dùng "tăng hcg βhCG" > "SA + βhCG"

Đáp án: PUL

Vậy why TRL ghi PUL thì thai đọ hiện quả nhất là want βhCG lên ngưỡng phân biệt ra sao. Nhưng cần tối hiểu 1 loại khác sẽ song song SA với β-hCG. (?)

9.) Nhớ: thai trứng dịch trong mô hạt: thai hai mô nhau → bóng nước

⇒ Dx xác định = GPB

8.) * có TH mà ngồi khoan là ⊙ bất biến / lệch nhà về ngồi khoan ⊙ Thai ngoài TC:

- Vỡ / ~~vỡ~~ nhg huyết tụ ∘ ổn
- CCA / fail MTX
- Thai TC cũng ∃
- Bệnh hiếm muộn do vòi trứng cần cắt bỏ, lên KH thụ tinh ống nghiệm
- Mức trọng sản

10.) Hậu thai trứng nguy cơ cao, hai dự phòng ↓ có ý nghĩa ng cơ xảy ra GTD
(ng cơ thấp ∘ ý nghĩa)

nhg trong nhóm đã đc dùng thì vẫn bị ng GTD thì ngcơ khg thoái >

Ghi âm

* hoá xạ trị ở bn GTD có cần thiết ?

lợi: ↓ nguy cơ

hại: ↑ kháng thuốc

Giả sử 50% ds nguy cơ $\xrightarrow{\Theta \downarrow}$ 14,3% nhẹ

35% kháng

⟹ không nên đánh đổi hại > lợi ⟹ (b)

$\boxed{\text{EBM: Không ủng hộ dùng hoá dự phòng}}$ <da hại>

Q) BN bị viêm nhiễm chlamydia trachomatis mà có thai ngoài TC : mổ² or Θ nội?

– ∑ TH thai ngoài TC do h ≠ nhau, lựa chọn bình đẳng² N.ngoài VS N.ngoài, cụ thể² mức độ lựa chọn từng ca ≠ nhau

– ưu tiên Θ ngoại:

EBM

+ Thai sống (thai ngoài TC sống) có tim thai đập

nghiên cứu nhóm có tim thai đập Θ nội thất bại nhiều hơn ⟹ Θ ngoại

+ Θ nội khó = MTX thì tiêu chuẩn² MTX βhCG < 1000 nếu ○ tự đc thì đi mổ²

– Thai ngoài TC + trứng trống ? Θ ngoại khó thấy đích tổn thương vòi trứng ∆ ống dẫn trứng ⟹ quyết định Θ bảo tồn / triệt để²

xử trí ∈ bn, mẹ — ○ nào tuyệt đối

2) Phản ứng Arias - Stella ?

– βhCG có vai trò ~ LH ⟹ nội mạc TC dày

– βhCG ↑ nội mạc TC, ĐM ⟹ dễ làm tổ hơn

3) Thai ngoài TC có βhCG ↓, vậy nội mạc TC phát mỏng hơn bt

Why sao lại ghi dày ?

⟹ Thai lớn, thai ngưng ↑ ⟹ βhCG giảm

Thai ngoài TC → ↓ βhCG → ↓ proges → nội mạc TC ↓ chế tiết, mỏng và làm bong hay bị rong huyết rỉ rả ra ngoài (↓ = hằng định ~~nên k~~ không hằng định nên có thể² dày, không dày, mỏng)

– Thai bt V.S thai ngoài TC

bt → cắt vô nm TC

ngoài TC → cắn vô mm vòi trứng

chưa cắn thì chưa nuôi không sống được.

Chương 2:

Bài ứng dụng

Các vấn đề thường gặp trong ba tháng đầu thai kỳ

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

TÌNH HUỐNG 1: QUE TEST THAI NHANH

Cô X., 27 tuổi. PARA 0000, đến khám vì trễ kinh 3 tuần, tự thử test thai nhanh ở nhà thấy "1 vạch đậm và 1 vạch nhạt".
Cô X. có chu kì kinh khá đều, dao động 28-30 ngày, hành kinh 4-5 ngày.
Cô X. đã lập gia đình được 2 năm, hiện vẫn đang ngừa thai bằng bao cao su và xuất tinh ngoài âm đạo.
Không ghi nhận tiền căn bệnh lý gì đặc biệt.
Khám lâm sàng cho thấy: âm hộ bình thường; âm đạo có ít huyết trắng sinh lí; cổ tử cung lộ tuyến nhẹ; thân tử cung lớn hơn kích thước bình thường, mềm, ngã sau; hai phần phụ không sờ chạm; túi cùng trống.
Thái độ xử trí nào là hợp lý cho tình trạng của cô X. tại thời điểm này? Chọn ***duy nhất một*** câu đúng

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

Sau đó, Cô X. được cho làm các test, có kết quả sau:
Siêu âm ngả âm đạo: tử cung ngả trước, dAP: 55 mm, nội mạc 13 mm, phản âm đồng nhất, lòng tử cung trống, cấu trúc cơ đồng nhất,; buồng trứng (T): 23*18 mm, buồng trứng (P) có cấu trúc echo phản âm hỗn hợp kích thước 28*30 mm; túi cùng không dịch. Kết luận: khối echo hỗn hợp ở buồng trứng (P).
β-hCG: 816 mIU/mL.
Thái độ xử trí nào là hợp lý cho tình trạng của cô X. tại thời điểm này? Chọn ***duy nhất một*** câu đúng

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

16w
6w

TÌNH HUỐNG 2: THAI NGHÉN THẤT BẠI SỚM

Cô A., 37 tuổi, PARA 1011, (1 lần sanh thường 2014, 1 lần bỏ thai 2015), đến khám vì trễ kinh.
Cô A. nói rằng có trễ kinh 2 tháng, tự thử que test thai nhanh ở nhà có hai vạch.
Cô A. cho biết cô có chu kì kinh không đều, 30-60 ngày, hành kinh 5-7 ngày, lượng vừa, có thống kinh.
Khám lâm sàng cho cô A. ghi nhận: âm hộ bình thường ; âm đạo: ít huyết trắng sinh lí ; cổ tử cung lộ tuyến nhẹ; thân tử cung to khoảng tử cung mang thai 5-6 tuần, mềm, ngả sau; hai phần phụ: không sờ chạm ; túi cùng trống.
Siêu âm thực hiện qua ngả âm đạo: tử cung ngả trước, cấu trúc cơ đồng nhất, dAP 50 mm; nội mạc 16 mm, phản âm đồng nhất ; lòng tử cung có khối echo trống dạng túi thai, viền dày, chưa thấy yolk-sac, kích thước MSD 20 mm ; buồng trứng (T): 23*18 mm ; buồng trứng (P): 28*30 mm ; túi cùng không dịch. Kết luận: một túi thai sớm trong lòng tử cung.
Hãy nhận định về trường hợp của cô A. ? Chọn ***duy nhất một*** câu đúng

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

CôA. Tuyên bố rằng thai kỳ này là rất quí, và nằng nặc chỉ muốn theo dõi thêm.
Một tuần sau, bạn siêu âm lại và ghi nhận:
Tử cung ngả trước, dAP 56 mm; nội mạc 18mm, phản âm đồng nhất; lòng tử cung có khối echo trống dạng túi thai, viền dày, có yolk-sac, có phôi thai, không rõ tim thai, kích thước MSD 25 mm, cấu trúc cơ đồng nhất; buồng trứng (T): 23*18 mm; buồng trứng (P): 28*30 mm; túi cùng không dịch. Kết luận: một túi thai trong lòng tử cung chưa rõ dấu sinh tồn.
Làm gì cho Cô A.? Chọn ***duy nhất một*** câu đúng

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

10w

C. Kiểm tra phát triển thai sau một tuần
D. Tư vấn thai ngưng phát triển và chấm dứt thai kỳ

TÌNH HUỐNG 3: THAI SAU ĐIỀU TRỊ HIỂM MUỘN DO SALPINGITIS ISTHMICA NODOSA

Cô D., 33 tuổi, PARA 0020 (1 lần bỏ thai ngoại khoa, 1 lần thai ngoài tử cung điều trị nội khoa).
Cô D. được thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm vì tắc vòi Fallope, với tổn thương Salpingitis Isthmica Nodosa (SIN), và được chuyển phôi cách đây 3 tuần. Hôm nay, cô D. thấy ra ít huyết âm đạo nên đến bệnh viện để kiểm tra.
Kết quả khám cho thấy: âm đạo có ít huyết nâu ; cổ tử cung láng; thân tử cung lớn hơn kích thước bình thường, mềm, ngã sau ; hai phần phụ không sờ chạm ; túi cùng trống.
Siêu âm ngả âm đạo: tử cung ngả trước, cấu trúc cơ đồng nhất , dAP 52 mm; nội mạc 11 mm, phản âm đồng nhất; lòng tử cung trống; buồng trứng (T): 23*18 mm, cạnh buồng trứng (T) có khối echo hỗn hợp 30*27 mm; buồng trứng (P): 28*30 mm ; túi cùng không dịch. Kết luận: khối echo hỗn hợp cạnh buồng trứng (T).
β-hCG được làm cùng ngày siêu âm: 1643 mIU/mL.
Xử trí gì cho bệnh nhân tại thời điểm hiện tại ? Chọn ***duy nhất một*** phương án đúng

A. Theo dõi không can thiệp
B. Nong và nạo buồng tử cung
C. Theo dõi động học β-hCG
D. Theo dõi diễn biến siêu âm
E. Đã có thể có kết luận thai ngoài tử cung

Do thái độ chần chừ của cả bác sĩ lẫn cô D., nên cô D. đã được theo dõi.
Hai ngày sau, kết quả β-hCG: 1456 mIU/mL.
Siêu âm ngả âm đạo: tử cung ngả trước, cấu trúc cơ đồng nhất , dAP 52 mm ; nội mạc 9 mm, phản âm đồng nhất ; lòng tử cung trống; buồng trứng (T): 23*18 mm, cạnh buồng trứng (T) có khối echo hỗn hợp 32*27 mm ; buồng trứng (P): 28*30 mm ; túi cùng có ít dịch tự do. Kết luận: khối echo hỗn hợp cạnh buồng trứng (T).
Hãy lựa chọn cho cô D. một phương pháp can thiệp hợp lý? Chọn ***duy nhất một*** phương án đúng

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

TÌNH HUỐNG 4: CHẢY MÁU KÉO DÀI SAU PHÁ THAI

Cô G., 40 tuổi, PARA 2022. Cô G. có 1 lần mổ lấy thai, 1 lần phá thai ngoại khoa.
Cách đây 6 tuần, cô đã yêu cầu và được thực hiện phá thai nội khoa tại phòng khám tư nhân, lúc trễ kinh 2 tuần. Trước khi phá thai, cô có được siêu âm, nhưng không rõ kết quả.
Một tuần sau khi uống thuốc cô G. đã được nơi cung cấp dịch vụ phá thai cho biết là thai đã sẩy thành công.
Hiện tại cô G. đến khám vì ra huyết âm đạo rỉ rả, lượng ít từ lúc phá thai đến nay.
Khám lâm sàng cho thấy: âm đạo có ít huyết sậm ; cổ tử cung lộ tuyến nhẹ; thân tử cung kích thước bình thường, mềm, ngả trước; hai phần phụ không sờ chạm; túi cùng trống, chạm thốn nhẹ.
Xử trí nào là thích hợp với tình trạng hiện tại của cô G.? Chọn ***duy nhất một*** câu đúng

A. β-hCG
B. Siêu âm
C. Siêu âm phối hợp với β-hCG
D. Theo dõi đơn thuần, không cần làm thêm test

Vì không an tâm, nên cô ta/bác sĩ yêu cầu được siêu âm.
Kết quả siêu âm của cô G: tử cung ngả trước, dAP 50 mm; nội mạc 8 mm, phản âm đồng nhất ; lòng tử cung có khối echo hỗn hợp, kích thước 32*27 mm; buồng trứng (T): 23*18 mm; buồng trứng (P): 28*30 mm ; túi cùng không dịch.
Kết luận: hình ảnh khối echo hỗn hợp lòng tử cung.
Xử trí tiếp theo cho cô G.? Chọn ***duy nhất một*** câu đúng

A. Theo dõi đơn thuần
B. Hút buồng tử cung
C. Dùng thêm misoprostol
D. Dùng steroids sinh dục
E. Chưa đủ dữ kiện quyết định

App chương 2

Case 1:

- kế kinh, ∅ đau bụng, ra huyết, thấy TC lớn → có thai sớm

⇒ Trếp cụm 1st : SA ngẫu âm đạo (tìm ở đây)

+ v.đ SA ra thai ∃ᵘ có phản + tim lòng TC rõ

SA ra { khó ngoài buồng TC có tim ? / ∅ dh nào ≠ ? } → β hCG

+ nếu ∅ SA thấy mà LS có ⇒ tìm β hCG → ⊕ ✓ / ⊖ tìm l'do ≠

+ kế kinh, chưa dipstick, LS y chang ⇒ [cho dipstick / β hCG → dù (+) cũng nào phải SA (TVP) đã biết vị trí rồi

if SA sớm cấp TVF biết vị trí rồi ⇒ ∅ cần thử β hCG

- ⓒ nhiễu loạn là gì ?

+ β hCG ↑ gấp đôi trong 48h trong $\boxed{53\%}$ thai là bt (1)

+ β hCG < 1000 thì hơn 60% thai nghén thất bại sớm (∀ vị trí mang ngoài TC)

+ discrimination zone: 1500 – 2000 ∈ máy, h

+ ∑ khó ngoài TC SA ra — Phế + Tim ⊕ → ✓ Thai ngoài TC / Không phải

hiện β = 816 now : Phân tích

2 ngày sau: if ↑ 2500 : SA → thai lòng : thai trong / ∅ ⇒ thai ngoài → ⊖ nếu nếu chưa con / ngoài : 3 con, mẹ sinh,

↓ 400 : thất bại sớm ∀ vị trí → tđ chừng nào về ⊖

1490, lòng TC trống, echo y chang $\xrightarrow{2d}$ { β hCG / SA } → 2000 / 1500 → SA đc rõ / chưa rõ ?

1100 (tăng chưa gấp đôi) do (1) nên chưa biết

↳ if thử hơn β hCG ?

* hầu như có thai < 1000 : là thai nghén thất bại sớm ⟹ không làm gì cả (wait & see)

⟹ hẹn 1w Siêu âm / ○ thấy khó thai / TC : thử βhCG ⟹ cho biết rõ ý nghĩa là gì

tăng 1w rồi ○ lí do gì βhCG từ 800 → 1200 cả nếu tăng ít hay gì thì vẫn sẽ có Dx sau 1w

dù thử βhCG 2 ngày nữa thì có những trường hợp không làm đc gì cả

→ đợi 2 ngày tiếp theo ⟹ ...

⟹ Chờ lâu 1w

Việc làm tốt là tư vấn : 1. Ngoài

2. đã full ○ thể làm tố

3. Trong những sáng quá ○ thấy

⟹ Về td 1w ○ if thai ngoài có thể vỡ : khi nào có dh nặng

- PUL : phải gắn hàm cảnh bn ← tuổi, số con, mong muốn sinh con

- Nạo lòng ? ⟹ sau 48h : βhCG down ↓ → thai trong

48h : tăng : thai ngoài ⟹ MTX ...

Case 2 b

- Thai nghén thất bại sớm có triệu chứng, phải careful

khi đủ triệu chứng → Dx, không đủ → td lần tiếp

- tính ○ đều ⟹ khó dựa tính tuổi thai

- MSD không dùng tính tuổi thai ⟹ CRL

- Mẫu mốc ≠ phát triển của thai ~ MSD ... phải có yolksac, MSD ... phải có phôi thai

⟹ dh có thể thai nghén thất bại sớm

⟹ hẹn tái khám 10 - 15 d, không phải 1w

- Có định lượng progesteron để đánh giá ↑ hoàng thể ?

- Ở thai sớm quá : CRL < 10 ... đo không chính xác

Ở sau 1w thì có sự ↑ : thai đều đặn : td ở lần khám sau ∆ còn "quý" (C)

chẩn đoán sớm quá

Case 4: Phá cách 6W thì hiện tại

thì hiện tại β-hCG có dương tính?

ở lúc 6W: β-hCG tới đa là? → âm tính (hiện tại)

* Sau phá thai nạo khoa → tiếp cận = Siêu âm (B)

(Có VMC) sau phá — thành công ✓

bằng hiện sau phá nạo khoa

bị nguyên bào nuôi

↓

SA doppler

sót 1 mô nhau / thai: thường thì ít → khối echo hỗn hợp lòng

nhau cài răng lược, thai bám VMC

→ dùng thuốc phá thai máu chảy ra ≠ thấy thai nữa mà chỉ thấy khối echo hỗn hợp → hết ngừng phá ✓ nhưng nó ở VMC

Để phát hiện có TH trên → TVS xem lòng TC có sót? vd echo hỗn hợp, nội mạc mỏng, lòng TC trống ⇓ BH sau phá

Case này thấy echo nên → SA Doppler có ↑ mm (bị nguyên bào nuôi) sót → quyết định

→ thử β-hCG

bị nguyên bào nuôi

bám VMC ≠ ra ngoài đc

(E)

Chương 3

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý thai ½ đầu thai kỳ: tầm soát thiếu máu và các bệnh nhiễm trùng

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.

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

B **1.** *Trong điều kiện cụ thể của Việt Nam*, nên chọn khảo sát nào là *khảo sát đầu tay* cho chiến lược tầm soát nhiễm *Treponema pallidum* cho thai phụ?
- a. Test treponemal
- b. Test non-treponemal
- c. Cả hai test đồng thời
- d. Chọn test nào cũng được

D **2.** Chiến lược chẩn đoán hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh được xây dựng dựa trên cơ sở của đặc tính virus học nào?
- a. Sẽ phân lập được virus bằng PCR dịch ối ngay khi virus qua nhau và xâm nhập thai nhi
- b. Virus chỉ có thể xâm nhập được vào bánh nhau kể từ đầu tam cá nguyệt thứ nhì
- c. Virus chỉ có thể xâm nhập được vào bánh nhau trong tam cá nguyệt thứ nhất
- d. Virus có thể xâm nhập vào bánh nhau khi có virus trong máu, bất kể thời điểm

B **3.** Hãy cho biết tiên lượng của thai nhi khi mẹ bị nhiễm Rubella trong thai kỳ?
- a. Độ nặng của bất thường thai trong hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh khác nhau tùy thời điểm nhiễm
- b. Xuất độ xảy ra bất thường ở thai khi mẹ bị nhiễm Rubella càng cao khi thời điểm bị nhiễm càng sớm
- c. So với thai nhi ở mẹ bị tái nhiễm Rubella, thì thai nhi ở mẹ nhiễm Rubella lần đầu ít bị ảnh hưởng hơn
- d. So với thai nhi ở mẹ nhiễm Rubella có triệu chứng, thì nhiễm không triệu chứng cho tiên lượng tốt hơn

C **4.** Thái độ nào là phù hợp khi phải tư vấn cho một phụ nữ được chích MMR khi đang mang thai mà không biết?
- a. Chấm dứt thai kỳ, do nguy cơ bất thường thai nhi rất cao, tương đương với nhiễm virus sống
- b. Chấm dứt thai kỳ, do vaccine có bản chất là virus sống, nên bị chống chỉ định cho thai phụ
- c. Không chấm dứt thai kỳ, do chưa có bằng chứng về bất thường ở thai nhi được ghi nhận
- d. Không chấm dứt thai kỳ, do virus giảm độc lực không có khả năng xâm nhập nhau thai

D **5.** Ở thai phụ mắc Thalassemia, mức độ nghiêm trọng của bệnh lý lệ thuộc vào yếu tố nào?
- a. Số chuỗi globin bị mất là 1 hay 2 chuỗi
- b. Loại chuỗi globin bị mất là α hay là β
- c. Số gene bị đột biến là nhiều hay ít
- d. Lệ thuộc vào tất cả yếu tố trên

A **6.** Hãy cho biết ý nghĩa của các khảo sát huyết thanh chẩn đoán nhiễm Rubella và CMV trong thai kỳ?
- a. Ái lực kháng thể IgG có thể giúp chẩn đoán tình trạng nhiễm virus cấp
- b. Xét nghiệm huyết thanh IgM dương giúp xác định tình trạng đang nhiễm virus
- c. Hiệu giá kháng thể IgG cao giúp xác định tình trạng tái nhiễm hoặc tái phát
- d. Xét nghiệm PCR dịch ối phân lập virus chỉ dương tính sau 20-21 tuần

B **7.** Thái độ nào là thích hợp khi thực hiện tổng soát cho một thai phụ đã được chích ngừa viêm gan siêu vi B từ trước?
- a. Thực hiện khảo sát HBsAg lẫn HBsAb
- b. Thực hiện khảo sát định lượng HBsAb
- c. Thực hiện khảo sát định tính HBsAb
- d. Không cần thực hiện thêm test nào khác

C **8.** Nguy cơ mắc giang mai bẩm sinh liên quan ra sao với giai đoạn lâm sàng của giang mai?
- a. Trong giai đoạn sớm nhất, biểu hiện bằng săng giang mai, khả năng gây nhiễm là rất thấp
- b. Trong giang mai kỳ II, biểu hiện bằng sẩn và hồng ban, khả năng lây nhiễm là rất thấp
- c. Trong giai đoạn tiềm ẩn, chỉ có test huyết thanh (+), khả năng lây nhiễm là rất thấp
- d. Trong giang mai kỳ III, biểu hiện bằng gôm giang mai, khả năng lây nhiễm là rất thấp

A

9. Cytomegalovirus có thể gây nhiễm trùng bào thai rất nặng. Chiến lược nào là phù hợp cho tầm soát nhiễm Cytomegalovirus ở phụ nữ dự kiến có thai và thai phụ?

