

## CHỦ ĐỀ 6: RỐI LOẠN TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ VÀ SANH NON

### Tình huống dùng chung cho các câu 1, 2

Bà H., 41 tuổi, PARA 1001. Đến khám vì tăng huyết áp ở tuổi thai 28 tuần. Tuổi thai chính xác.

Tiền sử phát hiện tăng huyết áp từ 3 năm nay, đang được điều trị ổn định ở quanh mức 130/80 mmHg với alphas-methyldopa đơn thuần.

Trong 6 tháng đầu của thai kỳ này, huyết áp của bà H. biến động quanh trị số 130/80 mmHg. Từ một tuần nay, huyết áp của bà H. dao động nhiều hơn, với trị số huyết áp từ 130/80 mmHg đến 145/90 mmHg.

Bà H. không nhức đầu, không mờ mắt, không ra huyết âm đạo bất thường. Tiểu bình thường.

Huyết áp hiện tại 145/90 mmHg, nhịp tim 88 lần/ph, nhiệt độ 37°C. Không phù. Khám tim phổi bình thường.

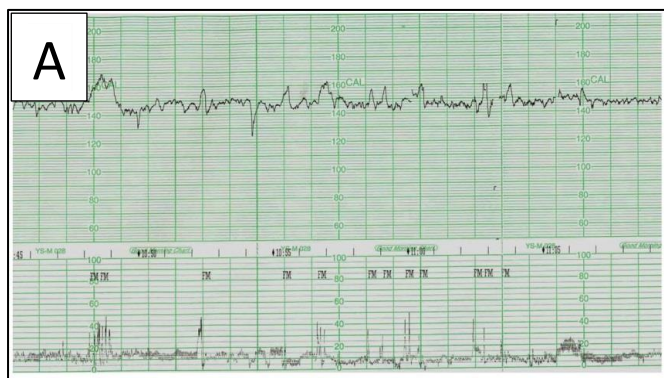
Tử cung không có cơn co, ngôi đầu cao. Bề cao tử cung 24 cm. Non-stress test có đáp ứng. Cổ tử cung đóng.

Công thức máu: Hb = 11 g/dL, tiểu cầu = 120.000 /mm<sup>3</sup>.

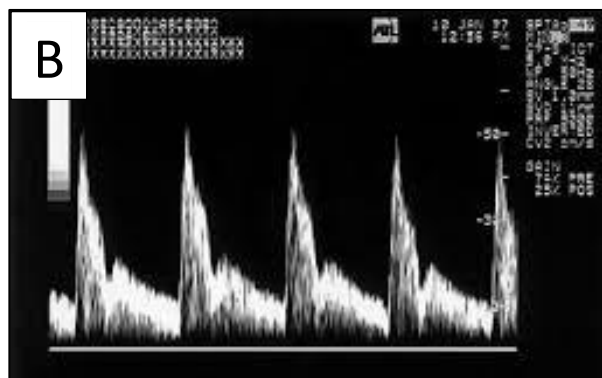
Tổng phân tích nước tiểu với kết quả âm tính [-].

Sinh hóa: Creatinin huyết 0.5 mg/dL. Đường huyết 98 mg/dL, AST = 16 U/L, ALT = 21 U/L.

Siêu âm ghi nhận các trị số sinh trắc tương ứng với 3<sup>rd</sup> percentile của tuổi thai 28 tuần. AFI = 6 cm. Non-stress test (xem băng ghi EFM A). Velocimetry Doppler ghi nhận trở kháng UMA và MCA bình thường. Phổ động mạch tử cung như trên hình B.



Non-stress test



Phổ Doppler của động mạch tử cung

- Vấn đề hiện tại của bà H. là gì?
  - Tăng huyết áp mạn
  - Tăng huyết áp thai kỳ
  - Tiền sản giật không dấu hiệu nặng
  - Tiền sản giật với dấu hiệu nặng
- Hãy cho biết bạn cần làm gì ngày hôm nay?
  - Cần nhắc chỉnh liều thuốc đang dùng
  - Thay đổi thuốc chống tăng huyết áp
  - Thực hiện corticosteroid liệu pháp
  - Có chỉ định dùng sulfate magnesium