D

a. Nên tầm soát Cytomegalovirus trước khi mang thai, do tiên lượng của tái nhiễm khác nhiễm mới
b. Nên tầm soát Cytomegalovirus trong thai kỳ, nhưng chỉ lưu ý đến hiệu giá IgM để nhận diện nhiễm mới
c. Nên tầm soát Cytomegalovirus trong thai kỳ, và phải chấm dứt thai kỳ khi IgM và IgG cùng có kết quả (+)
d. Không nên xem việc tầm soát Cytomegalovirus trong thai kỳ như là một tầm soát thường qui

B

10. Nội dung tư vấn nào là thích hợp cho một cặp vợ chồng mà một người mắc α và người còn lại mắc β-Thalssemia?

A

a. Nội dung tư vấn lệ thuộc vào kết quả khảo sát kiểu đột biến gene Thalassemia
b. Thai có nguy cơ thấp mắc Thalassemia, do cha và mẹ mang đột biến khác nhau
c. Vẫn có thể có thai, nhưng cần lưu ý xác suất thai nhi mắc Thalassemia là đáng kể
d. Không khuyên có thai, do khả năng của con bị Thalassemia thể nặng là rất cao

Rat chương 3: thiếu máu & nhiễm trùng

Non treponemal VS Treponemal

- ở VN hiện tại dùng gì tầm soát? Non treponemal (HV, TP...) (ở HYD: treponemal)

Mỹ

- Chọn lựa tầm soát với bệnh tần số: mắc bệnh nhiều ↑ → dùng test nhạy >

tần số mắc bệnh hiếm → test đặc hiệu

Tần suất nhiễm giang mai trong dân số hiện tại: rất ít ⇒

- Non - treponemal (+) dùng giá cao phải hs² sao ⇒

2. Rubella pb nhiễm lần đầu, tái nhiễm

Ái lực IgG cao hơn giá kháng thể² giá trị tốt hơn?

- Thầy: "Mời ngồi đến chúng tôi có bao nhiêu tình huống" 4

+ Avidity cần trong trường hợp nào? IgM (+)

+ Trích khi dùng avidity thì có thông tin nào ≠ cần làm không?

Chốt:
- IgM (−), IgG (+): Có md
- IgM (−), IgG (−): Chưa chắc có thể² gđ của sở²
- IgM (+), IgG (+) ⇒ ở bệnh nhiễm lực nào?
- IgM (+), IgG (−) ⇒ Nhiễm mới cx. Dùng giá?

V.d: bn 24w, chưa b/c chích ngừa, chưa rõ nên cần, dù có 2 dấu tích thì có cần avidity?

* avidity cao ý nghĩa gì? bn trong vòng 2 tháng gần đây

nên bn 24w quá trễ ⇒ ở làm avidity vì ý nghĩa không còn vì tuần 2m xét nằm trong tam cá 1 thì ở chắc chắn

→ Làm avidity để² Dx thời gian nghi ngờ dị bệnh để 3 tam cá não trong thai kì nếu nhiễm trong 3 tháng đầu ⇒ quản lí ≠

3. Có bao nhiêu loại Thalassemia? 2 loại

Hb tạo từ 2 chuỗi α và 2 chuỗi β

α ↓ 4 gen — NST 16

β ↓ 2 gen — NST 11

Có bao nhiêu kiểu² có thể xảy ra: ∞

quan trọng nhất ← bị chuỗi nào
← bao nhiêu gen bị
← Hbs bị ảnh như thế nào

* Hình
→ phân xác định kiểu gen

Di hợp tử kép β^0 là gì
↓
lấy 2 gen E1 E3 E5 / E4 E5

β^0 ↓ 0 có chuỗi nào & β^+ là gì? ↓ SX chuỗi

di hợp tử bị lỗi chỗ có gây Thalass ?

Tiên lượng của thai ∈ KG của bố & mẹ ⟹ dựa bảng cuối bài

(*) Trong 1 cặp alen bố ∥ khi tạo mRNA nó chỉ lấy 1 template cha/mẹ
Vậy thì nó tạo template bằng của mẹ hay cha ?
mới cộng nào ∈ cộng nào thì khử methyl nó mới mở (thường di truyền)
Nó có sự tương tác 2 cong để ~~nếu 2 cong~~ mở ⟹ không phải ngẫu nhiên
⟹

Nhóm Rubella : không có chỉ định chấm dứt thai kì (mình ∈ có quyền đề nghị)

Chg 3

Bài ứng dụng

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

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

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

TÌNH HUỐNG 1: TPHA DƯƠNG TÍNH [1]

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

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

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

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

A. Có, chỉ một lần duy nhất
B. Có, ít nhất là hai lần (nêu rõ khoảng cách, nếu chọn)
C. Không

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

A. Tôi đã có chứng cứ để không tiến hành điều trị
B. Tôi sẽ điều trị. Chiến lược điều trị phải được căn cứ vào hiệu giá VDRL
C. Tôi sẽ điều trị. Phương án dùng liều duy nhất Benzathin Penicilline
D. Tôi sẽ điều trị. Phương án dùng liều đa liều Benzathin Penicilline

TÌNH HUỐNG 2: NHIỄM RUBELLA TRONG THAI KỲ [2]

Cô B., 36 tuổi, chưa từng sanh con. Đến khám thai 16 tuần vô kinh.

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

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

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

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

A. Có
B. Không

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

A. Lên kế hoạch quản lý thai kỳ này như một thai kỳ bình thường
B. Kế hoạch theo dõi tùy thuộc hiệu giá Rubella IgG avidity
C. Kế hoạch theo dõi tùy diễn biến hiệu giá Rubella IgM, IgG
D. Kế hoạch quản lý *sẽ không cần đến* khảo sát xâm lấn tìm chứng cứ virus học của nhiễm Rubella bẩm sinh
E. Kế hoạch quản lý *sẽ bao gồm cả* các khảo sát xâm lấn tìm chứng cứ virus học của nhiễm Rubella bẩm sinh

[1] Andrés F. Henao-Martínez. Diagnostic tests for syphilis. New tests and new algorithms. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4999316/
[2] SOGC clinical practice guidelines. Feb 2008. https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/guijogc203cpg0802.pdf

TÌNH HUỐNG 3: THALASSEMIA [3]

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

Biết mắc β-Thalassemia được chẩn đoán bằng huyết đồ và điện di hemoglobin.

Các kết quả thăm dò huyết học cho thấy Hb 7.8 g/dL, HCt 28%, MCV và MCH đều giảm thấp.

Theo phác đồ, bạn đã thực hiện huyết đồ chồng, xác nhận một thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ. Điện di nghĩ đến chẩn đoán HbE Thalassemia.

$\beta^+\beta^+$ × β^+HbE
(Trung gian $\beta^+\beta^+$ or $\beta^+\beta^0$)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- VN dưa cố ? → chọn
- SA mỗi

[3] RCOG. Management of Beta Thalassaemia in pregnancy. Green-top guideline N. 66. Mar 2014. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_66_thalassaemia.pdf

App Chương 3: Thuốc mấu & Nhiễm trùng

Tình huống 1:

— nếu gặp điều biểu giang mai?

+ gặt 1 NP: biểu ấm hạ (sẩn giang mai) bề trên sạch không đau, cứng → dễ bỏ sót

+ gặt 2 phát ban trên thân

+ gặt tiềm ẩn: 11 năm, bn không triệu chứng LS, chỉ thể hạ thuyết thanh

+ gặt 3: bao chứng TK, tim, cơ quan

— Tại sao Giang mai tiềm ẩn lt lây? do xuất hạ KT vì cấu VK nên lt lây

— bệnh sử + TPHA (+) ⟹ gặt tiềm ẩn

* chỉ cần 1 lần VDRL cao là Θ rồi ⟹ Chọn (A)

— VDRL ở 1 k nhiễm GM trị rồi ≠ 1 k nhiễm GM chưa trị như thế nào?

* Vậy case này tóm lại:

⇒ Thai 12 w

Tiền sử biết phát ban TPHA (+) ⟹ nghĩ giang mai tiềm ẩn

— Bạn lên kế hoạch quản lí ra sao?

SV: "2 năm ⟹ nghĩ late latent: nên dùng 3 liều (D)" $\xrightarrow{\text{bỏ VDRL}}$ quyết định trị tiếp

SV: "dùng hiện giờ để quyết định bỏ duy nhất or ta liều" ⟶ (Sai)

* VDRL cho biết status bn lúc bắt đầu trị thôi!

Case này ∅ biết chính xác trị như thế nào (k ta ∅ khoe trải điều trị rồi!)

⟹ Gặt tiềm ẩn muộn / gặt 2 chưa biết

1 người phát ban, trị cũ ∅ rõ

⟹ 2 khả năng < Θ đúng vì đủ 3 GM gặt 2 khi có phát ban

Chưa Θ cũ vì ở gặt tiềm ẩn muộn hiện tại

• VDRL sẽ giúp biết status ở lúc nào, ∅ để quyết định Θ gặt nào

• VDRL(+) hệ giá: cao: Θ

thấp: biết rồi $\xrightarrow{\text{cân nhắc}}$ ∅ điều trị

2 hộ thống tầm soát TPHA vs VDRL là tiếp cận đầu ?
↓
đã nhiễm GM hay chưa

v.d huyện vùng tỉ lệ GM thấp : chọn test đầu tay

1 test đặc trưng lắm | sen | giá trị dương tính | → ∈ prevelance dân số
| spec | ——— âm |
↓ ↓

Vì vậy đang có VDRL $\xrightarrow{\text{shift}}$ TPHA nhưng còn cái nhiễm

Tình huống 2 : Thai phụ 36 tuổi

6w	16w
IgM (-)	IgM yếu (+)
IgG (+) hiệu giá thấp	IgG (+) ↑

- Không có dấu IgM giả và IgG (+) đến ↑
- Khởi nguồn đáp ứng chưa đủ mạnh, sau đó chuyển đến hưởng thụ

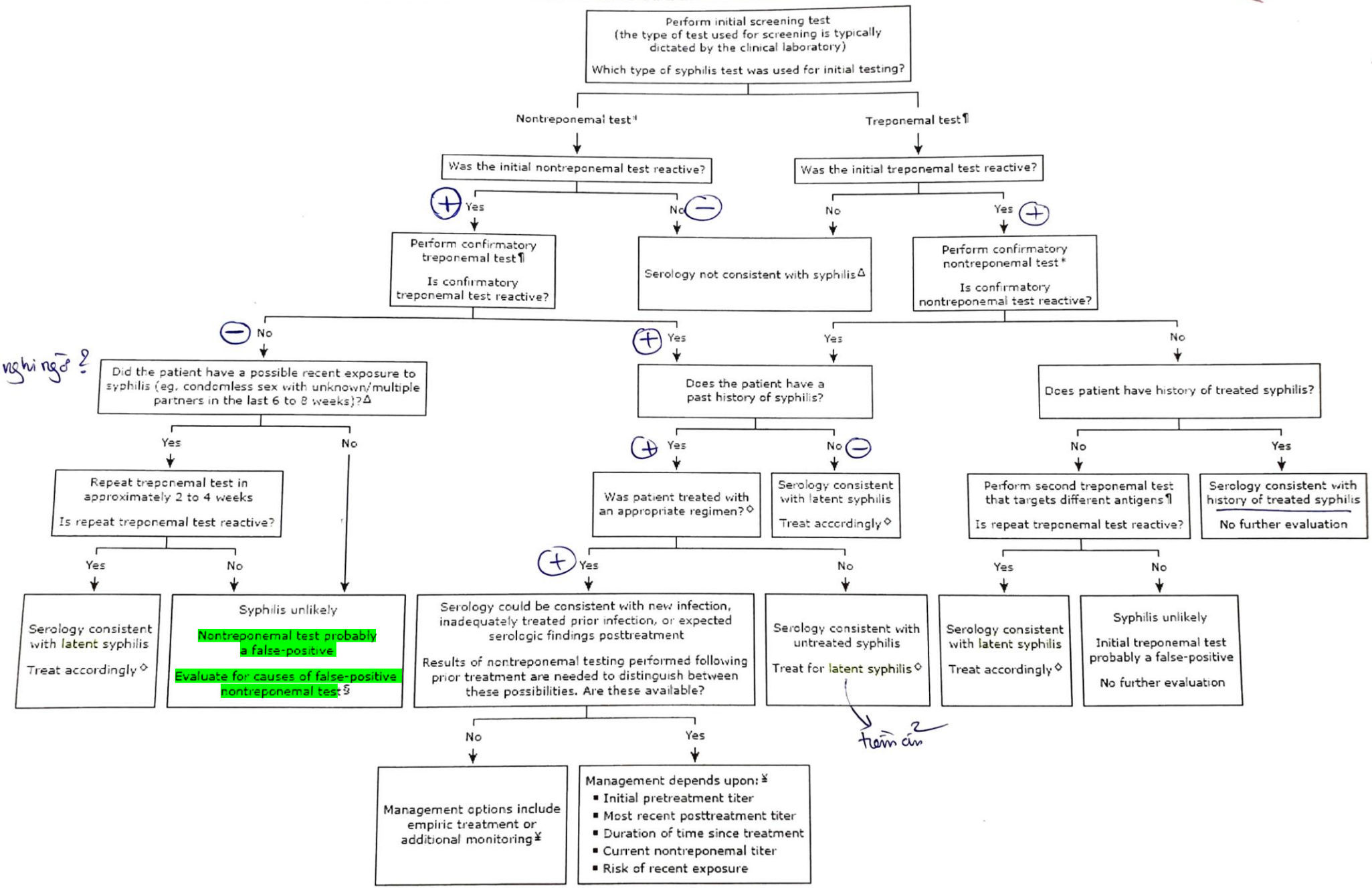
có thể bà này < nhiễm / ủ đã tiêm không đủ trong tam cá 1
tái nhiễm (Ko rõ)

Vậy { cần hỏi có làm IgG avidity ? (B)
kế hoạch gì ?

→ Có thể hỏi quyết định điều trị, phụ thuộc bệnh nhân trẻ là sợ chọc ối hay sợ thai bệnh

Nếu nhiễm mới : Chọc 100 ca thì phát hiện > 90 ca
tái nhiễm như ca này : Chọc 100 ca thì phát hiện 8 thôi, mà sợ biến chứng ↓

Syphilis screening for asymptomatic, nonpregnant adults



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

Chứng 4

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý thai ½ đầu thai kỳ: tầm soát lệch bội và bất thường thai nhi

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

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

Song thai: tỉ lệ ↑ DR↓ thấp hơn đơn thai
Chọn thai lớn hơn dễ theo dõi sẽ phải chấp nhận FPR ↑ ...
Quản lý sớm tốt hơn.

8. Việc định danh số lượng bánh nhau và số lượng túi ối của song thai trên siêu âm trong tam cá nguyệt một có ý nghĩa thực hành ra sao (M-M: một nhau-một ối ; M-D: một nhau-hai ối; D-D: hai nhau-hai ối)?
   a. Do mỗi loại song thai M-M, M-D, D-D đòi hỏi các kiểu tiếp cận tầm soát khác nhau
   b. Do mỗi loại song thai M-M, M-D, D-D đòi hỏi các chiến lược chẩn đoán khác nhau
   c. Do mỗi loại song thai M-M, M-D, D-D đòi hỏi các chiến lược can thiệp khác nhau
   d. Loại song thai là M-M, M-D, D-D ảnh hưởng trên toàn bộ chiến lược quản lý thai kỳ
9. Trong trường hợp kết quả NIPT được trả về là "*no call*", thì lựa chọn thực hành nào sau đây là phù hợp?
   a. Thực hiện lặp lại NIPT (lấy máu lại)
   b. Chọc ối hoặc sinh thiết gai nhau
   c. Triple test, siêu âm softmarkers
   d. Thực hiện Combined test

   K có kết quả — lấy máu — chất lg máu — X (làm cho phần NST quá theo tỉ lệ dị dạng)

10. Tình trạng song/đa thai ảnh hưởng ra sao đến việc định tuổi thai bằng CRL? Hãy chọn một thái độ hợp lý?
   a. Trong song/đa thai, không được định tuổi thai bằng CRL của thai nhỏ nhất, do các thai có CRL nhỏ thường mang lệch bội
   b. Trong song/đa thai, việc định định tuổi thai bằng CRL được căn cứ vào CRL của thai lớn nhất hoặc CRL trung bình của các thai
   c. Có thể dùng biểu đồ CRL của đơn thai để định tuổi thai trong song/đa thai vì không có biểu đồ CRL chuyên biệt cho song/đa thai
   d. Trong song/đa thai, định tuổi thai bằng CRL không chính xác như trong đơn thai do chênh lệch CRLgiữa hai thai là phổ biến

   Sai

   Ng mẹ bị Ng b mẹ BMI cao.

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

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

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý thai ½ đầu thai kỳ: tầm soát lệch bội và bất thường thai nhi

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.

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

1. Nhận định nào là phù hợp trong các nhận định dưới đây về *tính tin cậy* (accuracy) của của sàng lọc lệch bội dựa trên NIPS, khi so với combined test.
   a. Trong sàng lọc các lệch bội *khác với T21, T13, T18 và NST giới tính* NIPS có độ tin cậy không rõ
   b. Trong sàng lọc lệch bội ở các thai kỳ từ thụ tinh trong ống nghiệm, NIPS có độ tin cậy không rõ
   c. Trong sàng lọc *các lệch bội của T13, T18 và NST giới tính*, NIPS có độ tin cậy thấp hơn
   d. Trong sàng lọc lệch bội ở các thai kỳ song thai, NIPS có độ tin cậy không rõ

R D

2. Trong các đối tượng được liệt kê dưới đây, *tính hiệu quả* (effectiveness) của sàng lọc lệch bội bằng công cụ là NIPS đã được xác nhận ở đối tượng nào?
   a. Phụ nữ ≥ 35 tuổi ở thời điểm phóng noãn có thụ tinh
   b. Phụ nữ có tiền căn sinh con mắc hội chứng Down
   c. Phụ nữ có mang chuyển đoạn Robertson (14,21)
   d. NIPS là công cụ hiệu quả cho các tình huống trên

R D

3. Dấu hiệu siêu âm softmarkers nào có liên quan mạnh nhất với lệch bội?
   a. Giãn não thất (ventriculomegaly)
   b. Nếp gấp da gáy dày (nuchal fold)
   c. Xương mũi ngắn / không có xương mũi
   d. Cả 3 cùng rất mạnh, nhưng không nên căn cứ vào duy nhất một soft-marker đơn lẽ

R C

4. Thái độ thực hành nào là hợp lý nhất khi siêu âm hình thái học cuối tam cá nguyệt một ghi nhận NT > 3.5 mm?
   a. Chờ thực hiện thêm double test để có nguy cơ bằng combined test
   b. Chờ thực hiện thêm triple test phối hợp với siêu âm softmarkers
   c. Tư vấn rằng nên thực hiện sinh thiết gai nhau hay chọc ối
   d. Thực hiện thêm ngay xét nghiệm tiền sản không xâm lấn

D

5. Thái độ thực hành nào là hợp lý nhất khi kết quả của nguy cơ theo combined test là 1/500 (thuộc *grey-zone*)?
   a. Có thể thực hiện sinh thiết gai nhau/chọc ối, nếu cặp vợ chồng có đề nghị
   b. Thực hiện thêm xét nghiệm sàng lọc trước sinh không xâm lấn (NIPS)
   c. Thực hiện thêm triple test và hiệu chỉnh nguy cơ bằng softmarkers
   d. Khảo sát siêu âm hình thái học thai chi tiết ở thời điểm 20-22 tuần

A

6. Trong các yếu tố được liệt kê dưới đây, yếu tố nào có thể làm giảm tính tin cậy của NIPS?
   a. Mẫu máu bị tán huyết (khi đi phân tích)
   b. Mẹ gầy, chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp
   c. Tuổi thai đã lớn khi thực hiện NIPS
   d. Mẹ quá lớn tuổi khi mang thai

7. Hãy xác định phương tiện nào là phương tiện hiệu quả nhất cho mục đích sàng lọc dị tật ống thần kinh trên thai.
   a. Siêu âm hình thái học thai ở cuối tam cá nguyệt thứ nhất
   b. Siêu âm hình thái học thai đầu và trong tam cá nguyệt hai
   c. Triple test
   d. MS-AFP

d **8.** Việc định danh số lượng bánh nhau và số lượng túi ối của song thai trên siêu âm trong tam cá nguyệt một có ý nghĩa thực hành ra sao (M-M: một nhau-một ối ; M-D: một nhau-hai ối; D-D: hai nhau-hai ối)?

a. Do mỗi loại song thai M-M, M-D, D-D đòi hỏi các kiểu tiếp cận tầm soát khác nhau
b. Do mỗi loại song thai M-M, M-D, D-D đòi hỏi các chiến lược chẩn đoán khác nhau
c. Do mỗi loại song thai M-M, M-D, D-D đòi hỏi các chiến lược can thiệp khác nhau
d. Loại song thai là M-M, M-D, D-D ảnh hưởng trên toàn bộ chiến lược quản lý thai kỳ

b **9.** Trong trường hợp kết quả NIPT được trả về là "*no call*", thì lựa chọn thực hành nào sau đây là phù hợp? (máy móc bt :-)

a. Thực hiện lặp lại NIPT (lấy máu lại)
b. Chọc ối hoặc sinh thiết gai nhau
c. Triple test, siêu âm softmarkers
d. Thực hiện Combined test

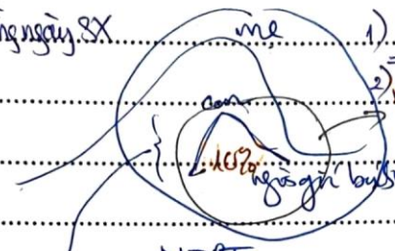
c **10.** Tình trạng song/đa thai ảnh hưởng ra sao đến việc định tuổi thai bằng CRL? Hãy chọn một thái độ hợp lý?

a. Trong song/đa thai, không được định tuổi thai bằng CRL của thai nhỏ nhất, do các thai có CRL nhỏ thường mang lệch bội
b. Trong song/đa thai, việc định định tuổi thai bằng CRL được căn cứ vào CRL của thai lớn nhất hoặc CRL trung bình của các thai ↓ Max or Min
c. Có thể dùng biểu đồ CRL của đơn thai để định tuổi thai trong song/đa thai vì không có biểu đồ CRL chuyên biệt cho song/đa thai
d. Trong song/đa thai, định tuổi thai bằng CRL không chính xác như trong đơn thai do chênh lệch CRLgiữa hai thai là phổ biến

Chương 4:

DNA phân mảnh có trong ti thể ... qua apoptosis.
10 ml máu → li tâm → thu ống: DNA cell free ← phân lập từ mẹ.

2) mô nhũ xuất: hằng ngày SX và thoái xuống



1) ~~Thân t. sự phân biệt~~ ⇒ tm cũng
2) na call ~~2 lần~~ !!! ≈ có kết quả

bám thụ tử thai ≈ đủ ≈ thấy

≈ phân tích đặc sự khác biệt giữa phần mẹ hoặc con

mẹ PAPP-A cao có nguy cơ cao → OXH mẹ 10% con

NIPT

NIPT

(1) NIPS: Xếp hạng NST 1 & 3 ⇒ "giải trình tự" để biết origin
↳ còn để biết phát sinh từ NST nào

+ ~~đ. tính cây~~ 1 test ∈ prevalence (dễ gặp / ít gặp)
+ Tỉ sàng 15 ≈ XH hiếm ở 1 thai trứng mới ~~chỉ ta~~ để đưa ra nhu cầu tầm soát.
+ Không dùng NIPS ở sàng lọc NST ≠ : nó là cơ chế khác

(5) Chẩn đoán sàng lọc "Ng. có tính toán bao nhiêu để làm Chọc ối XL ?"

Combine Test → nói nguy cơ tính toán

NIPT
vd: tỉ lệ 1/500

Soft marker
Beckground × L.H.R (+) NT × NIPT × Double test = Nguy cơ tính toán

⇒ Câu hỏi là dùng đến đâu thì chọc? tùy chiến lược, tùy mới quái gia < sàng lọc ? cân bằng!!! tỉ lệ cao XL ?

* Lưu ý: NT là soft mark bất thường có trên NST khác (ngoài 21, 18, 13) nó ≈ nằm ở ngoài 21, 18, 13 ⇒ cần NST ≠ nữa

(*) NT > 3.5 mm (khi thì đẹp hơn NC tính toán gì đó hết) (chấp nhận Thế giới)

(✓) đồng thuận → gai nhau / chọc ối

Viện dùng Cut off là cân bằng < sạch ? test XL ?

— PAPP-A: protein mang vận hợp bào nhỏ ⇒ PAPP-A ↓ ⇒ hợp "lá nhau nhỏ hơn bình thường"

(7) ~~APP ↑ bất thường nói OTK ≈ đúng (double test thì bổ sung APP) nên phân tích tốt~~

~~Nếu làm double test ↑ thì có bổ sung OTK hay không? SA HTH quí 1~~

~~Sau NT → SA ~~am~~ HTH quí 1~~ ← do dịch chuyển nên phân nhóm quí 2 mới quan trọng

~~Dị bất nên tốt ↗ XS~~

~~⇒ Double test ≈ thể nói rằng ≈ có dị tật TK~~
~~SA HTH thấy sớm lên~~

~~- APP chỉ 16-18 tuần mới rõ thì hiện nay bác sĩ SA là thấy rõ rồi~~

— Combine test khi nào thực hiện ? 11W → 13W6/7

— NT ngữ sọ 3 → 4 mm high risk Down

* no call mà lấy thuận normal $\xrightarrow{\text{chuyên gia}}$ Chọc ối

* Soft marker

"Tại sao Ông TK bt đúng vào α1 mà lại đi khám sót vào α2 ? 1)

+ trong triple test có gì sáng lọc dị tật ỐTK ? AFP

→ ↑AFP bất thường ⇒ ống TK

+ tại sao now trên làm double test ? Có quên đc triple test hay không ?

→ D: đc quên triple test vì combined ở có AFP để Dx ỐTK

+ liệu có Dx trễ NTD trong thai tại chỗ đó xét làm Combined test ?

⇒ Khi đi tư vấn, cẩn trọng

Chuyện "Siêu âm mà đa ý" → "SA hình thái học quí học" vì ngày nay cố gắng

⇒ phải hụt sớm NTD trong 11 → 13W 6/7 bằng cách đánh giá thêm

Qui 1 { khoảng sáng nền thái 3 ?
xương sáng bt ? }

SA hình thái học Q1 + Q2

⇒ Đừng trở lại tầm soát Q1 "con bam hơn trên bt" vì bỏ sót thêm tố AFP ↻ NTD

vậy phải làm tốt qui 1 : "Ng có $ Down thấp"

"Ng có ~~dị tật~~ bs thấp"

Trong cấm 7 :

Đầu α2 14-16W : xem lại qui 2 , phải nhớ lại tồn tại khả năng bỏ sót NTD

khi chúng ta chịch chuyển chế độ sàng lọc thường trực double test

mà ít triple test

— Khi Qui 1 chưa làm tốt đánh giá NTD thì Qui 2 phải làm kĩ

→ Cần lại ← Double test không thể thay thế triple test

Ngày công SA hình thái học lên qui 1 ⇒ chưa đủ ⇒ Qui 2 làm rõ kĩ hơn

+ Tại sao không làm AFP mà làm SA α2 để đánh giá NTD ?

Chúng ta dùng AFP ~ liều để sàng lọc

⇒ dùng SA rõ để chẩn đoán luôn !

— Double test better sàng lọc lệch bạo > triple ⇒ ta hứa dịch chuyển đến α1 để làm combined test nhưng còn nghi ngờ NTD ⇒ Nên Dx NTD và sự ↑ SA.

— AFP sau đó phải tìm ↑ vì cần nên SA ⇒ khi đó trễ

— AFP chỉ phân bố tốt ở 16-18W 2 nhóm mà lúc đó SA thấy rõ rồi (AFP lỗi thời)

A qui 1 có bằng 1 viên marker đắt giá dị tật ống TK

Stepwise sequential

Câu 5: nguy cơ tính toán = background × double test × $LR_{(+)}$ NT × | SM / NIPS

Chọn ở lưới sàng trong tin bệnh nhân, không thông nhất ⇒ hạn chế các chuyên gia VN nên thay triple test = N

~~Tại sao SA~~

nên để C lấy soft marker thì ✓

câu C ghi triple test & hỏi đắt = soft marker ⇒ Sai vì

+ hỏi làm { combined step wise vs triple test = nguy cơ tính toán (ở thực VN)
combine + soft marker + $LR_{(+)}$ NT = ↑

Thực tế { ở làm double test ra combined test quí 1
1 lần { triple test
soft

⇒ ↑ $ vì ở lạ ích hơn ⇒ C sai

nên C: only soft marker thì đúng vì mang nhiều lên sớm hơn (15-18 6/7)
only triple test thì ở đúng bằng NIPS vì giá trị hơn

+ B sai: tại sao NIPS lại không đúng? vì double test lên ra greyzone ta ở α1 thì tại sao ở làm NIPS lúc đó lưỡng mà phải đợi đến SA sau?

→ NIPS rẻ nhất là 5.800.000đ vì hạ thấp trong hàm cảnh VN
và kết quả 1/500 (chỉ ở phần 1/250)
Chưa phù hợp ∀ hiện tại
Câu D: SA đúng ∀ được (tức nghĩa chọn câu đúng nhất) 20-22w
nên sớm hơn thì chọn!!!

Câu 10: Song thai

- phải tính đúng tuổi thai
- ∀ CRL song thai < đơn thai nhưng vẫn dùng bình thường đơn thai
→ chấp nhận đắt giá hơi chất, mạnh tay để lựa được thai tin ngờ cao
vd CRL lớn & nhỏ

Sinh trưởng: thai nhỏ phản ánh đúng
now thà lấy lớn, chấp nhận đúa nhỏ đắt nghi vấn IUGR
⇒ thì cấp đó theo dõi tốt nhất có thể
⇒ ↓ tai biến

Rất chương 4: Lệch bội – Song thai

1/ ~~D~~ → A 2/ D ? 3/ D 4/ ~~A~~ → C (chọn lưu) 5/ ~~B~~ → D 6/ A 7/ ~~D~~ → B 8/ D 9/ B 10/ ~~D~~ → C

(R) (R) R R

Câu h2: – NIPT dù NST nào?

No call: 1. thấy freecell DNA: bà quan mẹ mập

2. lq tỉ lệ TSG, DTD ⇒ [NIPT lần 2 / CNS. ✓

3. No call do đó ≈ high risk

– Greyzone: nhớ trong Contigent sequential: ⟶ khác sát tiếp qui 2

– Tám hướng lên ↓ tin cậy NIPT

– Screening NTD: hiệu quả nhất là SIÊU ÂM 16w – 18w (tối ưu nhất)

đầu gpa α2

Câu 10 (tiếp)

Câu B: có tăng bình ⟹ Sai

hoặc [thấp tăng CRL lớn / khoảng CRL nhỏ

không thể ti ở gpa!

Now: thà làm dư còn hơn bỏ sót

– trong

Chứng 4

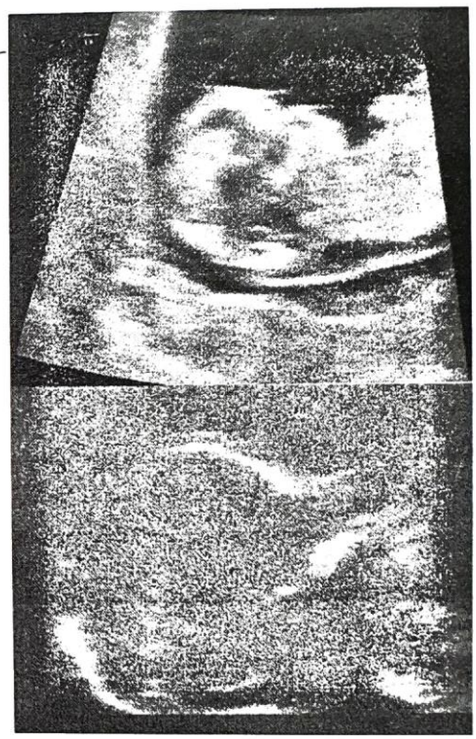
Bài ứng dụng

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

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.

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

TÌNH HUỐNG 1: NUCHAL TRANSLUCENCY VÀ SOFTMARKERS



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

C

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

Vào lúc tuổi thai là 12 tuần vô kinh, xác nhận bằng ngày chuyển phôi, bà được khảo sát độ dầy khoảng thấu âm sau gáy là 3.6 mm.

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

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

Do rất khó khăn để có thai, nên bà K. đã từ chối tất cả các đề nghị của bạn, chỉ đồng ý thực hiện siêu âm softmarkers ở thời điểm 16 tuần $^{0/7}$:

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

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

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

Likelihood ratio = _____.

C

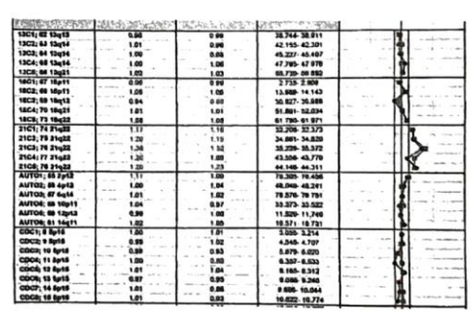
Hành động nào tiếp theo sẽ là thích hợp nhất cho trường hợp của bà K. ? Chọn một hành động thích hợp.

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

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

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

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



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

D

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

D gt = đồng ý.

TÌNH HUỐNG 2: SERO-MARKERS VA SOFT-MARKERS

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

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

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

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 hình thái học cuối tam cá nguyệt một, với kết quả BPD = 19mm, CRL = 50mm, NT = **1.1** mm. Không có bất thường về hình thái học.

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

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

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

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

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

A. Từ các dữ kiện đã có, có thể kết luận nguy cơ thật sự của lệch bội ở bà E. là cao
B. Từ các dữ kiện đã có, có thể kết luận nguy cơ thật sự của lệch bội ở bà E. là thấp
C. Từ các dữ kiện đã có, nên kiểm tra khả năng có sai lầm trong quá trình tính toán nguy cơ lệch bội ở bà E.

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

A. Lấy máu lại, gửi phân tích tại phòng xét nghiệm khác
B. Hôm nay, cần phải thực hiện NIPT cho bà E.
C. Hôm nay, cần phải thực hiện chọc dò ối cho bà E.
D. Cần phải điều chỉnh sai sót của quá trình tính toán nguy cơ lệch bội

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

Bà G. 28 tuổi, có thai lần đầu tiên.

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

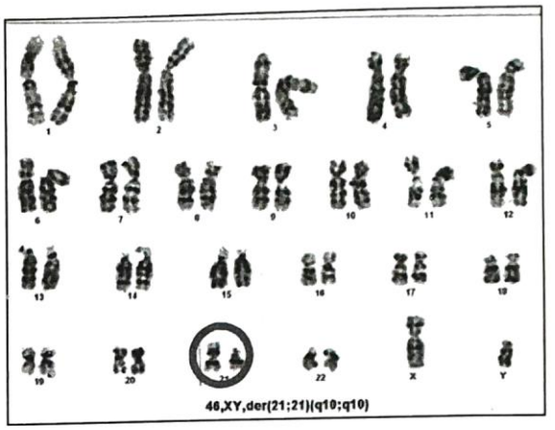
Do kết quả này, bà G. được đề nghị thực hiện NIPT.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

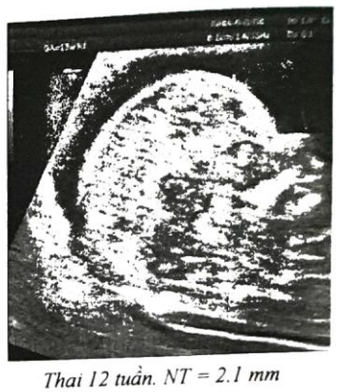
Trước khi sanh đứa con đầu, bà C. đã từng bị sẩy thai, khi tuổi thai khoảng 6 tuần. Lúc đó bà được 38 tuổi.

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

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

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

Nhiễm sắc thể đồ của con đầu của bà C.
46,XX,der(14:21)(q10:q10),+21 mat



Thai 12 tuần. NT = 2.1 mm

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

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

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

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

A

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

C

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

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

Chứng 4: app Nửa đầu thai kì

Tình huống 1: Càng nên bách phân vị cao thì NT càng dày ⟹ nguy cơ lệch bất sàng cao

khi NT > 3.5 mm thì BS sẽ nói nguy cơ rất cao với lệch bất ⟹ làm sinh thiết (C)

↑ bất thg hồi lưu TM: bất lí tim mạch, > 9 g th CRL theo tuổi²

- Có độ SA đo NT ⟶ thì đi tiếp theo hướng là Sinh thiết

(∴ chọn NIPS ở chuẩn bị ngay từ đầu là chọn SA rồi)

Tính LR = Dấu $LR^+ \times LR^-$

- Chọn hướng thích hợp: A. Triple test: ~~có thêm~~ K∴ thêm thông tin

B. NIPS: có thể cũng ∴ thêm thông tin

nếu trả lời là nguy cơ cao ⟹ đúng theo hướng Logic

nếu (−) thì xảy ra tranh cãi pháp lí: mà ∴ DXXD { cam gia; NST bất thg ≠; thể khảm

⟹ chọn C là thích hợp:

Có thể chọn D. gặt không muốn làm ✓

Case 2:

1 h g 26t thì nguy cơ sinh con Down 1/ vài ngàn (1.350)

nguy cơ nào trẻ < thể thể trisomy / RMT

Case TT có nghi ngờ nhi nhạy 1 bất thai sau chuyển 2 phôi²

Sau 12w 6 ngày là song thai dính lệch 2 đầu và 2 đầu về đa gang

(1 song thai 1 bất nhiễm 2 thể ổ) MCDA { CRL (A): 51 mm / NT: 8.1 mm; CRL (B) 57 mm / NT 1.3 mm

⟹ nhà khó nông là

Dùng NIPT là đúng hay sai?