### Tình huống dùng chung cho các câu 3, 4

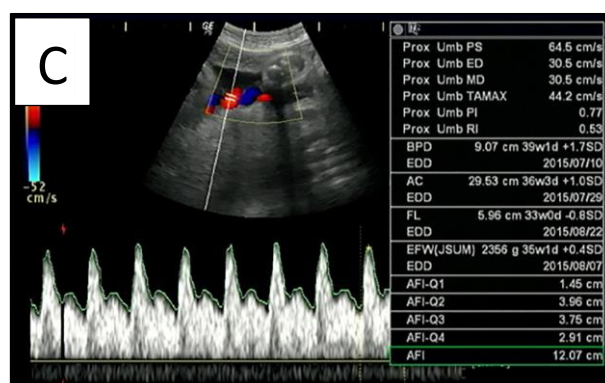
Bà H., 21 tuổi, PARA 0000. Đến khám vì tăng huyết áp ở tuổi thai 34 tuần. Tuổi thai chính xác.

Tiền sử gia đình và bản thân không có vấn đề liên quan đến tăng huyết áp.

Trong 3 tháng đầu của thai kỳ này, huyết áp của bà H. biến động quanh trị số 100/60 mmHg. Từ một tuần nay, huyết áp của bà H. dao động nhiều hơn, với trị số huyết áp từ 130/80 mmHg đến 140/90 mmHg.

Bà H. không nhức đầu, không mờ mắt, không ra huyết âm đạo bất thường. Tiểu bình thường.

Huyết áp hiện tại 145/95 mmHg, nhịp tim 98 lần/ph, nhiệt độ 37°C. Phù vừa ở mắt cá chân và mặt trước xương chày.



Khám tim phổi bình thường.

Tử cung không có cơn co, ngôi đầu cao. Bề cao tử cung 32 cm. Non-stress test có đáp ứng. Cổ tử cung đóng.

Công thức máu: Hb = 11 g/dL, tiểu cầu = 120.000 /mm<sup>3</sup>. Tổng phân tích nước tiểu có đạm niệu [+]. Sinh hóa: Đường huyết 98 mg/dL, AST = 35 U/L, ALT = 32 U/L.

Siêu âm ghi nhận các trị số sinh trắc tương ứng với 25<sup>th</sup> percentile của tuổi thai 34 tuần. Velocimetry Doppler ghi nhận trở kháng UMA và MCA bình thường. Phổ động mạch tử cung như trên hình C.

3. Vấn đề hiện tại của bà H. là gì?
- Tăng huyết áp mạn
  - Tăng huyết áp thai kỳ
  - Tiền sản giật không dấu hiệu nặng**
  - Tiền sản giật với dấu hiệu nặng
4. Để điều trị cho bà H. trong các ngày sau, bạn có một danh sách gồm 3 điều trị sau: [1] thuốc chống tăng huyết áp; [2] MgSO<sub>4</sub>; [3] corticoid dự phòng hội chứng suy hô hấp cấp ở sơ sinh (RDS) (Respiratory Distress Syndrom); Hãy chọn một tổ hợp hành động hợp lý (không cần thứ tự).
- Không thuốc, chỉ theo dõi đơn thuần
  - [1] là lựa chọn duy nhất**
  - [1] và [2]
  - [1], [2] và [3]

#### Tình huống dùng chung cho các câu 5, 6

Tại trung tâm y tế huyện. Bà N., 30 tuổi, PARA 0000, đến khám vì đang có thai 35 tuần và trần bụng nhiều.

Tuổi thai là chính xác. Thai kỳ diễn biến bình thường.

Đột nhiên trần bụng nhiều, không kèm theo bất thường khác.

Trên EFM thấy có 3 cơn co tử cung trong 30 phút.

Siêu âm đo chiều dài kênh cổ tử cung = 35 mm.

Bệnh viện của bạn không có điều kiện thử fFN hay PAMG-1, cũng không có đơn vị chăm sóc tích cực sơ sinh (NICU).

5. Bạn phải làm gì cho bà N.?
- Chỉ định dùng thuốc giảm co
  - Chuyển đến bệnh viện có NICU
  - Chỉ định corticosteroid liệu pháp
  - Theo dõi ngoại trú tại trung tâm y tế**
6. Nếu bạn đã chọn (a) ở câu 59, hãy cho biết bạn sẽ dùng được chất nào để cắt/giảm cơn co tử cung cho bà N.?
- Ở câu 59, tôi đã không chọn (a)**
  - Ức chế thụ thể oxytocin
  - Ức chế kênh ion Ca<sup>++</sup>
  - Progesterone

#### CHỦ ĐỀ 7: RỐI LOẠN TĂNG ĐƯỜNG HUYẾT TRONG THAI KỲ VÀ BẤT THƯỜNG TĂNG TRƯỞNG

##### Tình huống dùng chung cho các câu 7, 8

Bà G. 34 tuổi, PARA 1001. Hai năm trước, bà đã phải đi điều trị hiếm muộn để có đứa con đầu tiên. Lúc đó, người ta nói rằng bà bị hội chứng buồng trứng đa nang.