Trong sách

nếu NIPT thế hệ mới (SNP-based) để phát ngừa gần DNA đến từ nguồn nữa (!!!) trong cặp song thai ⟹ khi đó có thể áp dụng song thai

Vậy NIPT SNP based có thể áp dụng đc cho 1 mẹ mang thai / mẹ cho trứng

⟹ NIPT ∴ phải lúc nào cũng ∴ sử dụng đc trên song thai

— 1 cặp song thai phân biệt < cùng trứng / ≠ trứng

Gợi ý ~~13~~ 13, 18

Case

Trẻ có thai tự nhiên, ... ⇒ dùng NIPT (nguy cơ thấp) thấy thoát vị hoành — nhưng 19W thấy đứa thai có vẻ thoát vị hành

Thoát vị hành có vẻ ở LCC NT bình thai, ... nó có thể ở não, mắt, tim

A Chọn có CT, CR / FISH: lại đến thăm gian ít, dùng tìm đặc trưng như là nhóm 0x nhỉ
⇒ nó là số lượng (13, 18, 21, XY)

B Chọn có Torch

C chọn có, karyotype → Có thể có tủ bộ nhiều nhỏ hơn
Có nghĩa chỉ bắt bất thường NST 13, 18, 21, XY.
⇒

D chọn có CMA

E Không làm gì → Có ∑ thông tin nhưng cần time
Cái nhìn đặc rõ ≥ ~~15~~ 5 Mb cặp base
nếu thấy 1 chút thì ở nhìn ra

Di George là vì mất đoạn, thường gặp thứ nhìn sau NS conny 21 nó là 1,5 - 3 Mb
⇒ ở thấy rõ karyotype

Còn CMA: phân tích bộ DNA xem tín hiệu bị mất ở khúc nào
vì đặc phát giải 500 kb (nhưng ở NV chưa làm gì)
mà có khi chạy ra gì cả?
⇒ Chọn E ở làm gì

Thực tế lớn: karyotype ở bất thường
hệ tại mẹ 25W mà ở tìm thấy bất thường
Có nghĩa lớn CNV Seq là vì mất đoạn ⇒ ở thấy gì
Có vẻ có nghĩa là có vẻ là thoát vị hành đến đến ở lạ đặc biệt

Case: ⟨tạp chí⟩ 1 cặp NT = 3.5mm con đầu tự nhiên
~~đ~~ tự vết lớn NIPS ngay thấy
→ ~~ở yêu tố~~ SA: 20 - 23W: ~~đ~~ thở thai khó làm
24W: bất sản thận (P) có vẻ đến đặc
[lạ rất vì thở²
tai nạn
30W: bất sản thở cha
hở 3 van, TD đi mòng
36W: Sarhnen

Để luôn ⇒ tình thấy bất thường: ~~Dis~~ Hở dị tình.
Khi lấy karyotype: mất cái đầu NST 18 (23 Mb) nếu lấy Karyotype nữa có
⇒ khi NT > 3.5mm: ở đến gần 13, 18, 21 số lượng có thể thấy.

- Tiền 13, 18 hay kiểm bất thường bánh nhau → ↓ Cell free DNA ⇒ NIPT ở đến hạ sớm cao
như NST 21. ⇒ ở dùng NIPT để nó có hay ở có bất thường.

Chương 5

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Lượng giá sức khỏe thai

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

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

8. Ưu tiên chọn khảo sát nào sẽ là khảo sát tiếp theo khi đã có trắc đồ sinh vật lý biến đổi cho kết quả bất thường?

C

a. Trắc đồ sinh vật lý nguyên bản của Manning
b. Contraction stress test (oxytocin challenge test)
c. Khảo sát động học các dòng chảy bằng Doppler
d. Cần chấm dứt thai kỳ, không làm thêm test khác

9. Thành tố nào là *thành tố cần quan tâm nhất* của trắc đồ sinh vật lý *nguyên bản*?

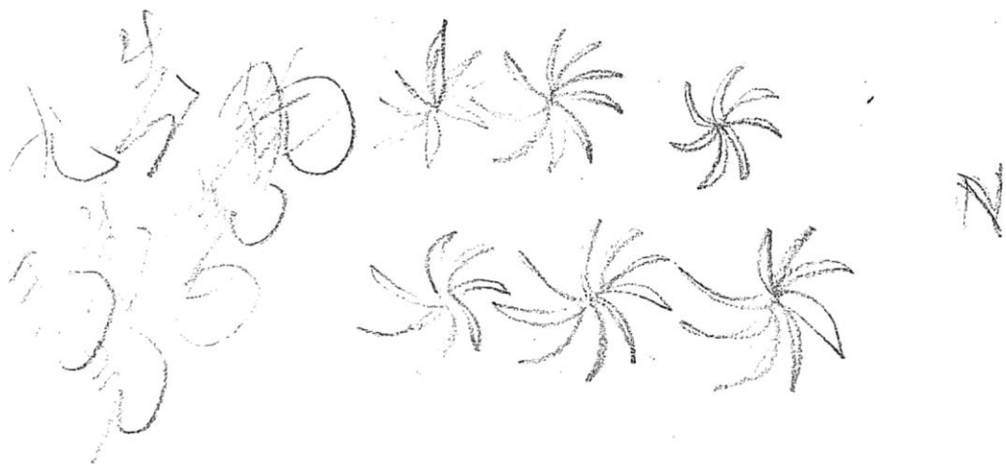
B.

a. Non-stress test
b. Thể tích nước ối
c. Các cử động thai (toàn thân, hô hấp)
d. Các thành tố trên có giá trị bình đẳng

10. Hãy lý giải vì sao trong thực hành tại phòng sanh (trong chuyển dạ), người ta thường ưa chuộng theo dõi thai nhi bằng thực hiện monitoring sản khoa hơn là bằng nghe tim thai ngắt quãng với Doppler?

A

a. Vì thực hiện monitoring sản khoa tiện lợi và giúp làm giảm tải lượng công việc của nhân viên y tế
b. Vì thực hiện monitoring sản khoa làm giảm có ý nghĩa tỉ lệ trẻ bị bại não liên quan đến cuộc sanh
c. Vì thực hiện monitoring sản khoa làm giảm có ý nghĩa tỉ lệ tử vong chu sinh liên quan đến cuộc sanh
d. Vì thực hiện monitoring sản khoa giúp loại bỏ các can thiệp sản khoa không cần thiết trong cuộc sanh



Rat chương 5: Lượng giá SK thai

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

Câu 2: Giảm lọc máu qua vách → ↓ Co → ↓ áp xung cầu quản thận

Câu 10: So với nghe tim thai ngoài quãng, theo dõi monitor hơn nhiều:

+ Ko làm ≠ tỉ lệ bại não, tử vong chu sinh

+ mà còn ↑ can thiệp: sinh giúp, mổ lấy thai

Ghi âm

– Làm sao sin VS gió sin

+ nó có giá chính xung quanh baseline

+
| longterm
| shortterm nhỏ, có dịch [thiếu thái mãn nặng] → sin
| dao động nó mịn & nhỏ

+ Gió sin: ~~~ dao động nhỏ nhỏ thì cái cao cái thấp

* Dao động nó tại: 6 – 25 nhịp/ bt

đặc biệt khi dạng đặc biệt, ta ưu chứng longterm từ khi hình sin

– Tại sao thoái oxy → gây giảm nhịp?

trong hồi máu
| ↑ lá ↑ nhịp để lấy oxy khi trừ
| trong khi thai nhi ↓ để tiết kiệm (nó chỉ có nguồn dự trữ nhất đó)

nên ↑ nhịp tim thì nó vất kiệt oxy còn lại

* Tại sao vẫn dùng đèn cử động để khuyến thai lừ thai lừ thấp?

Tiêu chuẩn khám thai | làm sao biết thai lừ ngồi thấp? → Can thiệp ở đây là gì? → hồi nay test hơi bất thì ngồi cao? → test ≠ cao hơn để quyết định chọn về đèn

→ Đầu tay che ngồi thấp

test Sang lại mà vẫn kco biết thì ở đây nó để can thiệp?

thoái oxy nặng → ảnh cử động thai nhưng đến cảm tính

– khi bác đi khám thai định lừ → bác sĩ → biết ngồi có { thấp / cao

đèn 26 – 32 W để can thiệp

— Ý nghĩa BPP nguyên bản ≠ BPP trên đời ?

• thể xảy ra với cả hai mặt

cả hai cùng

khi gặp sự cố nặng nề rồi

• mất thời gian

• trước mắt đã đến lúc

↓ cần động thì mới lấy ra

* nếu BPP Δ báo động : mục đích sống lớn

tức là mất ?

để không đến

↓ xem báo động tới đâu.

Doppler tìm xem có thực sự ↓ tức mất ? tới đến rồi?

Bài ứng dụng

Lượng giá sức khỏe thai

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.

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

TÌNH HUỐNG 1: TRẮC ĐỒ SINH VẬT LÝ BIẾN ĐỔI VỚI ĐIỂM SỐ BẤT THƯỜNG

Thai phụ A. 30 tuổi, có thai lần đầu. Hiện tại tuổi thai 34 tuần, chính xác, định theo lâm sàng và siêu âm TCN 1st.

½ đầu thai kỳ không ghi nhận bất thường. Khảo sát tầm soát lệch bội cho kết quả nguy cơ tính toán thấp. Đã có miễn dịch với Rubella, CMV và Toxoplasma. Siêu âm khảo sát các softmarkers âm tính. Siêu âm hình thái học vào cuối tuần lễ 22nd không ghi nhận bất thường. Test dung nạp 75 gram glucose thực hiện vào tuần 24th cho kết quả âm tính.

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

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

Diễn tiến trong các tuần lễ tiếp theo ghi nhận sự đi xuống dần của các chỉ số sinh trắc học thai.

Hôm nay bà A. đến khám theo hẹn. Bà cho biết rằng thai vẫn cử động bình thường. Siêu âm hôm nay thấy sinh trắc đã chạm đường bách phân vị thứ 3rd, với giảm thể tích ối AFI = 4. Bạn có thực hiện thêm non-stress test với kết quả bình thường. velocimetry ghi nhận trở kháng động mạch rốn, động mạch não giữa và tỉ số não:rốn trong giới hạn bình thường.

Hãy đánh giá tình trạng thai và cho biết hướng xử lý. Chọn ***một*** câu đúng.

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

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

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

TÌNH HUỐNG 2: TÌNH HUỐNG CONTRACTION STRESS TEST

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

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

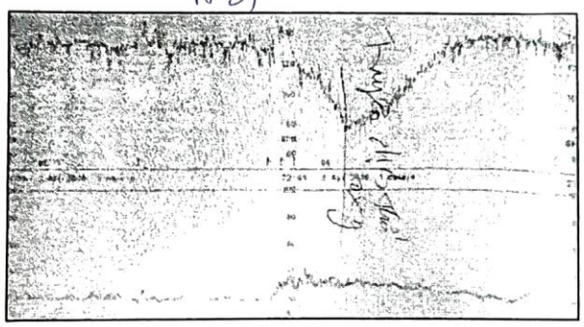
Bà được thực hiện tắc đồ sinh vật lý biến đổi ghi nhận AFI = 7cm và được ghi một băng ghi NST (hình trái).

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

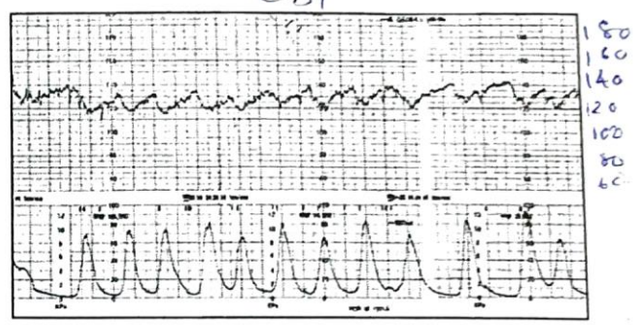
Hãy đánh giá về tình trạng sức khỏe của em bé con bà B. Chọn ***ba*** câu đúng (**1** trong **AB**, **1** trong **CD**, **1** trong **EF**).

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

NST



CST



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

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

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

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

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

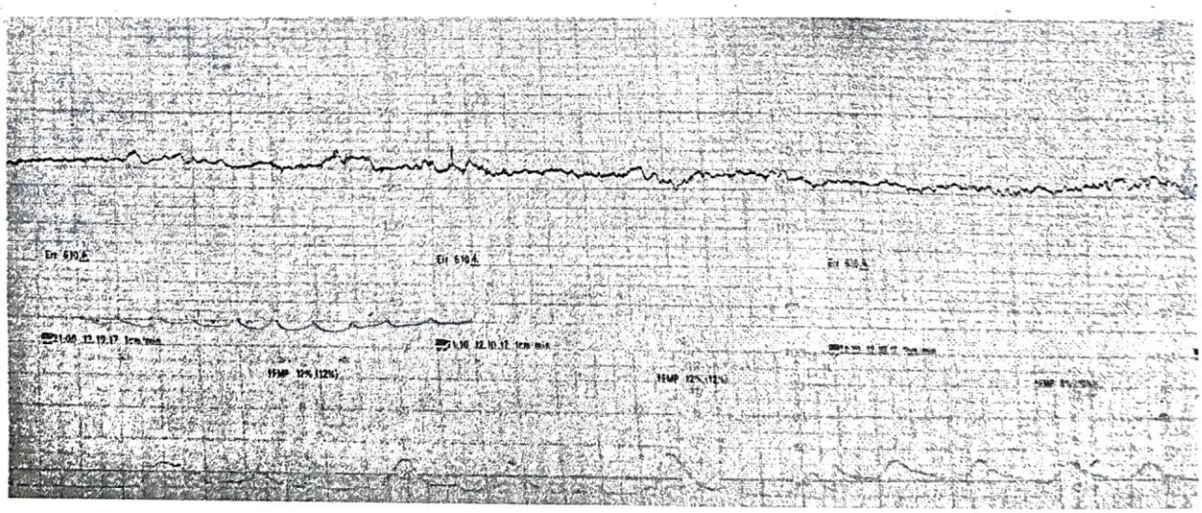
Khoảng một tháng trước, bà C. cũng có đi khám một lần, và được người ta cho biết rằng có tăng huyết áp, không rõ mức độ, được cho uống thuốc, nhưng khi hết thuốc, bà C. đã không khám lại theo hẹn, do tự không thấy có vấn đề bất thường.

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

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

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

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



A. Đã có chứng cứ của tình trạng thai với tăng trưởng giới hạn trong tử cung (FGR) do tăng huyết áp thai kỳ
B. Đã có chứng cứ rằng tình trạng thai hiện tại có thể có liên quan đến một nguyên nhân khác đã bị bỏ qua
C. Đã có đủ chứng cứ để xác định tình trạng thai đang bị đe dọa nghiêm trọng trong tử cung
D. Chưa có đủ chứng cứ để xác định tình trạng thai đang bị đe dọa nghiêm trọng trong tử cung
E. Cần chấm dứt thai kỳ ngay để cứu tính mạng của bé, có thể phải chấp nhận mổ sanh cấp cứu ngay
F. Còn thiếu rất nhiều những bằng chứng cần thiết cho phép đi đến quyết định can thiệp hợp lý

- Không dựa 1 chỉ số để IUGR, có thể lệch bào, NT, ...
- NST này bất thường nhưng con này trưởng thành chưa xác định, có thể hành nếu chưa 1 ở 32w

C6

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

½ sau thai kỳ: tiền sản giật, sanh non

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.

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

1. Trong quá trình thiết lập chẩn đoán sanh non và ra quyết định điều trị, nhận định "*cần thực hiện corticosteroid liệu pháp dự phòng RDS*" phải được đưa ra bằng cách căn cứ vào chỉ báo nào?
   a. Dự báo âm về khả năng sẽ sanh non
   b. Dự báo dương về khả năng sẽ sanh non
   c. Khi thấy có các cơn co tử cung trên EFM
   d. Thường qui cho thai kỳ có nguy cơ sanh non cao
2. Trong quá trình thiết lập chẩn đoán sanh non và ra quyết định điều trị, nhận định "*việc dùng thuốc giảm gò có thể là cần thiết*" phải được đưa ra bằng cách căn cứ vào chỉ báo nào?
   a. Chiều dài kênh tử cung và fetal fibronectin
   b. Fetal fibronectin và placental alpha microglobulin-1
   c. placental alpha microglobulin-1 và chiều dài kênh tử cung
   d. Chiều dài kênh tử cung, fetal fibronectin và placental alpha microglobulin-1
3. Tiêu chuẩn nào là tiêu chuẩn để kết luận "*can thiệp điều trị sanh non đã thành công*"?
   a. Không còn thấy các cơn co tử cung trên EFM
   b. Trì hoãn thời điểm xảy ra cuộc sanh được 48 giờ
   c. Ngăn được cuộc sanh không xảy ra trước 34 tuần
   d. Ngăn được cuộc sanh không xảy ra trước 36 tuần
4. Trong các thuốc có hoạt tính giảm gò sau, thuốc nào *đã được nhà sản xuất* tiến hành *nghiên cứu chuyên biệt cho điều trị sanh non* và *đã tiến hành đăng ký dán nhãn* (labelled) cho chỉ định điều trị này?
   a. Atosiban
   b. Nifedipin
   c. Salbutamol
   d. Cả ba thuốc trên
5. Trường hợp nào trong các trường hợp hợp liệt kê sau *có chống chỉ định của corticosteroid liệu pháp*?
   a. Huyết áp tâm thu rất cao
   b. Đái tháo đường thai kỳ
   c. Suy giảm miễn dịch
   d. Tuổi thai ≥ 34 tuần
6. Ở thời điểm rất sớm của thai kỳ, làm cách nào để nhận diện được đang có bất thường của hiện tượng xâm nhập của nguyên bào nuôi vào động mạch xoắn, nhằm thực hiện dự báo khả năng xảy ra tiền sản giật trong nửa sau thai kỳ?
   a. Khảo sát động học dòng chảy bằng Doppler thực hiện vào cuối tam cá nguyệt thứ nhất
   b. Nồng độ huyết thanh của PAPP-A và của free β-hCG vào cuối tam cá nguyệt thứ nhất
   c. Nồng độ huyết thanh của free β-hCG, của uE_3 và của AFP vào đầu tam cá nguyệt thứ nhì
   d. Các khảo sát trên cùng cho phép nhận diện sớm và giúp cho dự báo tình trạng tiền sản giật
7. Trong các trường hợp liệt kê sau, trường hợp nào phải được xem là tiền sản giật có dấu hiệu nặng?
   a. Tiền sản giật với tổn thương phù gai hay xuất huyết ở đáy mắt
   b. Tiền sản giật có tình trạng đạm niệu trong 24 giờ ≥ 5 gram
   c. Tiền sản giật kèm thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung
   d. Kết luận là tiền sản giật nặng cho cả ba tình trạng trên

8. Trong quản lý tiền sản giật, biện pháp nào có bản chất *chỉ đơn thuần là điều trị triệu chứng*?
- a. Thuốc chống tăng huyết áp → ↓ HA
- b. Corticosteroid liệu pháp
- c. Magnesium sulfate → ngừa co giật : ↓ triệu chứng
- d. Chấm dứt thai kỳ

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

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

Rat chuông C

(*) Nếu 1 cơ dạ sinh non thì do thai ngắn + xng PAMG1 cao lưu thì có ngưng cơ sinh non thì vẫn quyết định ⊖ nếu chỉ có 1 cái bất thường chiều dài kênh tử cung > 30, PAMG1 bt thì có điều trị ?

nếu chiều dài kênh tử cung > 30, PAMG1 thì cao thì là gì ?

*(PBL): Vấn đề là nguy thai

nếu non tháng → quan trọng: phải duy trì sự sinh trưởng

có chỉ định hỗ trợ ⊖ ? → có mới dùng corticoid

ta đánh giá { l kênh tử cung ⇒ Sieve âm
PAMG1 } nhóm BV, ⊖ nên
fFN }

Cut off l kênh tử cung: 25 mm (1 nhóm, tần số < 25 mm)

* Phần lớn ý nếu thai do đó đo l của kênh TC lúc 19 – 23 W, 24 W

đo nếu quá thì ngắn → ⊖ ý nghĩa

⇒ ⊖ Trọng là sự Δ kênh khi đo nhà lẻ & hình dạng chữ trong CTC: chữ U, V, T

– Không ai lần có 3 + nếu l kênh ngắn (23 mm) + PAMG1 (bt) ⇒ do bác cập đo
→ giá trị ta đánh (–) cao
khi (–) thì khả năng bài sinh cao

chiều dài đo lại sau 3 ngày

+ l kênh bt (> 30 mm) + PAMG1 / fFN cao
(+)
fFN (+)

giá trị Δ (+) của PAMG1 cao

fFN chỉ dự báo (–) thì nếu fFN (–) thì ng cơ sinh non thấp
(+) fFN (+) thì chưa chắc ⇒ theo dõi LS gì
CL

– Thầy: "Giá trị dự báo (+) của CL & fFN < PAMG1"
Còn dự báo (–) của cao
xét hiệu ra đó sau 2 tháng đầu

+ CL thực hiện nhà hoa vì ? vì BS ông sức vẻ (:)

Vậy Q: " CL bt thì có lần PAMG1 không ? "

Thầy: " CL giá trị dự báo âm cao thì lần lần gì ? "

Có đo CL càng ngắn thì ngược càng nhiều < 29 – 30 – 31 : ⊖ nguy cơ
35 – 30 – 25 dù nên cut off nhưng có nguy cơ sinh hỏi

Không Đánh trị sinh non = gián cịu dựa vào Bảng 3 (trang 4 81 Chương 6)

Thầy: "Tại sao ⊖ gián cịu ? ⟹ khi nào có cịu

* ②

SV: "Thực phẩm cản dự phòng sinh non = Progesteron thì cần dùng bao nhiêu Cor không ?"
mục tiêu 2 cái ≠ nhau

SV * Vai trò double, triple test tầm soát lệch bẩm ở mẹ vai trò tiên sản giật
vậy chúng có ý nghĩa cịu trong dự phòng tiền sản giật ?

⟹ Thầy: " Double test: PAPPA free β-hCG
Triple: fβ hCG, uE3, AFP

Vậy có chất cịu lq xem nhập nguy bất nhiễu Đến DM xem ? PAPP-A
là cịu ? 2 nhóm chất tạo mạch, không tạo mạch
bn viêm thận mạn ↑

BA Bám nhau tốt ~~tầm Cao~~

~~Tiền sản giật~~: Chất tạo mạch không tạo mạch
Bám nhau xo hóa cần vào cơm để thai ↗ vậy cần chất tạo mạch ↑
Khi đó bám nhau tốt 2 nhóm chất tăng

Tiền sản giật: XL ở hàm tăng ⟹ { chất tạo mạch tốt ở đó
không tạo mạch tốt gián nhiều

~~PAPPA~~ đc xem là nhóm tạo mạch ⟹ Đánh giá nguy cơ TSG
nhưng ở đó đánh giá → chất ≠

— Đánh giá TSG dựa mô hình tuổi, CO, CN, BMI, ... ⟹ tính m nguy cơ thấp dự 3 tháng đầu thai kì

3 tháng giữa: mô hình: ~~ở~~
Cần Triple test: nhóm mô hình
hiện chưa có mô hình TSG năm nay Tầm sát TSG FMF

Câu 6: muốn nhấn mạnh lí giải Double, Triple test ngăn lệch bẩm thì chú ý
có thể kết cục thai kì xấu: TSGrất, THA thai,

* Cơ: "⊖ trị đó TSG: chấm dứt thai kì
⊖ trên: chặn ↑HA
⊖ hỗ trợ: Mg Sp, ngừa co giật, Cor ngừa ARDS "

— Dùng cholesterol: tốt hơn dự phòng sinh non.

Bài ứng dụng

½ sau thai kỳ: tiền sản giật và sanh non

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.

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

TÌNH HUỐNG 1: HÔN MÊ

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

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

Tại phòng cấp cứu, ghi nhận sinh hiệu: mạch 100 lần/phút, huyết áp 150/100 mmHg. Thông tiểu ra được 100 mL nước tiểu màu nâu sậm. Phù chân, tay và mặt.

Khám lâm sàng thấy bà ta đang có thai, bề cao tử cung 26 cm, tim thai nghe bằng Doppler 80-100 lần/phút, không có cơn co tử cung. Cổ tử cung đóng.

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

- **A.** Tìm nguyên nhân, xử trí hôn mê
- **B.** Thuốc chống tăng huyết áp
- **C.** Corticosteroid liệu pháp
- **D.** Magnesium sulfate
- **E.** Mổ sanh cấp cứu
- **F.** Thực hiện EFM

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

TÌNH HUỐNG 2: TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN

Bạn đang ở trung tâm y tế huyện.

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

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

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 cm, không có cơn co tử cung, ngôi đầu cao, TT 140 lần/phút.

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

Huyết đồ: Hematocrite 42%, tiểu cầu 80,000 / µL. Dip-stick 10 thông số ghi nhận có protein niệu 3+, kèm huyết niệu.

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

- **A.** Theo dõi ngoại trú
- **B.** Lưu bệnh tại trung tâm y tế huyện
- **C.** Chuyển bệnh viện tuyến trên
- **D.** Corticosteroid liệu pháp
- **E.** Trắc đồ sinh vật lý biến đổi
- **F.** Magnesium sulfate

TÌNH HUỐNG 3: THAI KỲ TRÊN TỬ CUNG ĐÔI

Bà H. 30 tuổi, PARA 0001, đến khám thai định kỳ.

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

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

Thai kỳ hiện tại: thai nằm trong tử cung bên trái, tử cung phải không mang thai. Hình thái học lúc 24 tuần không phát hiện bất thường. Tầm soát không phát hiện bất thường.

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

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

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

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

- **A.** Nguy cơ sanh non ở lần mang thai này sẽ thấp hơn *(lý giải vì sao)*
- **B.** Nguy cơ sanh non ở lần mang thai này vẫn giữ nguyên *(lý giải vì sao)*
- **C.** Nguy cơ sanh non ở lần mang thai này sẽ cao hơn *(lý giải vì sao)*
- **D.** Đã có chỉ định dùng progesterone dự phòng sanh non *(lý giải vì sao)*
- **E.** Đã có chỉ định đặt pessary dự phòng sanh non *(lý giải vì sao)*
- **F.** Đã có chỉ định corticoid liệu pháp dự phòng RDS *(lý giải vì sao)*

TÌNH HUỐNG 4: OXYTOCIN RECEPTOR ANTAGONIST

Bà A. 28 tuổi, mang thai với tuổi thai là 33 tuần tròn, nhập viện đêm qua, vì có dấu hiệu của nguy cơ cao trực tiếp của sanh non.

Khám thai đầy đủ. Thai kỳ tiến triển bình thường.

Các khảo sát thường qui, khảo sát lệch bội đều cho thấy không có vấn đề gì bất thường.

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

Không tìm thấy nguyên nhân của chuyển dạ sanh non.

Do có chiều dài kênh cổ tử cung là 15 ^{mm} và có dạng hình " **U** ", đồng thời khảo sát PAMG-1 dương tính nên bà A. được chỉ định thực hiện bắt đầu một đợt *betamethasone*, đồng thời với dùng oxytocin receptor antagonist đường truyền tĩnh mạch.

Sáng nay, *sau khi chấm dứt oxytocin receptor antagonist*, sinh hiệu của bà A. ổn định. M = 90 $^{l/ph}$, huyết áp 120/80 ^{mmHg}.

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

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

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

Hôm nay, bạn sẽ làm gì cho bà A.?

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

- **A.** Kéo dài điều trị bằng oxytocin receptor antagonist cho đến khi khống chế hoàn toàn sanh non
- **B.** Ngưng oxytocin receptor antagonist, đồng thời chuyển sang điều trị duy trì bằng nifedipine
- **C.** Ngưng oxytocin receptor antagonist, đồng thời chuyển sang điều trị dự phòng bằng progesterone
- **D.** Việc theo dõi tiếp tục chủ yếu dựa vào lặp lại siêu âm khảo sát chiều dài kênh tử cung
- **E.** Việc theo dõi tiếp tục chủ yếu dựa vào lặp lại khảo sát fFN
- **F.** Việc theo dõi tiếp tục chủ yếu dựa vào lặp lại ghi EFM khảo sát cơn co

Ghi chú Truyền dịch cấp (LT_BS Trí –)

MCT) vô vì ∀ lí do gì phải truyền giới hạn dịch
hỏi đầu tiên

App chiều 6

1) Đầu mê

* RL đông máu
DTA — dù chưa đủ 1 tiêu chuẩn sản giật ⇒ nghĩ sản giật
Sản giật — yếu cũng hỏi HA cao

Tuổi thai 28 – 30W có khả năng sẽ đẻ mà doppler SU (ĐM) cung cấp cho suy thai cấp
thực chất tăng huyết áp ở dạng cơ năng vì ↓ lưu lượng máu
HA mẹ tăng ở phía trên về bà
⇒ ở đây thì chưng tăng HA

⇒ nên lấy ra nhanh thai
BDTC
⇒ mà cũng

chyển dạ chưa thể có ⇒

Có " Có nên mổ cấp cứu ? đẻ cái gì ? nó
CCTC 26 cm ⇒ $\boxed{\geq 28W}$ $\boxed{\text{sắp đẻ}}$:
Mũi đầu cứu 2 em bé nữa
em bé non tháng tim thấy nhanh mà nghe thấy chậm
có hiệp EFM ? nghe tim thai dầu hơn ⇒ ở lâm
Suy thai cấp ⇒ lấy ra nhanh
mà có TC đẩy, ở cổ ⇒ phải mổ

chắc gì đúng
SU 100 ti / phút
Doppler cơ năng ở ph.

Mà bà này Có HELLP ? (có thể xảy ra) tỉ RLĐM thì mổ thì nguy hiểm mẹ thì sẽ ở
⇒ cố gắng mổ nên KQ để bắt em bé ra nhanh
↳ khó sống bà mẹ luôn
Vậy ở đây vô kết cục sản.
Cả này đặc biệt : phải chấm dứt thai kì trước khi diễn ra lâm
vì cần cấp cứu lấy em bé ra lúc

Số 2) lần gì ? MgSO4 ngừa co giật tăng lại.
TSG nặng

* Cả cả a) vừa lần ra

(2)

1) hellp vỡ ⇒ cần chuyển lên c chấm dứt thai kì
mẹ tổn thương nặng, ↓ nó cần: c dám cần sham/
bà này chấm dứt thai = mổ? hay thai (huyết c nó?) } ⇒ chuyển
Sinh trái đã từng tử thiết gian.

2) D or F

Vậy Cor hay $MgSO_4$?
Có nhưng cho phép dùng tới 34W để (7) ngày
34W nếu BCTC 26 am ⇒ chọn từng thấp ⇒ dùng Cor
Có ng ay có mổ? thai ~~mà~~ trẻ thai mổ chỉ mới 39 W
chỉ đang

F: Có nên xem? Tuy ⇒ Có chỉ định
tuy nhiên (hiển lí) ⇒ Nhắc: phải xem CCđ từng thì mới xem
trong chủ quan ⇒ phải đưa Sonde
phần có thể đánh không

---

(3) * Sub non này là mới là do nó là chủ đề kết 35 ⇒ bt
[ngay có sub non gần là trước nó là tự phát thì là 2 ngày có c.a.o
lần 1: hở e.o., e.o tử cung ngắn ⇒ vs chuyển dạ rất nhanh ⇒ ~ là sau càng non
bà này CTC bt ⇒ gần nguyên
* kết TC đều thông lưu ⇒ c
Proges xem cũng đc, c cũng đc
(vì ngờ sub non) nó "sp khen Anh" nó ngờ Sub non dùng Cor 1 đời duy nhất
khi các Cor: < 24W: c chỉ định vì giảm PX c ↗ đc về cấu trúc
nó kỉ mười xem ⇒ thì xem do cấu trúc phổi chưa còn nên lớp lên
Hơn là: nhưng hiện tại c trên sinh non trong 7 ngày: c ý ít gợi ý sub non ⇒ c dùng Cor
thì nên có đó hiện ⇒ dùng
ng 7d: có ng có sub non ⇒ nên xem
Cân cân (Hơn là: chưa gì ⇒ c xem
Anh:

Progesterone có dự phòng hay không? ⇒ LS dùng vì có ng có sub non ∆ TC đều
nhưng nó là này có kết ngắn ⇒ nên xem. dùng progest lâu dài
mà về mặt "con quí": vẫn dùng đc (Gardcome chưa thấy tác hại.)
nếu ∆ th RAMG1 vì FF...?

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

½ sau thai kỳ: bất thường tăng trưởng, HIP

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.

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

1. Trong các trường hợp thai có vấn đề liên quan đến tăng trưởng được liệt kê sau, việc khảo sát chỉ số trở kháng động mạch não giữa: trở kháng động mạch rốn (chỉ số não-nhau) sẽ có giá trị quan trọng cho theo dõi ở trường hợp nào?
   a. Mọi trường hợp thai có thông số sinh trắc dưới 3rd percentile
   b. Thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung khởi phát muộn
   c. Thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung khởi phát sớm
   d. Thai có kích thước nhỏ hơn so với tuổi thai

2. Khi đặt hai công cụ khảo sát tăng trưởng bào thai là (**A**) biểu đồ tăng trưởng dùng thông số tham chiếu theo dân số (references, thí dụ như biểu đồ *Shinozuka*) và (**B**) biểu đồ tăng trưởng theo chuẩn mực chỉ định (prescriptive standards, tức *Intergrowth-21st*) lên cùng một hệ trục tọa độ Descartes, bạn nhận thấy điều gì?
   a. Không thể có nhận định tổng quát, do mỗi một dân số chịu ảnh hưởng của các tác động khác nhau
   b. Một cách tổng quát thì các đường percentile của (**A**) sẽ nằm thấp hơn các đường percentile của (**B**)
   c. Một cách tổng quát thì các đường percentile của (**A**) sẽ trùng khớp với các đường percentile của (**B**)
   d. Một cách tổng quát thì các đường percentile của (**A**) sẽ nằm cao hơn các đường percentile của (**B**)

3. Trong trường hợp thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung (FGR) khởi phát *sớm*, hãy cho biết các phương tiện khảo sát/chẩn đoán được dùng như thế nào?
   a. Bệnh sử và tiền căn được xem như yếu tố tham khảo, có vai trò thứ yếu trong thiết lập chẩn đoán
   b. Siêu âm hình thái học đóng vai trò cốt lõi trong thiết lập chẩn đoán và xác định nguyên nhân
   c. Siêu âm khảo sát động học các dòng chảy bằng Doppler có tính giá trị rất cao trong chẩn đoán
   d. Khảo sát các bất thường của vật chất di truyền chỉ được chỉ định khi có bất thường hình thái học

4. Trong các nhận định sau liên quan đến thực hiện siêu âm trong tam cá nguyệt 3 của thai kỳ, nhận định nào là đúng?
   a. Nên đặt siêu âm trong bối cảnh của một trắc đồ sinh vật lý biến đổi khi có chỉ định lượng giá sức khỏe thai
   b. Nên khảo sát sinh trắc thai mỗi 2-3 tuần nhằm làm giảm khả năng bỏ sót tăng trưởng giới hạn trong tử cung
   c. Nên khảo sát sinh trắc thai mỗi lần khám nhằm làm giảm tử suất chu sinh ở các thai nhi đã biết là bình thường
   d. Nên thực hiện thường qui siêu âm Doppler vào thời điểm tuổi thai 33-34 tuần để tầm soát bất thường tưới máu

5. Trong trường hợp thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung (FGR) khởi phát *muộn*, hãy cho biết các phương tiện khảo sát/chẩn đoán được dùng như thế nào?
   a. Bệnh sử và tiền căn được xem như các yếu tố tham khảo, có vai trò thứ yếu trong thiết lập chẩn đoán
   b. Trắc đồ sinh vật lý biến đổi là khảo sát đầu tay trong theo dõi tình trạng thai khi đã xác lập chẩn đoán
   c. Bất thường trong phổ các dòng chảy khi khảo sát bằng Doppler là các biểu hiện xuất hiện sớm nhất
   d. Khảo sát các bất thường của vật chất di truyền là bắt buộc, bất chấp kết quả khảo sát hình thái học

6. Khi nói về khả năng đáp ứng của tế bào β đảo tụy với tình trạng đề kháng insuline xảy ra khi mang thai ở thai phụ có tình trạng dung nạp đường bình thường và ở thai phụ bị GDM, phát biểu nào sau đây là đúng?
   a. Họ có tình trạng đề kháng insulin tương tự nhau, nhưng thai phụ GDM không có sự bù trừ đủ từ tuyến tuỵ
   b. Họ có đáp ứng bù trừ từ tuyến tuỵ như nhau, nhưng thai phụ GDM có tình trạng đề kháng insulin mạnh hơn
   c. Thai phụ GDM có tình trạng đề kháng insulin mạnh hơn, đồng thời không có đáp ứng bù trừ đủ từ tuyến tuỵ
   d. Một trong ba kiểu bất thường kể trên đều có thể dẫn đến rối loạn dung nạp đường trong thai kỳ

7. Vai trò quan trọng nhất của HbA1C trong quản lý tăng đường huyết trong thai kỳ (HIP) là gì?
   a. Hoàn toàn không có giá trị trong quản lý tăng đường huyết trong thai kỳ
   b. Trong giai đoạn sớm của thai kỳ: đánh giá nguy cơ dị tật thai
   c. Trong giai đoạn muộn của thai kỳ: đánh giá nguy cơ đột tử thai
   d. Trong suốt thai kỳ: đánh giá hiệu quả của việc ổn định đường huyết

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

a. Cố gắng đạt và duy trì ổn định đường huyết ở mức mục tiêu
b. Thực hiện sớm liệu pháp corticosteroid dự phòng suy hô hấp
c. Thực hiện lặp lại liệu pháp corticosteroid dự phòng suy hô hấp
d. Hạn chế chỉ định chấm dứt thai kỳ khi tuổi thai chưa đủ 38-39 tuần

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

xét tác hại quá nhạy

a. Hạn chế khả năng bỏ sót các thai phụ có thể có rối loạn dung nạp đường để quản lý chặt chẽ
b. Xác định chính xác các thai phụ bị mắc đái tháo đường thai kỳ thực sự để quản lý đúng
c. Nhận diện các thai phụ có nguy cơ cao xảy ra các biến chứng của tăng đường huyết
d. Xác định các thai phụ mắc đái tháo đường tiềm ẩn hoặc có nguy cơ đái tháo đường sau này

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

a. Theo dõi nhật ký đường huyết, ghi lại kết quả đường huyết đói và đường huyết sau bữa ăn sáng
b. Theo dõi nhật ký đường huyết, ghi lại kết quả đường huyết đói và đường huyết trước/sau mỗi bữa ăn
c. Thực hiện lặp lại test dung nạp 75 gram glucose sau khi đã ổn định được đường huyết đói và sau ăn
d. Theo dõi nhật ký đường huyết, các dấu hiệu lâm sàng của mẹ và diễn biến sinh trắc/AFI của thai nhi

Rất chướng ∃

bản chất

* bác sĩ đã Interpretation - 21st hay reference BN (Haddock, Shunazuka) ⇒ đây có 2
↓ tiểu đường ↓ HIV

* Tiêu chẩn chẩn đoán: ĐTĐ

— Có thai là N đề kháng insulin, để bù trừ ↑ hết β tụy, sự đề kháng Δ tăng h ∈ HPL, TFα tích tụ nên mà tụy yếu đi ngày mà đáp ứng β đã vs đường là khác nhau

⇒ K có chuẩn nói h này có đề kháng insulin → quan trọng hơn là là cận sinh bao giờ (cho bé) > là quan tâm mẹ ĐTĐ (⇒ chú ý bao quan tâm đến ai? ĐTĐ có biến chứng, còn ĐTĐ mẹ thì kệ)

T/C DIP: dùng TC h ở mang thai

GDM: tăng đường ≠ so với h ở mang thai

* Tại sao ở thai phụ [KO có yếu tố] ĐTĐ thì lấy test OGTT vào tuần 24-28

HLP là sàng lọc sót h bệnh chưa biểu hiện

HLP làm quá nhiều thì sao? ⇒ vấn phải "nhận diện" còn hơn không

Thầy hỏi: "OGTT vào thời điểm muộn thì sao?"

Câu hỏi: 1 h ở lần OGTT vừa h đến khoảng là 30W rồi [?] thì lần cận bằng cặp vì nó Q (vì nhiều quá vào khó nhưng biến chứng cao)

Thầy: "Ki chúng ta người bố sẽ thực hiện chỉ sàng để dự báo ↑ thai phụ đến khám để khám sớm ↑ ĐH thai kì dùng test 1 thì như khuyến cáo"

⇒ ∀ h đc tầm soát = test 1 thì (có nguy cơ thì dùng test nhà để sàng lọc) (−) → 24-28W, còn (+) → cặp cặp

if DIP thì ↓ type 1 ⇒ ĐH khó hơn

+ Mặc khi đến rồi thì vẫn bắt buộc nhà để nguy cơ ⇒ bao là lần 30W rồi nguy hiểm? (có thể đến đến đợt tới) Mà ta ở biết cơ chế nên ⇒ ở chú quan việc OGTT 30W có thể gây biến chứng ⇒ Sau 30W: phân nhóm ≠ cách ≠

Tips

Lưu ý: tính ↑ cân, thai to, đa ối

ĐH dễ, sau cần ở/h biến chứng của ↑ ĐH

(1 thì vì 2 thì đến nguy hiểm do uống glucose)

* IUGR:

- làm sao biết thai nhỏ hay IUGR
- ở ai nói IUGR là cụ, ở có định nghĩa nhưng biết ~ đường xây ra bệnh, kết quả xấu
  ~~FG~~ SG
- lấy thế nào 10th: thai nhỏ SV nhỏ thai (SGA) bệnh lí? đi trễ?