Ở lần mang thai đầu, bà G. có thai tự nhiên sau khi được điều trị đơn thuần với tiết chế, giảm cân và metformin. Trong thai kỳ lần đó, qua test dung nạp 75 gram glucose, người ta xác nhận bà G. đã mắc GDM. Lần mang thai đó, bà G. đã được điều trị với insulin do tiết chế nội khoa thất bại, và đã được phát khởi chuyển dạ ở 38 tuần, với em bé có cân nặng lúc sinh là 3900 gram. Sau khi sinh, khi đường huyết đã trở lại bình thường, người ta đã ngưng insulin.

Đến nay, em bé đã được 6 tháng tuổi và bà G. chưa có kinh lại.

Khi bà G. phát hiện có thai, bà đến khám ngay. Tuổi thai xác nhận là 8 tuần ở thời điểm khám thai đầu tiên này. BMI = 29.

7. Qua lần khám đầu tiên này, hành động nào là cần thiết?
- Thực hiện test dung nạp 75 gram glucose**
  - Bắt đầu thực hiện điều trị bằng tiết chế
  - Bắt đầu dùng chất tăng nhạy insulin
  - Bắt đầu dùng insulin

8. Sau đó, bà G. đã được điều trị GDM. Ở lần khám hiện tại, thai kỳ của bà G. đang ở 30<sup>tuần</sup>. Dưới đây là sổ ghi lại biến động glycemia trong các lần khám thai trước. Hãy nhận định về điều trị GDM ở bà G. trong thời gian qua?

| Tuổi thai khi khám (tuần) | Cân nặng (kg) | Glycemia khi đói (mg/dL) | Glycemia 2 <sup>giờ</sup> sau ăn (mg/dL) | Sinh trắc (percentile) |
|---------------------------|---------------|--------------------------|--|------------------------|
| 24                        | 70            | 75                       | 128                                      | 60 <sup>th</sup>       |
| 26                        | 72            | 81                       | 133                                      | 70 <sup>th</sup>       |
| 28                        | 74            | 74                       | 135                                      | 75 <sup>th</sup>       |
| 30                        | 76            | 76                       | 139                                      | 95 <sup>th</sup>       |

- GDM được kiểm soát có hiệu quả, có thể nói lỏng điều trị hiện hữu
- GDM được kiểm soát có hiệu quả, có thể duy trì điều trị hiện hữu
- GDM được kiểm soát nhưng chưa tốt, điều trị cần nghiêm ngặt hơn
- GDM được kiểm soát rất kém, phải xem lại chiến lược điều trị**

**Tình huống dùng chung cho các câu 9, 10**

Bà K., 42 tuổi, PARA 1001, đến khám thai định kỳ. Tuổi thai hiện tại là 36 tuần<sup>0/7</sup>, chính xác.

Tiền sử sinh thường năm 21 tuổi, con cân nặng 3100<sup>gram</sup>, khỏe, phát triển bình thường.

Vài năm sau, bà K. ly hôn. Bà K. lập gia đình lần thứ nhì cách nay 2 năm. Thai kỳ này có được nhờ vào thụ tinh trong ống nghiệm.

Khảo sát NT cho thấy trị số NT ở 15<sup>th</sup> percentile so với CRL. Double test phối hợp với NT thực hiện ở cùng thời điểm cho kết quả nguy cơ cao với lệch bội. Velocimetry Doppler cho thấy có tăng trở kháng động mạch tử cung ở thời điểm này.

Bà đã được thực hiện triple test với nguy cơ huyết thanh cao, nhưng sau khi hiệu chỉnh với soft markers, nguy cơ tính toán lại trở về vùng xám. Do các kết quả không tương hợp, nên bà K. đã được thực hiện NIPT, với kết quả âm tính với các lệch bội chính.

Huyết thanh học Rubella dương tính với IgG và âm tính với IgM.