(*) Cô: "dựa biểu đồ tăng trưởng ở hợp lí"
BVP: 12-13 vẫn Dx IUGR vì tổng nó khác → khi Dx ở dựa 1 số 1th đó
3 nhóm A-tra thấp < 3rd thì khả năng cao tổng xấu hơn
A-tra gần bình (< 3rd ⇒ quá V-tắt) đây mới là IUGR đó dễ quên lí

Biểu đồ thai dưới < 3rd (Shinozuka, Hadlock): thì người có cao khả năng cao nên coi bên như là IUGR dưới ít SGA

- Thầy: "hỏi IUGR mà dùng biểu đồ intergrowth 21 thì Dx sao"
- Cô: "phải Tra Đồ dùng Hadlock, ∑ thai Dx SGA, IUGR
vậy xem Hadlock đa số có giống VN?

↓ phòng tổ sản
Check Intergrow 21 (? Why)
(ở phải biểu đồ tăng trưởng phù hợp nhất)

Ở VN: nhưng dùng Intergrow 21: đa số lấy mẫu chuẩn hơn, vẫn dùng thấp nhất dùng như ở hoàn hảo cho th

Lấy mẫu đa số dùng → vẽ chuẩn. 97% đa số ↑
(1 cách tự thực) 3% đa số ↓ ⇒ hỏi biểu đồ này có thực ?
90% Ethiopia

Biểu đồ tăng trưởng dùng để làm cụ? Intergrow 21 giải quyết vấn đề khác hẳn
họ vẽ nhóm ở ĐTĐ, ở ĐTA, ở bệnh lý NST trong ĐK ăn chuẩn
⇒ Đại diện cho tốt tình trạng của 1 vùng đông Á, Phi, Mỹ

Nhóm A Nhóm B Nhóm C
ở khác
khác biệt nhiều

Vùng A-tra dùng: mức độ ↗ mà A-tra lí vùng
1 ĐK bất phân đều được (Expected)
trong ĐK đều bất phân đều nó ở đc ⇒ lệch

⇒ Intergrow ở đây ở tăng trưởng theo lí vùng
Nhỉ hỏi đa số đến nó. Vùng làm sao biết có vấn đề

X chỉ số điểm (International)

Khi dùng Intergrow 21 < 10 percentile vẫn có Dx quá tăng không?

Có ⇒ bác phải làm gì cho đến số ⇒ ↑ dd

2 bác đồ mục đích đều là gì khác nhau: Intergrow → nhận dạng để chăm sóc đặc biệt

~~Fetal~~ reference: Dx = Dấu ngưa thai kém đứa bị chậm tăng trưởng?

Bác đồ tăng trưởng theo dõi SS tăng trưởng ⇒ ↑ ≈ đạt kì vọng mà mình mong muốn

« vậy tại sao app vs sản thì bị phải đến ⇒ ≈ trả lời đc !!! » (thông)

Trẻ đều thấp có thể cân xứng 2 bên

Trẻ nhỏ thấp ~~có thể~~ (cân thể vs sinh sản) vs trọng lượng lúc sinh lí do

bác đồ tăng trưởng trẻ sinh ra lấy từ trẻ gì? (Khi đó → cân nặng tăng bác đồ dùng vậy bác đồ đó so với cái lúc cân thai khác biệt)

*

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

C7

Bài ứng dụng

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

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.

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

TÌNH HUỐNG 1: TRỄ HẸN

Cô A. 31 tuổi, PARA 0000, hiện mang thai 30 tuần, tuổi thai đúng tính theo kinh chót và siêu âm tam cá nguyệt 1.

Tiền sử bản thân cô A. không ghi nhận gì lạ, chu kỳ kinh của cô khá đều đặn 30-32 ngày, hành kinh 4-5 ngày, lượng vừa phải. Tiền sử gia đình có mẹ bị đái tháo đường type 2.

Cô A. khám thai tại phòng khám tư, đã được làm đường huyết đói trong 3 tháng đầu, kết quả 98 mg/dL.

Cô có lịch hẹn làm test dung nạp 75gr đường lúc thai 26 tuần nhưng do bận việc gia đình nên cô đã không thực hiện.

Cô quay lại khám thai hôm nay, lúc 30 tuần. Kết quả đường huyết đói của thai phụ sáng nay là 110 mg/dL. > 92

Kết luận thế nào về tình trạng dung nạp đường của cô A. tại thời điểm này?

đúng? 3 tháng đầu lấy tiêu chuẩn cho ng bình thường

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

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

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

Những điều cần thay đổi trong chiến lược tầm soát tăng đường huyết trong thai kỳ cho thai phụ này?

A. Thực hiện test 75gr đường từ lần khám thai đầu tiên
B. Thực hiện đường huyết sau ăn trong lần khám thai đầu tiên
C. Thực hiện HbA1C trong lần khám thai đầu tiên
D. Thực hiện test 75gr đường đúng thời điểm

TÌNH HUỐNG 2: HIẾM MUỘN

Bà S. 35 tuổi, PARA 0000, bà lập gia đình cách đây 2 năm, không ngừa thai nhưng vẫn không có thai.

Bà cho biết từ lúc dậy thì chu kỳ kinh của bà rất không đều, thay đổi từ 30-90 ngày, hành kinh 5-7 ngày, thỉnh thoảng kinh kéo dài 10 ngày, lượng khi nhiều khi ít. Bà rất dễ tăng cân, cân nặng trước khi mang thai là 74kg, chiều cao 1.65m.

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

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

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

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

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

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

E. Thực hiện ngay đường huyết đói hoặc đường huyết bất kỳ và HbA1C rồi quyết định thuốc

Tới thời điểm 24 tuần, bà S. được chẩn đoán mắc đái tháo đường thai kỳ.

Bà được điều trị bằng thay đổi lối sống và insulin, đường huyết ổn định. Đến tuần 38 bà chuyển dạ tự nhiên sinh thường 1 bé trai, cân nặng 3600gr.

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

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

TÌNH HUỐNG 3 : CORTICOSTEROID LIỆU PHÁP VÀ GDM

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

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

Ghi nhận được các vấn đề sau:

Tuổi thai hiện tại là 30 tuần, tuổi thai là chính xác. So với lần khám thai trước cách đây 2 tuần, thai phụ tăng 0.5kg.

Bụng có cơn gò, 1 cơn trong mỗi 20 phút

Tim thai 140 lần/ phút

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

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

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

Ý kiến của bạn về kế hoạch này?

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

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

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

TÌNH HUỐNG 4: 8th PERCENTILE

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

Tiền sử bản thân và gia đình không ghi nhận gì bất thường.

Kết quả các xét nghiệm công thức máu, miễn dịch chưa ghi nhận bất thường, tầm soát lệch bội nguy cơ thấp, siêu âm soft-markers và hình thái lúc 20 tuần chưa ghi nhận bất thường về hình thái học, test dung nạp 75gr đường âm tính.

Tuy nhiên, từ khi siêu âm soft-markers lúc 17 tuần, ghi nhận sinh trắc thai thuộc bách phân vị 8th theo biểu đồ tăng trưởng Hadlock, lượng nước ối bình thường theo tuổi thai.

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

Thai phụ được cho nhập viện vì FGR và ối giảm.

Nhận định về tình trạng tăng trưởng của thai này

A. Tăng trưởng thai bình thường.

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

Cần can thiệp gì trên thai phụ này?

A. Chọc ối khảo sát di truyền và nhiễm trùng bào thai
B. Đo NST mỗi ngày
C. Siêu âm Doppler mỗi tuần
D. Siêu âm đánh giá tăng trưởng mỗi 3-4 tuần
E. Không can thiệp gì

TÌNH HUỐNG 5: FGR

Bà M. 28 tuổi, PARA 0000, không có tiền căn bệnh lý, đến khám lúc 29 tuần.
Cân nặng trước mang thai 60 kg, chiều cao 170 cm, chồng 80 kg, chiều cao 180 cm. => family to cao
Quá trình khám thai ghi nhận:
Huyết áp trong thai kỳ 120/70 mmHg, tăng cân đến thời điểm hiện tại 10 kg.
Tăng trưởng thai (theo Intergrowth 21st)
Thai 22 tuần: VB 95th ULCT 94th lượng nước ối bình thường, không phát hiện bất thường hình thái học thai nhi. Test 75 g glucose âm tính.
Thai 26 tuần: VB 30th ULCT 40th lượng nước ối bình thường.
Thai 29 tuần: VB 10th ULCT 8th lượng nước ối bình thường, Doppler thai trong giới hạn bình thường, chưa phát hiện bất thường hình thái học thai.

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

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

Hướng xử trí của bạn ở thời điểm hiện tại:

A. Theo dõi thai bình thường.
B. Siêu âm 2 tuần sau để theo dõi tăng trưởng của thai.
C. Chọc ối để khảo sát di truyền và chẩn đoán nhiễm trùng bào thai.
D. Siêu âm Doppler thai 1 tuần sau để theo dõi.
E. ≠

Intergrowth 21st

Nguyên nhân gây IUGR — Mẹ — Phần phụ của thai — Bánh nhau nhỏ — Bất thường bánh nhau (cuống nhau) — Dây rốn bám màng

Rối → Nãi giảm → Sống ...

Case 4 BP

App Chương 7

n trước : D E A (F?)

Nhóm nguy cơ cao, từ lần đầu tầm soát ở tuần, lần 2 không đúng

⟹ ở đánh giá đúng đích : DIP / GDM không biết

+ lần đầu thử 98 đó mg/dl có vẻ ở đc ít 3 tháng đầu lấy chuẩn ngưỡng bt ở thai.

+ không rõ nhịn 8h chưa

+ để Dx ĐTĐ : 1 biến, 2 biến ⟹ ca này ở theo

nhìn chung có nguy cơ ↑ ĐH / thai lớn ⟹ đưa vào quản lí (để ở sát b/c)

dù nó là cái gì DIP / GDM

- Tại thời điểm này, chế độ tầm soát là gì? (E & F)

+ việc dặn ăn uống chế tiết ở quá khó : cho tiết chế theo mức GDM

+ E : if ĐH đó : cao (110)
  Sau ăn : bt } → Có chế tiết không ? theo hướng GDM or DIP

Có này ở xét đc, lúc để rồi mới biết

- 1 thai chậm ↑ trong TC : IUGR

• chỉ nạn đói 1945 ⟶ IUGR ↑

• cần tiết chế cho ăn ≠ bỏ đói ⟹ ko đ/h ↑ của thai ≥ 2000 kcal / ngày

- thường GDM không có IUGR nếu có thì phải kèm bệnh mạch máu

- OGTT lấy thực tế sao ? | hỏi có nhịn đói ? lấy máu uống

⟹ làm lấy 1 lần, h lấy không biết tiết quá nên ĐH đó = 110 ~~rồi có làm nếp~~ sau ăn 2h ko ?

Case 5 : FGR C DC

• Intergrow 21st có đưa Dx FGR ?

• IUGR

• 1 thời điểm ⟹ ở nó đc ⟹ nó là không ↑ như mong đợi

• Ca này theo dõi liên tục ⟹ Vẽ bđồ tăng trưởng with 2 lần ở quá gần : ~ ≥ 2-3W để thấy bất cân

• bất cân

Giải thích bác sĩ cảnh: • ba to, mẹ to nên tăng lần 22W thấy con to →
nên cho làm O.G.T.T (−)
• ~ lần sau → → ⇒ biểu đồ đi xuống
⇒ Có thể Dx IUGR
[khởi phát sớm ⟶ or ⟶ < 32W
muộn

Vậy { IUGR khởi phát sớm ⟺ < 32W → Làm gì tiếp ?
Tiền căn ♀ đặc biệt, em bé ♀ gì liên quan ở tình thái học / SA

29W thăm NST sau tiếp ? NIPT 3 bác ? để làm gì

Thấy ổ từ 15W cho đến lúc đẻ luôn, 39W sắp đẻ → cho thực hiện
NIPT có làm không ? khả năng tiên đoán (−) không cao, Không chứng tỏ NIPT là tầm soát thô.
Có ↑ L mới đến gây ra IUGR

⇒ Ca này cần Dx
Chọc ối này có quá tay ko ?
+ SV: Thai 29W có thể sống nên ♀ chọc ối ⇒ SAI vì
+ 36W chọc nhẹ khi đẻ sống mà có result !
+ nếu siêu âm Doppler 1W sau mà ra result bt ⇒ ?
tỉ lệ chọc ối rủi ro 2 ‰
sống đc nhưng bị NT bào thai ⇒ ngưng vẫn đc

L do IUGR do mạch máu ⇒ loại trừ rối do Doppler thai bt.

Nguyên nhân IUGR
- mẹ
- phần phụ thai <→ bt> — dây rốn bám màng (thì ở sống thai) — bánh nhau — nhỏ bệnh lý / Bất nhau (u)
- thai: di truyền, NT bào thai, sống thai đứa lớn, nhỏ. <→ Chọc>

mẹ: THA
$ thận: lupus
kháng phospholipid
thể xuất tiền sản, hen, COPD
L vị chặt xuất thể máu.
⟹ Có thể làm Doppler ĐM TC để xem trở kháng 2 bên có cao ?, xem khuyết tâm trương ?
sẽ thấy máu cấp từ mẹ ♀ đến

* Ca này xét: thai tới thời điểm này chưa bắt thở ⇒ Tìm coi L từ mẹ ?
= Doppler ĐM tử cung
(+): do mẹ
(−): ⇒ mới chọc ối

GR sản: sẽ diễn tiến từ từ từng khúc: Theo dõi Doppler tốt để lấy thai ra hợp lý!
ĐMTC bổ thg → nhiều ít → chảy ra ĐMC → tốt → não gan → 2TM bổ thg

IUGR muộn: đột ngột, ≠ theo tăng tự.
⇒ Khi chỉ số não nhau giảm đột ngột < 5% S vô thể ⇒ xấu | Ktra ≠ đặc đồ Doppler ĐM não gan để lấy ra

- Không dùng NST / WC Δ là rất trễ
  29W là ≠ đánh giá tốt, nếu làm là CTG trình cũ ≠ cao
nếu theo dõi IUGR là CTG chủ ≠ NST

Case 4: B / DCD /
- Biết đó ở nó bt, chỉ là nó cơ địa thôi: nhỏ thôi theo di truyền
- Ca này không nhập viện.
  29W ⇒ ~~NST~~ khám thai mỗi (hẹn 4W đc)
  → Chưa chưa
  Doppler vẫn tốt ⇒ hỏi quá.
  SA đánh giá tăng trọng mỗi 3-4W: ≠ làm siêu âm quá gần ì sai số lớn
  ≠ lớn gì?
  ⇒ mốc lý tưởng là 3-4W xem có ↑
  nếu như vậy: yên tâm
  còn Ø ⇒ tính tiếp.
  dù nhỏ nhưng ≠ loại tăng hết!

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý một cuộc chuyển dạ

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.

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

1. Trong ngôi chỏm, bạn *xác định* khung chậu và ngôi thai tương thích nhau ở trường hợp nào?
   a. Tiến trình xuống của ngôi diễn ra đều đặn
   b. Sản đồ nằm ở bên trái của đường báo động
   c. Kích thước khung chậu và thai tương hợp
   d. Kiểu thế của ngôi thai là các kiểu thế trước

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

3. Trong các hành động sau, hành động nào gây nguy hiểm cho một sơ sinh đang bị ngạt?
   a. Kích thích trẻ thở bằng cách xoa cồn lên lưng bé
   b. Dùng $NaHCO_3$ trước khi đạt mục tiêu hô hấp tuần hoàn
   c. Thông khí áp lực dương bằng bóng không có van điều áp
   d. Cả ba động thái trên đều rất nguy hiểm cho trẻ sơ sinh đang ngạt

4. Ngay sau sinh buộc phải thực hiện hút qua đèn nội khí quản cho bé càng sớm càng tốt trong trường hợp nào sau đây?
   a. Thường qui, nếu trẻ sơ sinh không khóc ngay
   b. Trước khi thực hiện mọi thông khí áp lực dương
   c. Cho trẻ không khoẻ với tình trạng nước ối có phân su
   d. Cho trẻ có điểm số Apgar 1 phút rất xấu, từ 0 đến 4

5. Trong chuyển dạ, yếu tố nào gây ảnh hưởng tiêu cực đến tiến trình mở cổ tử cung?
   a. Ối vỡ trước khi cổ tử cung mở trọn
   b. Có thực hiện gây tê ngoài màng cứng
   c. Có sự hiện diện của bướu huyết thanh
   d. Ngôi thai không phải là ngôi chỏm

6. Chuyển dạ giai đoạn I, khi bắt đầu truyền lại oxytocin sau một khoảng tạm ngưng, cần lưu ý gì?
   a. Tiếp tục truyền với tốc độ truyền tối thiểu có thể điều chỉnh được
   b. Tiếp tục truyền với tốc độ truyền nhanh hơn tốc độ trước khi tạm ngưng
   c. Tiếp tục truyền với tốc độ truyền bằng với tốc độ trước khi tạm ngưng
   d. Tiếp tục truyền với tốc độ truyền chậm hơn tốc độ trước khi tạm ngưng

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

8. Trong ngôi chỏm, vì sao độ lọt có thể bị xác định sai nếu đầu thai bị uốn khuôn, chồng xương? Chọn một câu đúng
   a. Vì độ cao của khoảng cách từ điểm thấp nhất của đầu đến ụ chẩm bị kéo dài ra
   b. Vì độ cao của khoảng cách từ điểm thấp nhất của đầu đến ụ chẩm bị thu ngắn lại
   c. Vì độ cao của khoảng cách từ điểm thấp nhất của đầu đến ụ đỉnh bị thu ngắn lại
   d. Vì độ cao của khoảng cách từ điểm thấp nhất của đầu đến ụ đỉnh bị kéo dài ra

9. Trong các dấu hiệu sau, dấu hiệu nào gợi ý mạnh nhất một chuyển dạ đang bị tắc nghẽn?
   a. Có bất thường kích thước khung chậu trên lâm sàng hay quang kích
   b. Ngôi thai không lọt hay tiến triển bất thường trong đường sanh
   c. Đường biểu diễn mở cổ tử cung chạm đường hành động
   d. Cơn co tử cung tăng về tần số, cường độ và trương lực căn bản

10. Điều trị băng huyết sau sanh bằng "bóc nhau nhân tạo làm trống buồng tử cung, theo sau bằng kiểm tra đường sinh dục và oxytocic" có tính thuyết phục về lợi ích kém nhất trong trường hợp nào?
   a. Chảy máu do bất thường của các con đường đông cầm máu
   b. Chảy máu từ diện nhau bám ở thân và đáy tử cung
   c. Chảy máu từ diện nhau bám ở đoạn dưới tử cung
   d. Băng huyết sau sanh đa thai, sanh thai to hay sau chuyển dạ kéo dài

phụ

đẹt

nam

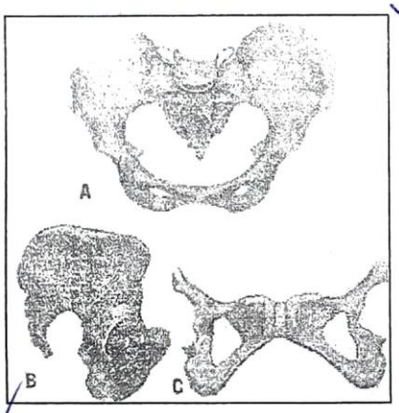
hiếm

Bài ứng dụng

Quản lý chuyển dạ

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.

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



TÌNH HUỐNG 1: KHUNG CHẬU VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI NGÔI, THẾ, KIỂU THẾ, CƠ CHẾ 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.

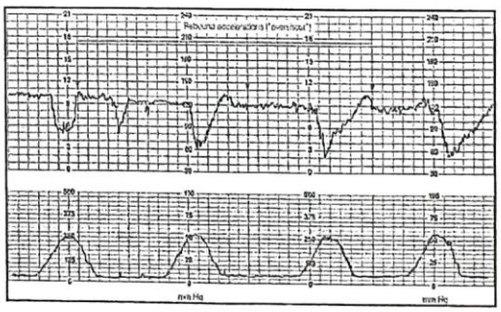
B C F

- **A.** Ngôi sẽ lọt đối xứng
- **B.** Ngôi sẽ lọt không đối xứng
- **C.** Hành trình vượt qua eo giữa sẽ dễ dàng
- **D.** Hành trình vượt qua eo giữa sẽ khó khăn
- **E.** Thai sẽ sổ theo kiểu chẩm vệ
- **F.** Thai sẽ sổ theo một trong hai kiểu thế ngang

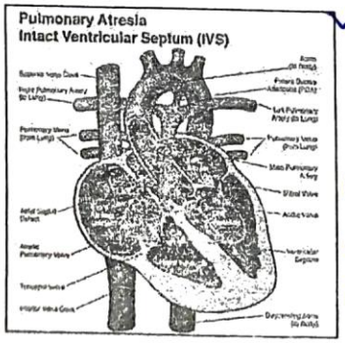
TÌNH HUỐNG 2: ELECTRONIC FETAL MONITORING

B D E

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 mở 3^{cm}, xóa 80%, mềm. Ngôi chỏm, kiểu thế Chẩm Chậu Trái Trước, đã lọt. Các màng ối chưa vỡ. Tốc độ ghi là 1$^{cm/phút}$. Hãy đọc băng ghi và chọn **3** nhận định thích hợp.



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

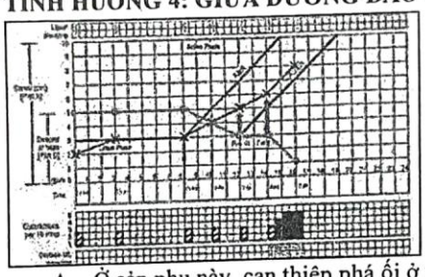


TÌNH HUỐNG 3: TUẦN HOÀN BÀO THAI VÀ SƠ SINH

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

- **A.** Trong trường hợp này, lỗ Botal sẽ đóng tự nhiên ngay 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, bằng mọi giá phải ngăn chặn tình trạng thông thương liên nhĩ
- **D.** Để cứu trẻ, bằng mọi giá phải duy trì tình trạng thông thương liên nhĩ
- **E.** Để cứu trẻ, bằng mọi giá phải đóng ngay thông thương qua ống động mạch
- **F.** Để cứu trẻ, bằng mọi giá phải duy trì thông thương qua ống động mạch

TÌNH HUỐNG 4: GIỮA ĐƯỜNG BÁO ĐỘNG VÀ HÀNH ĐỘNG



Sản đồ sau ghi lại chuyển dạ ở một thai phụ con so, thai 39 tuần vô kinh, vào chuyển dạ tự nhiên. Các thông tin từ thai kỳ cho thấy đây là một chuyển dạ nguy cơ thấp.

Khám thấy ngôi chỏm, 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 phải, sản phụ được phá ối (mũi tên thứ nhất, bên trái) và rồi được tăng co 2 giờ sau đó (mũi tên thứ nhì, bên phải).

Hãy nhận định về cuộc chuyển dạ. Chọn **3** câu đúng.

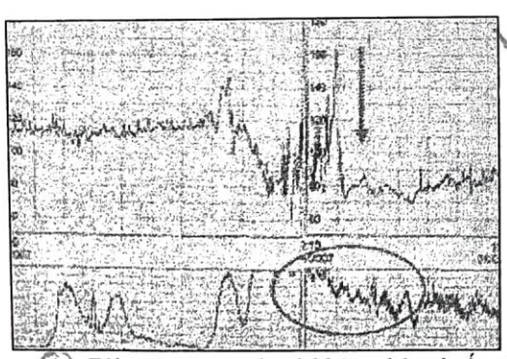
A. Ở sản phụ này, can thiệp phá ối ở thời điểm đó là hợp lý
B. Ở sản phụ này, can thiệp phá ối ở thời điểm đó là không hợp lý
C. Ở sản phụ này, can thiệp tăng co ở thời điểm đó là hợp lý
D. Ở sản phụ này, can thiệp tăng co ở thời điểm đó là không hợp lý
E. Các can thiệp đã thực hiện là có hiệu quả ngăn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

TÌNH HUỐNG 5: CHUYỂN 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 cơn co tử cung cường độ mạnh, 4 cơn co trong 10 phút, EFM loại I theo ACOG 2009. Cổ tử cung đã mở trọn được 1 giờ. Ngôi chỏm vị trí +3, kiểu thế Chẩm Chậu Trái Ngang, đối xứng, không chồng xương, không bướu huyết thanh. Hiện tại sản đồ nằm ngang ở 10^{cm}, từ 1 giờ, và đã chạm vào đường báo động.

Hãy 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 tương 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 cơn co không hiệu quả khi cổ tử cung mở 5^{cm}, ngôi chỏm ở vị trí 1/5, và sản đồ đã chuyển sang bên phải của đường báo động được hơn 2 giờ.

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

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

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

A. Tôi ngưng oxytocin và không thêm thuốc nào khác
B. Tôi ngưng oxytocin và tôi 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 thêm nữa cho dù tim thai có ổn sau đó
E. Trong trường hợp này, nếu cần vẫn có thể tăng co lại sau đó
F. Trong trường hợp này, tuyệt đối không được tăng co lại thêm lần nữa

3cm

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Cấp cứu sản khoa

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.

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

1. Hành động nào *là tiên quyết* và *là bắt buộc* trong tiến trình thực hiện VBAC?
   a. Theo dõi bằng EFM liên tục trong suốt cuộc chuyển dạ
   b. Đảm bảo luôn luôn có phòng mổ trống và sẵn sàng
   c. Gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa
   d. Giúp sanh bằng dụng cụ khi đủ điều kiện

2. Yếu tố nào giúp *cải thiện khả năng thành công* của VBAC?
   a. Khoảng cách từ lần sanh trước đến lần sanh này đủ dài
   b. Yếu tố nguyên nhân của lần mổ trước không còn tồn tại
   c. Vết mổ sanh lần trước là vết mổ ngang đoạn dưới tử cung
   d. Thành công của VBAC là độc lập với cả ba yếu tố nêu trên

3. Khi nghi ngờ có sa dây rốn qua thực hiện khám âm đạo, hành động nào cần phải được thực hiện trước tiên?
   a. Đặt bệnh nhân ở thế đầu thấp mông cao trước khi làm các bước tiếptheo sau
   b. Xác định nhịp đập của dây rốn giữa bằng các ngón tay đang khám âm đạo
   c. Nghe tim thai bằng Doppler ngay, xác định cụ thể tần số nhịp tim thai
   d. Thực hiện EFM ngay, nhận diện dạng biểu đồ là kiểu biến động nào

4. Sự hiện diện của thành tố nào là bắt buộc để có thể xác lập được chẩn đoán nhau bong non?
   a. Hình ảnh khối một máu tụ sau nhau, quan sát thấy trên siêu âm qua đường bụng
   b. Tình trạng sốc mất máu, không thương thích với tổng lượng máu đã mất ra ngoài
   c. Xuất huyết ba tháng cuối kèm tachysystole và nhịp thể hiện hypoxia trên EFM
   d. Bằng chứng của tình trạng rối loạn đông máu tăng tiêu thụ yếu tố đông máu

5. Trong xử trí nhau bong non, yếu tố nào là bắt buộc phải tôn trọng/tuân thủ?
   a. Chỉ thực hiện can thiệp một khi chẩn đoán là rõ ràng
   b. Mổ lấy thai là phương thức kết thúc chuyển dạ tối ưu
   c. Yếu tố thời gian, can thiệp muộn sẽ dẫn đến kết cục xấu
   d. Truyền máu là bắt buộc khi đã xác định có nhau bong non

6. Hành động nào là hiệu quả nhất cho mục đích phòng tránh kẹt vai?
   a. Kẹt vai ở thai to là cấp cứu sản khoa rất khó dự báo để phòng tránh
   b. Đánh giá cẩn thận "nghiệm pháp sanh ngã âm đạo", nếu thai to
   c. Chỉ định mổ sanh thay vì sanh qua đường âm đạo, nếu thai to
   d. Giúp sanh sớm, ngay khi đã thỏa đủ điều kiện, nếu thai to

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

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

3 1. 2

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

d

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

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

a

a

10. Ở sản phụ được đánh giá là có nguy cơ bình quân với băng huyết sau sanh, làm gì để dự phòng băng huyết sau sanh?

a. Dùng oxytocin thường qui khi đang sổ vai
b. Thực hiện can thiệp tích cực giai đoạn III
c. Mở sẵn đường truyền tĩnh mạch trước sanh
d. Không cần thực hiện can thiệp đặc biệt nào

a

a

Rat Chương 9: Cấp cứu

1) B 2) D 3) B 4) C 5) C (DIC) 6) A 7) C (cisplatin thì xem cũ) 8) D

~~9) D~~ A 10) ~~A~~

- BHSS: tại sao sốc mất máu cần truyền máu tươi phân ?

BHSS cần truyền HCL ?

- Máu tb = ytdm + HC + HT
- HCL = chỉ hồng cầu

vd: mất 1000ml sau sanh, CB vô sốc → truyền gì HCL

- mất nhiều ⇒ ↓V ⇒ duy trì V tuần hoàn (1st) Sau đó truyền HCL (2nd) bỏ

↓ máu đến cơ quan: suy đa cơ

- tại sao ∘ làm máu tươi phân luôn ?

chảy máu 1 lít ⇒ RL đông máu do mất ytđm

* máu tươi phân ... or tách { bịch HCL / bịch HT (vàng)

↓

ytđm: T1/2 ngắn để hơn 1 ngày là ytđm ∘ còn

↑ yt lạ

Khi truyền cần biết ↑Hct % ?

mà mỗi ngày % thoái phân HCL & YTĐM ≠ nhau ⟹ truyền máu TP ∘ chính tốt

- Dx BHSS dựa vào đâu ? thông số huyết động thì tùy

→ dựa lượng máu mất, chứ đến Δ huyết động là kéo lại không kịp

{ 500ml: sinh hiệu (còn thiếu máu thì ít hơn nhưng Δ huyết động)
{ 1000ml sanh mổ²

- VBAC mổ khi làm thì đánh giá yếu tố nào ? Khu vào mổ²
- Gp cầm máu ∘ Nhau bong non → mổ²

Oxytocin → ↓ bóc

bóc x cầm được chỉ → mổ²

VBAC

Vd: bn đến vô dụng dạ 3 phòng sanh có VMC lấy thai → quyết định < sanh / mổ² ?

| Mổ → Đẻ thường → now?
| Đẻ thường → Mổ² → now?

- Vỡ TC hay xảy ra trong TH: mổ² → đẻ → đẻ², không phải yên tâm hẳn
lúc nay bé to, không chịu ở vậy thì vẫn vỡ như thường.

Thời gian cách VBAC?
- (9th: từ khi sanh là trước → bắt đầu lần này
15th → (+ time mẹ thì đủ tháng) mổ² lần này
Đến phải cũng đủ tháng ⇒ Seo mổ lấy thai sẽ dùng 9m (lần này 15m)
(Case non tháng ⇒ dùng mốc 9m tính đến lần mang bầu vì nó dựa đủ tháng)
6 tháng là seo lành không NT ⇒ là đủ tình nhưng mốc là (9m)
Kết luận

- Chỉ biết con to thì có ng cơ kẹt vai, còn ở có cũng cụ biết trước vai to
+ nguyên nhân lọt cổ tử cung không? (NO) lọt đầu thôi, không biết cái vai
+ MC Robert: cúi nên khép vệ sinh vậy để mẹ rặng để xuống
+ bé X đầu ⇒ bằng số 8: không nguy hiểm²,
(3,9kg để đẹ mà gặp 4,5kg ⇒ không biết (1/4)
+ làm sao hạn chế sang chấn cho mẹ & bé
+ VN: 4kg thực tế > 3,5kg ⇒ phải suy nghĩ lắm, CB tư mổ nhiều

- Sa dây rốn
Sa dây rốn trong bọc ối chưa nguy hiểm²,
Cần đánh giá gì trước khi ra nước ối đục?
+ hỏi bệnh: sa hồi mấy h, nay h có thấy em bé đạp ở?
→ nghe tim thai → mổ vịt khám coi nước gì?
+ khi dây rốn hết đập rồi có mổ lấy em bé không?
không cần mổ nữa → sanh ngả ÂĐ
+ dây rốn mới vỡ ối, mới sa → có thể² ngừng đập tim đúng → bóng ca thọc tay đẩy chỗ mổ.
≠ mới mổ vỡ sáng, vô tới nơi teo dây rốn, sẽ ở đập → sanh thường (ở mổ²)
(tùy thời điểm² dây rốn ngừng đập)

+ bA ở cũ nghe tim thai → thời gian vàng lấy thai ra cho lẹ

10/10

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Chăm sóc hậu sản – Nuôi con bằng sữa mẹ

đáp án <+5 mục>

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.

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

1. Sản dịch khi vẫn còn trong buồng tử cung được gọi là bất thường khi có thành phần nào sau đây? R
   a. Màng nhau
   b. Màng rụng
   c. Vi khuẩn
   d. Bạch cầu

   a

2. Điều nào quan trọng nhất trong việc chăm sóc vết may tầng sinh môn bị nhiễm trùng tụ mủ? R
   a. Dùng thuốc sát trùng mạnh
   b. Cắt chỉ và thoát lưu mủ
   c. Dùng kháng sinh phổ rộng
   d. Dùng kháng viêm mạnh

   b

3. Phương cách để giúp tống xuất sản dịch tốt nhất trong thời kỳ hậu sản là gì? R
   a. Xoa bóp đáy tử cung mỗi ngày
   b. Tiêm bắp oxytocin mỗi ngày
   c. Cho trẻ bú mẹ theo nhu cầu
   d. Chườm lạnh vùng hạ vị

   c

4. Vì sao việc tránh thai bằng các phương pháp có chứa hormone lại có nguy cơ lớn hơn ở nhóm sản phụ nuôi con bằng sữa mẹ so với nhóm sản phụ không nuôi con bằng sữa mẹ? R
   a. Vì nguy cơ huyết khối ở nhóm sản phụ nuôi con bằng sữa mẹ cao hơn
   b. Vì nguy cơ ảnh hưởng của hormone lên trẻ được nuôi bằng sữa mẹ
   c. Vì nguy cơ ảnh hưởng của hormone trên sự sản xuất và bài tiết sữa mẹ
   d. Vì tất cả các nguy cơ kể trên nên cần thận trọng ở nhóm nuôi con bằng sữa mẹ

   proges

   c

5. Điều trị viêm vú nhiễm trùng, điều nào sau đây đúng? R
   a. Cách thoát lưu sữa tốt nhất là hút sữa bằng máy hút áp lực cao
   b. Kháng sinh lựa chọn nên dựa vào kết quả phân lập vi sinh của sữa
   c. Chườm ấm bên vú viêm sẽ giúp việc thoát lưu sữa hiệu quả hơn
   d. Trẻ vẫn có thể tiếp tục bú mẹ ở cả bên vú lành lẫn bên vú viêm

   d

6. Nguyên tắc nào sau đây là đúng trong việc theo dõi và quản lý vàng da sinh lý ở trẻ sơ sinh? R
   a. Phân biệt rõ vàng da sinh lý và bệnh lý là bước đầu trong việc điều trị
   b. Định lượng bilirubin máu giúp phân biệt vàng da sinh lý và bệnh lý
   c. Định lượng bilirubin máu là yếu tố tiên quyết cho việc quyết định mức độ điều trị
   d. Quan trọng là dự phòng diễn tiến vàng da nặng thành vàng da nhân

   d

7. Đối với trẻ sơ sinh bú mẹ hoàn toàn, dấu hiệu nào phản ánh trung thực trẻ không bú đủ? R
   a. Tiểu ít, sậm màu
   b. Vàng da tăng dần
   c. Giấc ngủ ngắn
   d. Quấy khóc nhiều

   a

8. Lợi ích của việc phơi nắng sáng cho trẻ là gì? R
   a. Làm giảm nhanh vàng da đối với những trẻ vàng da nhẹ hoặc vàng da sinh lý
   b. Làm giảm nguy cơ thiếu calcium cho trẻ vì đây là nguồn cung cấp dồi dào vitamin D
   c. Làm giảm nguy cơ vàng da nặng nề do có thể quan sát tốt màu sắc da của trẻ
   d. Việc phơi nắng sớm cho trẻ không mang lại bất cứ lợi ích nào kể trên

   C

9. So với các kháng thể khác, đặc tính nào sau đây giúp sIgA thành kháng thể quan trọng nhất bảo vệ trẻ sơ sinh bú mẹ? R.
   a. Là thành phần miễn dịch chủ yếu trong sữa mẹ
   b. Tác động miễn dịch phổ rộng, không đặc hiệu
   c. Kết quả cuối cùng là tác dụng kềm khuẩn
   d. Không bị tiêu hóa bởi dịch vị và dịch ruột của trẻ

   d

10. Khi một người mẹ bị nhiễm HIV không đủ điều kiện để thực hiện AFASS, điều nào sau đây đúng? R
   a. Bà mẹ phải vắt sữa hoặc hút sữa rồi cho trẻ bú bằng bình hoặc cho ăn bằng thìa và cốc
   b. Cố gắng cho trẻ bú sữa công thức càng nhiều càng tốt để giảm lượng sữa mẹ cho trẻ
   c. Cần cho trẻ ăn dặm sớm vì việc cho bú mẹ khi mẹ bị HIV là chống chỉ định tuyệt đối
   d. Phải cho trẻ bú trực tiếp hoàn toàn và chấp nhận luôn tồn tại nguy cơ lây truyền dọc

   d

bú mẹ hoàn toàn — dứt thìa, núm cao su cũng không.
↑ nguy cơ tổn thương miệng bé, dụng cụ có thể tổn thương, lây nhiễm virus ≠.

— 1 bà ≟ AFASS đc → bú mẹ hoàn toàn & trực tiếp.
ăn dặm mấy đứa này sao? ăn đc rồi thì ngưng thôi?.
khi đã ăn dặm, dụng cụ cũng không vô → tổn thương ta hai em bé.
⇒ ↑ nguy cơ tái nhiễm.
nếu duy trì bú mẹ: (sữa mẹ có virus), nếu khi cho con mẹ HIV ăn dặm
→ ngưng luôn bú & cho ăn luôn (chỉ ăn) (6 tháng nếu được)

— Nuôi con = sữa mẹ

1) Miễn dịch thụ động TC ≟ là vô khuẩn: gồm màng rụng, hoạt khí, có kháng hệ nội mạc TC
7) Vàng da ↑ ≟ dấu hiệu sure.
Quốc ngôn ngữ: thấy.
Quan: ↑ L
8) Phơi nắng: | ~~0 vàng da ≟ ý nghĩa~~
| cung cấp vitaD thì OK nhưng phơi bao lâu tia nào, lúc đó chói chang, ∈ S da, nếu vô ⇒ ngăn cho là đủ.
Kta khi khích phơi để nhìn vô phát hiện mức độ vàng da để đưa Khám Nhi.
+ Bú lưu ý HIV, HBV. (còn lại cho bú là xong)

Bài ứng dụng

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

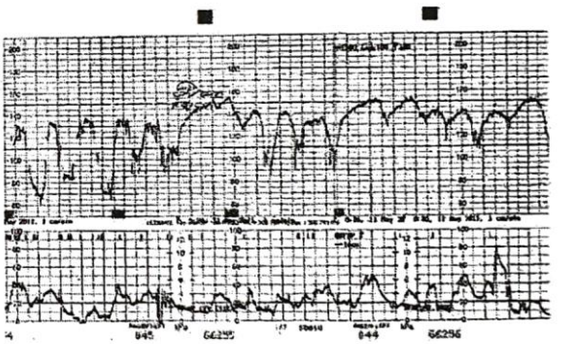
TÌNH HUỐNG 1: TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

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

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

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

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



Huyết đồ với kết quả HC: 2.100.000 /mm3, Hb: 8 g/dL, HCt: 25%, PT và APTT dài với giảm fibrinogen.