Khảo sát hình thái học ở tuần 24 không ghi nhận bất thường. Sinh trắc thực hiện ở thời điểm này phù hợp với 25<sup>th</sup> percentile của tuổi thai 24 tuần vô kinh.

Khảo sát sinh trắc thực hiện ở tuần 32<sup>nd</sup> ghi nhận các thông số sinh trắc chạm vào 10<sup>th</sup> percentile.

Khám ngày hôm nay ghi nhận huyết áp 130/80<sup>mmHg</sup>, bề cao tử cung 28<sup>cm</sup>, tử cung không có con co. Cổ tử cung đóng, dài, chúc sau.

Bà cũng được siêu âm, với các thông số sinh trắc tương thích với 3<sup>rd</sup> percentile của tuổi thai 36 tuần vô kinh. AFI = 4<sup>cm</sup>.

Non-stress test thực hiện cùng ngày hôm nay cho kết quả đáp ứng không rõ ràng (nghi ngờ).

9. Hãy xác định khảo sát ưu tiên nhất (hữu ích nhất) cho bà K. sau các kết quả khám ngày hôm nay?

- Thực hiện lại non-stress test
- Thực hiện trắc đồ sinh vật lý biến đổi
- Thực hiện contraction stress test
- Thực hiện velocimetry Doppler**

10. Hãy định hướng nguyên nhân của tình trạng bất thường hiện tại ở con của bà K.?

- Bất thường có liên quan đến lệch bội nhiễm sắc thể thường gặp
- Bất thường có liên quan đến hình thành và phát triển bánh nhau**
- Bất thường có liên quan đến tình trạng tăng huyết áp do thai kỳ
- Bất thường có liên quan đến tình trạng nhiễm trùng bào thai

**Tình huống dùng chung cho các câu 11, 12**

Bà O. đang mang thai ở tuổi thai 30 tuần vô kinh.

Bá O. có kết quả OGTT thực hiện lúc 24 tuần dương tính.

Vì thế, bà đang được cho thực hiện điều trị tiết chế nội khoa.

Hôm nay, bà O. đến tái khám đánh giá thực hiện MNT.

Khai thác các bữa ăn của ngày hôm qua bạn biết:

| Ăn sáng (9:00)   | Ăn trưa (12:00)  | Ăn xế (15:00)               | Ăn tối (18:00)  | Trước đi ngủ (21:00)        |
|--|--|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Một tô ngũ cốc với sữa chua uống<br>200 mL nước ép cam<br>Trái cây hỗn hợp: thơm, dưa hấu, táo, xoài | Một chén cơm trắng với thịt heo kho mặn, rau xào<br>200 mL nước ép táo<br>Trái cây hỗn hợp: thơm, dưa hấu, táo, xoài | 250 mL sữa tươi không đường | Một tô bún xào thịt bò và rau cải<br>200 mL nước ép nho<br>Trái cây hỗn hợp: thơm, dưa hấu, táo, xoài | 250 mL sữa tươi không đường |

11. Bạn nhận định gì về cách mà bà O. thực hiện MNT?

- Phân bố các bữa ăn không hợp lý
- Chọn loại carbohydrate không hợp lý**
- Phân bố các đại chất không hợp lý
- ~~Cả ba mặt trên đều không hợp lý~~

12. Bây giờ là 9 giờ. Bạn dự kiến rằng với các bữa ăn hôm qua, kết quả glycemia hôm nay sẽ có chiều hướng ra sao?

- Bất thường trong glycemia đói
- Bất thường trong glycemia sau ăn**
- Bất thường** trong cả glycemia đói và sau ăn
- Kết quả glycemia đói và sau ăn cùng bình thường

## CHỦ ĐỀ 8: CHUYỂN DẠ BÌNH THƯỜNG VÀ CHUYỂN DẠ BẤT THƯỜNG

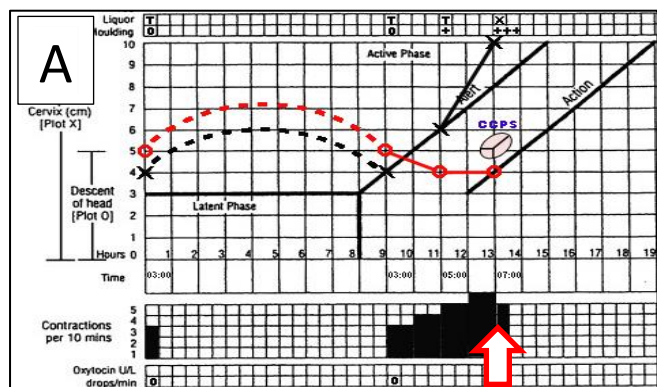
### Tình huống dùng chung cho các câu 13, 14

Bà L. 28 tuổi, PARA 0000, nhập viện vì ối vỡ sớm, thai 40 tuần vô kinh. Thai kỳ bình thường.