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

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

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

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

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

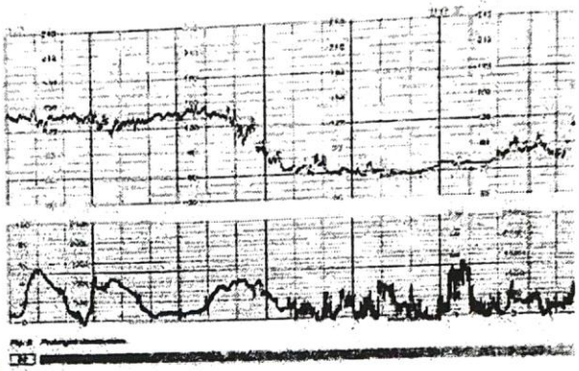
Bà B. được cho theo dõi sanh ngả âm đạo. Bà được thực hiện gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ. 4 giờ sau, bạn khám lại và ghi nhận tử cung có 2 cơn gò trong 10 phút. Tim thai 140 lần/phút, đều. Cổ tử cung mở 5 cm, xóa 60%. Ngôi đầu vị trí -1, ối đã vỡ hoàn toàn.

Do sản đồ đã chuyển phải và do cơn co không đủ, nên bạn quyết định tăng co bằng oxytocin.

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

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

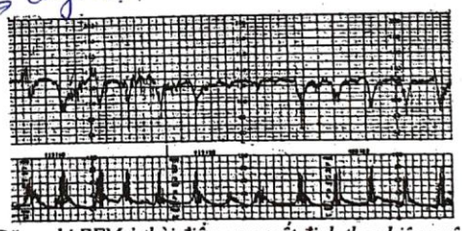
Bạn nhận định thế nào và sẽ làm gì? Chọn ***2 nhận định và 1 giải pháp thích hợp***.



A.	Quyết định thực hiện VBAC là đúng	: Hãy trình bày vì sao bạn cho là đúng
B.	Quyết định thực hiện VBAC là không thích hợp	: Hãy trình bày vì sao bạn cho là sai
C.	Các xử lý trong VBAC đã được thực hiện là đúng	: Hãy trình bày vì sao bạn cho là đúng
D.	Nhiều biện pháp xử lý trong VBAC đã được thực hiện là sai	: Hãy chỉ rõ các điểm bạn cho là sai
E.	Tôi sẽ cho mổ sanh ngay	: Hãy bảo vệ luận điểm cho sanh ngả âm đạo
F.	Tôi sẽ cho sanh ngả âm đạo ngay	: Hãy bảo vệ luận điểm cho cuộc mổ lấy thai

TÌNH HUỐNG 3: BĂNG HUYẾT SAU SANH

* Bà C., 37 tuổi, PARA 2002. Nhập viện vì chuyển dạ sanh, thai đủ tháng. Thai kỳ bình thường. Không ghi nhận đái tháo đường thai kỳ. Test dung nạp 75 gr glucose âm tính.
* Tiền căn 2 lần sanh thường, con nặng nhất 4000 gram. Bà C. bị băng huyết sau sanh ở lần sanh thứ nhì, nhưng không phải truyền máu.
* Khám lúc chuyển dạ ghi nhận mạch 72 lần/ph, huyết áp 110/70 mmHg, bề cao tử cung 38 cm, băng ghi EFM nhóm I, với 3 cơn co tử cung trong 10 phút, cổ tử cung 4 cm, xóa 60%. Ngôi chỏm, kiểu thế *chẩm chậu trái sau*, ở vị trí -1, ối vỡ nước ối trắng đục 2 giờ sau khi nhập viện, cổ tử cung mở trọn. Người ta thực hiện sanh hút vì bất thường trên băng ghi EFM (hình). Bà C. sanh một bé trai 4100 gram, APGAR 1' = 4. APGAR 5' = 7. Theo lời kể của người đỡ sanh, dường như có tiếng "crac" bất thường khi đang *sổ vai trước*. Hình trình bày *tình trạng tay phải* của bé sau sanh.



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

* 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 sổ nhau khoảng 600 mL. Tử cung gò chặt thành khối cầu an toàn sau sổ nhau.
  10 phút sau khi nhau sổ, bà C. chảy máu lại. Ghi nhận mạch 108 lần/ph, huyết áp 100/65 mmHg, có khối cầu an toàn. Bà C. được truyền dịch tinh thể Lactated Ringer's và dùng thêm thuốc co hồi tử cung. 10 phút sau, bất chấp can thiệp trên, bà C. 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 C. được kiểm tra đường sinh dục bằng tay và dụng cụ. Tử cung nguyên vẹn, lòng tử cung sạch, nhưng rộng. Kiểm tra cổ tử cung không rách. Tầng sinh môn và âm đạo rách sâu. Bà C. vẫn còn chảy máu dù đã dùng thêm thuốc gò tử cung. Máu vẫn tiếp tục chảy ra ngoài âm đạo, túi hứng máu lúc này chứa 1000 mL.

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

A.	Quyết định thực hiện cho sanh ngả âm đạo là đúng	: Hãy trình bày vì sao bạn cho là đúng
B.	Lẽ ra nên có quyết định thực hiện mổ sanh do nguy cơ là cao	: Hãy trình bày vì sao bạn nghĩ đến mổ
C.	Kết cục xấu của cuộc sanh là do diễn biến khách quan	: Vì sao bạn nghĩ là diễn biến khách quan
D.	Kết cục xấu của cuộc sanh là do lỗi chủ quan	: Vì sao bạn nghĩ là do lỗi chủ quan
E.	Chỉ định can thiệp mở bụng cầm máu	: Vì sao bạn nghĩ là cần mở bụng
F.	Không có chỉ định can thiệp mở bụng cầm máu	: Bạn sẽ làm gì nếu không mở bụng

App chương 9: Cấp cứu sản khoa

~~Thai 32~~ Đó là VBAC là phải có đk < để đẻ âm đạo
nguy cơ thấp nhất

* để bác sĩ có thực sự tử, chỉ đưa data để biết nguy cơ < VBAC possible?
C/S scar.

Quan trọng:

* Mistake (s) Oxytoxin use / VBAC

bé, mẹ ổ gtnc nó đó → now đi vào nhịp ↓ kéo dài (≡ thiếu oxy)
• tại sao thiếu oxy đột ngột? < nhau bị tróc
tế mau
cổ cơ cùng tính: ổ phải vì ổ dhiện
⇒ (chưa biết)
• SH của mẹ trên cho dạ → now: HA 10/5, mạch ↑ ⇒ Shock ↓↓
→ Không loại trừ đẻ vỡ tử cung < if ngay ổ vỡ: suy thai vì lí do ≠ thái đk để ngã dis.
if vỡ rồi ⇒ đẻ âm đạo là thảm hoạ
⇒ mổ là tốt hơn do shock ⇒ ổ loại trừ vỡ tử cung
⇒ chọn mổ để tránh thảm hoạ

* EFM đột ngột ↓ sau 1/ph
nó đó có gì ⇒ khi bắt xung TC không còn cơ nữa
(3 cơ co thì sau đó mất)
cùng lúc tim thai giảm
+
LS ⇒ chỉ có thể là vỡ

— 1 tng ~ rất tốt nó đẻ để dự báo đẻ
VBAC đ đk < mẹ đẻ tử vấn đẻ cái là, bác là VBAC
là: ổ ≠ gp sanh thường
nhưng ổ dự báo đẻ có bị vỡ hay không?
chú tư sản nhà ra sản → tử vấn

"Mổ sanh vì ổ có sẹo mổ cũ, VBAC decline (↓ chết)"
* ~~nếu mổ nhiều lần 3 thì~~ Mổ là 3 rạch cơ TC để chết bn

(3) — BHSS: 1 tai biến gây tử vong mẹ

— Tiền sản

Already gave birth 4. 2 kg
EFW = 4 kg <<< 5 kg
No evidence GDM

→ Not enough strong for supporting C/S

Vấn đề: hẹp vai

Hẹp vai → GDM? (+) → hẹp vai? (−) → bất xứng đầu chậu → ↓ đầu ối 18 → OK → ↓ ...

* 1 bé to do tràn thể (đầu to) lớn đầu
Để khó đẻ
bất xứng đầu chậu
(đầu ⊖ ra thì sao vai ra đc)

≠ to do GDM (↑ glucose máu bà mẹ)
→ lớn mọi nơi,
→ sau đẩy xuống vai, hẹp vai
(máy đo GDM ⊖ to nhưng hẹp vai do vai)

— OGTT test → nhạy dạ thai phụ có thể kéo sục xét
(+) → hỏi sát ↑ ĐH thai kì
(−) → tại thời điểm OGTT ∀ gh. trọng nguy cơ thấp b/c RL ↑ ĐH
nhưng ⊖ nói đc có ĐTĐ thai kì
Tình trạng em bé ở nhà ra sao?

* phát hiện gặp có GDM? → Có thì hẹp vai.
→ ⊖: ↑ khả năng bất xứng đầu chậu vì đầu sinh thấp ra.

Any mistake made: — evaluating p.p.H (gp) / Evaluate risk
— too late? khi nào?
— technical point (shoulder delivery)

• Cân nhắc tiêu hóa có giúp dùng oxytoxin (TC bất → chảy máu ở dưới)
→ Xử trí BHSS rất chậm quá trễ
• b/c BHSS dd 1st là gì LR hay nước?
• Tại sao phải sinh hút?

Thai to, vai sản tyan thu lại: nên EFM này ⊖ có gì bất ổn → Sao phải sinh hút?
(baseline bt, vẫn nhịp ↓ bất ổn, ⊖ bà hạ đe dọa nhau)
→ Chủ quan = đầu xứng = bỏ ⊖ chỉ tăng.

Tăng sinh môn chưa đc chuẩn bị tốt sinh hút } ⇒ hậu quả.

⇒ Sanh can thiệp không đúng chỉ định.

- Vàng da có ở các khác thường => ∅ thì mới VD sinh lí
  => xem đặc vàng da sinh lí _ bệnh lí.
- thấy vàng da ∅ đón thứ => ăn đi khám.
- ngừng cho ú đến ∈ em bé, tuổi sau sinh, nguy cơ.
- quan mẹ nên mẹ Qng lá pháp: theo dõi sát [Bé]
  kết-thúc quang lá pháp phải giảm dần = cách gặp, ∅ ngừng đột ngột vì nguy cơ độc.
- ~~thấy giải~~ Tại vàng da ∅ sát => ngừng nhà & mẹ phải đến gặp.
- phải nặng ∅ tại trạng ⊖ vàng da
  (Tại T) - đến ∅ hợp lí phải nặng
  - thấy đến hữu nặng.

Bài ứng dụng

Chăm sóc hậu sản – Nuôi con bằng sữa mẹ

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

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

Rời đến ∅ phải thuốc bổ²

- 4 ngày
- 3 ngày chưa đến
= 7 ngày
=> ngừng chỉ đi sớm
ngừng thì thấp hơn 25-50 µmol/L

TÌNH HUỐNG 1: BÉ ỐM

* sau 1½ ngày - 1 ngày => đến gặp lại Bé có có đáp ứng? sau quang lá pháp.
nếu chậm đáp ứng => vẽ vàng da nhân

Bà H. sanh thường một bé gái, 2800 gram, có tuổi thai là 35 tuần + 2 ngày, lúc 23⁴⁵ ngày 10 tháng 4 năm 2016. Apgar 1' = 8, 5' = 9. Ghi nhận có phá ối lúc 23¹⁵ ngày 10 tháng 4 năm 2016. → ACN → bt

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

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

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

Bé có vàng da từ sáng ngày 12 tháng 4 năm 2016. Tình trạng vàng da của bé tăng dần. Chiều tối ngày 13 tháng 4, mẹ thấy bé có vẻ ở trong tình trạng lừ đừ. (2 ngày sau)

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

Bé được cho ngưng sữa mẹ, bú sữa công thức với lượng 50 mL/cữ x 8 cữ, đồng thời thực hiện quang trị liệu liên tục. (sai) (thấp quá)

72 giờ sau quang trị liệu, TSB đo lại là 150.6 µmol/L. Bé được ngưng quang trị liệu và cho về với mẹ, với lời dặn tiếp tục cho phơi nắng sáng hàng ngày và thực hiện tiếp nuôi con bằng sữa mẹ. → ∅ hợp quá

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

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

- SiS non
- VD sớm (24-36h)
- [ ] cao → VD nhân
- đi

nghĩ có thể nuôi con sữa mẹ ∅ đúng cách vì VD sớm mẹ gây nặng.

- Tiểu 2-3 lần => thấy nhiều => bú ∅ đủ. Vàng da cho đến
- Vàng da SL là ∅ liên bài thường nặc ≠

TÌNH HUỐNG 2: BÉ ỐM

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

Bé: T = 36.2°C, thóp phẳng. Da ửng vàng. Phản xạ nguyên phát đủ. Bụng mềm, rốn chưa khô. Không bất thường khác.

Hãy nhận định về tình trạng của con bà G. và nêu cách xử lý. Chọn ***một*** câu đúng.

- **A.** Vấn đề của bé liên quan đến các sang chấn sản khoa
- **B.** Vấn đề của bé liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh
- **C.** Vấn đề của bé liên quan đến chế độ nuôi ăn của bé
- **D.** Vấn đề của bé liên quan đến cách thực hiện chuỗi ấm
- **E.** Vấn đề của bé liên quan đến vàng da
- **F.** Vấn đề của bé liên quan đến thuốc dùng trong chuyển dạ

TÌNH HUỐNG 3: SỐT SAU SANH

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

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

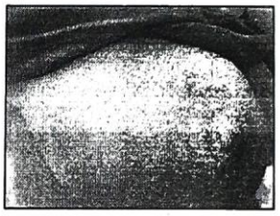
Hai vú căng cứng, nặn chỉ ra một ít sữa non. Bà ta chưa cho bú vì nghĩ rằng chưa có sữa. Mỗi bên nách có 1 khối cứng, chạm rất đau, giới hạn rõ, di động tốt.

Bụng mềm, khám vết mổ mềm, không nề, đau nhiều tại vết mổ, ấn hai hố chậu không đau, tử cung chạm không đau. Tử cung mềm, không đau khi khám, bề cao tử cung 15 ^{cm} trên vệ.
Đặt mỏ vịt thấy sản dịch lượng rất ít, màu hồng nhạt, nặng mùi. → sản dịch bình thường
Bạn nghĩ đến khả năng nào? Và bạn sẽ điều trị ra sao? Chọn ***tối đa bốn*** câu đúng.

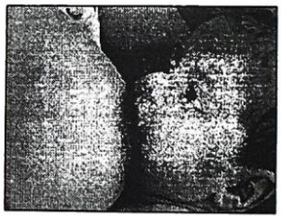
A. Sốt do nhiễm trùng hậu sản
B. Sốt do viêm tuyến vú
C. Hiện tại vẫn chưa có chỉ định dùng kháng sinh điều trị
D. Hiện tại nhất thiết phải chỉ định kháng sinh điều trị
E. Hiện tại điều trị vẫn là điều trị nội khoa đơn thuần
F. Cần phối hợp với các điều trị khác ngoài điều trị bằng thuốc

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

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



Về phía bé, bé bị vàng da từ 2 ngày nay. Mức độ vàng da tăng nhanh. Bé thường xuyên khóc đòi bú, nhưng ngậm vú được một lúc thì nhả ra và khóc. Từ khi sanh, bé đi tiêu 2 lần mỗi ngày, phân su đã chuyển sang phân vàng, và bé tiểu khoảng 2-3 lần mỗi ngày, nước tiểu vàng sậm. Hiện tại bé cân 3150 gram. Ngoài ra không thấy bất thường gì khác ở bé. Định lượng nồng độ bilirubin toàn phần huyết thanh 12 $^{mg/dL}$ (170 $^{\mu mol/L}$).
Hãy giải quyết vấn đề của bà T. Chọn ***một hay nhiều*** câu đúng.



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

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

Bà A. 30 tuổi, PARA 1001, sanh thường cách đây 1 tháng lúc thai được 38 tuần vô kinh, bé cân nặng 3000 gram. Bà A. cho bé bú sữa mẹ hoàn toàn. Hiện tại bé cân nặng 4000 gram.
Cách nay 2 ngày, bà thấy đau ở vú phải, nên đi khám ở phòng khám tư và phát hiện một khối ở vú phải. Bà được chẩn đoán viêm vú không nhiễm trùng, được điều trị với Paracetamol và được hướng dẫn là cần tích cực cho bé bú, đồng thời với việc hút sạch sữa sau mỗi cữ bú. → ơ cần?
Hôm nay, bà A. lại đến khám vì khối cứng ở vú phải trở nên rất đau, không thuyên giảm với điều trị. → ơ rồi
Hiện bà A. sốt 38.5°C. Vú trái bình thường, mềm. Hõm nách trái bình thường. Vú phải sưng có vùng da lớn đỏ ửng. Khám thấy đó là một mảng cứng, nóng và rất đau khi khám. Nặn thấy có ít sữa trắng đục chảy ra. Nách phải có một vài khối cứng kích thước khoảng 2^{cm}, rất đau khi chạm.
Hãy giải quyết vấn đề của bà A. Chọn ***các*** câu đúng.

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

Case 5. – 1 sản sau sanh: sốt + khác cũng đau vú
TC có hồi lên, sản dịch bình thường ⇒ | o lâu từ NT hậu sản A: hút thức nhe: Vô nặng mà cTC
viêm vú vú B ngày nhất: NTH.
– nóng thoái sản dịch ⇒ bé sản dịch thoái lên.
cho bú để lưu thông sữa
Vẫn thái nào ⇒ dùng KS & Θ ≠ là thoái lưu

Chốt: 1 tháng, ↑ 1 kg

Phân tích App 10 - Lục Nghi -

Case 1:

- Tiểu 2-3 l/ngày → tiểu ít → có chứng bí ở tiểu → bí sau cách ?
- Vàng da sau sinh 2 ngày → có thể ở phải sinh lí
- Lừ đừ (dấu TK), ngưng bú, TSB = 352,1 µmol/l > 340 µmol/l (20 mg/dl) = ngưng vàng da nhân

→ có chứng gợi 1 vàng da nhân ?

- ngưng sữa mẹ → sai
- Sau 72 h đo lại → phản tđ sát Bi: sau nửa - 1 ngày phản đáp cũng có đáp ứng so với quang liệu pháp, nếu ở → VDL
- 150,6 µmol/l ⇒ phải ngưng khi TSB giảm 25-50 µmol/l so với ngưng (1,5-3 mg/dl)

chỉ định là 257 µmol/l (ngưỡng cao trong vàng 7 ngày) ⇒ max 200 µmol/l phải ngưng sớm

- ⇒ phải giảm liều dần khi ở đột ngột gây ngưỡng độc
- dặn phơi sáng ⇒ không tác dụng ⊖

phải hướng dẫn bú đúng !

⇒ A: ✓ (vàng da liên ↑ trch)

Case 3: * Cảm tức tuyến vú → Viêm vú ở NT → Viêm vú NT → Áp xe vú.

- trch đau, phù
- có thể sốt

- khác pb LS
- pb = VK & BC ↑

⇒ Không biết ở gđ nào ⇒ ở loại trừ viêm vú

* Vú tử cung sau sanh: ↓ 1cm/ngày
  - ngày 1 hậu sản: 13-14 cm
  - ngày 6: gần rốn vs X.vệ
  - ↓ ngày 12: trong lòng chậu

  (Ca này ngày 1: 15cm ⇒ Có ở tới Sản dịch bất thg) ⇒ NT hậu sản

* Viêm NMTC → Viêm TC toàn bộ → VPM → NTH
  - trch ghỏ tử cung
  - tiết sản dịch bẩn, nặng mùi (chỉ)

Mà ca này có sốt ⇒ không biết ở gđ nào: của NT hậu sản

⇒ ∀ TH phải dùng KS + pp ≠ thoát lưu, nếu có bế sản dịch → nong CTC / thoát lưu

cho bú mẹ

...

⇒ A, B, D, F

Case 5 A & F

hãy đặt ở bên khám 1 có đúng? → cần chỉ bú đúng cách bên bú thử để xem là do cách cho bú hay là trẻ chê vì sữa mẹ / vú bị sau đó hút sạch sữa sau bú → ? bên Nhi & nó

Mình ~~a~~ biết là khám 2 này là ở thở nông, { nó nặng hơn / hoạt sung, chảy dịch

⇒ dùng KS

Như cân bú có đủ không? vì 1 thế đầu nó ↑ 1kg là nhiều → bú nhiều

⇒ Kêu nó bú 1 bên thôi bên có đủ?

⇒ bú 2 bên, bú giúp cân thiện tốt sữa (F)