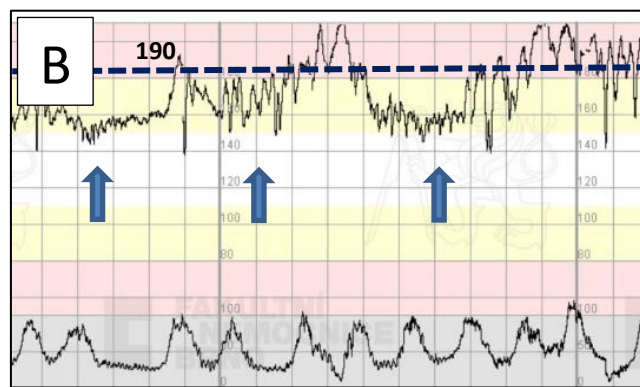
Khám ở thời điểm hiện tại sinh hiệu ổn, T = 37°C.

Bề cao tử cung 34 cm, ngôi chòm kiểu thể chằm chậu phải sau, vị trí 4/5, ối đã vỡ hoàn toàn, chỉ có rất ít nước ối trắng đục khi khám. Khung chậu bình thường trên lâm sàng.

Sản đồ dưới ghi từ khi nhập viện (3:00) cho đến thời điểm khám (7:00) và electronic fetal monitoring (EFM) ở thời điểm 7:00.



Sản đồ, cho đến thời điểm 7:00 (mũi tên)



Băng ghi EFM tại thời điểm khám. Baseline = 190 <sup>nhịp/phút</sup>.

13. Băng ghi EFM thể hiện điều gì?

- Bất thường trao đổi khí ở bình diện tử cung-nhau
- Bất thường** lưu thông máu trong mạch máu rốn
- Phản xạ qua dây thần kinh X do sức ép trên đầu thai
- Băng ghi có dấu hiệu của cả ba hiện tượng nêu trên

14. Sản đồ thể hiện điều gì?

- Sản đồ ở bên trái đường báo động. Các thông tin trên sản đồ phù hợp với kết luận chuyển dạ bình thường
- Sản đồ ở bên trái đường báo động. Tuy nhiên, phải lưu ý rằng tốc độ tiến triển của chuyển dạ này quá nhanh
- Dù rằng sản đồ ở bên trái đường báo động, nhưng thông tin trên sản đồ thể hiện một số bất thường khó lý giải
- Sản đồ** thể hiện rõ rệt một tình trạng chuyển dạ đang có bất thường nghiêm trọng, đòi hỏi sự can thiệp tức thời

### Tình huống dùng chung cho các câu 15, 16

Bà S., 30 tuổi, PARA 0000, đang theo dõi chuyển dạ.

Thai kỳ bình thường. Tuổi thai 40 tuần.

Chuyển dạ nguy cơ thấp.

Đã được gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa.



Hiện tại, sinh hiệu ổn.

Cổ tử cung mở trọn.

Ngôi chòm đã lọt, hiện ở kiểu thể chằm chằm phải sau, bất đối xứng, vị trí +1, chông xương [+++].

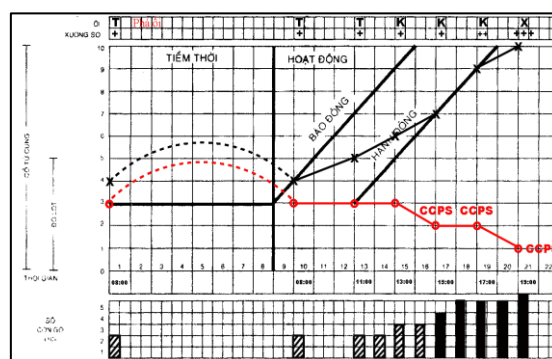
Ổi đã vỡ hoàn toàn, nước ối xanh ra theo tay khi khám.

Khung chậu bình thường trên lâm sàng.

Sản đồ bên ghi lại chuyển dạ cho đến thời điểm hiện tại.

15. Kết luận nào là thích hợp nhất về tình trạng hiện tại của bà S.?

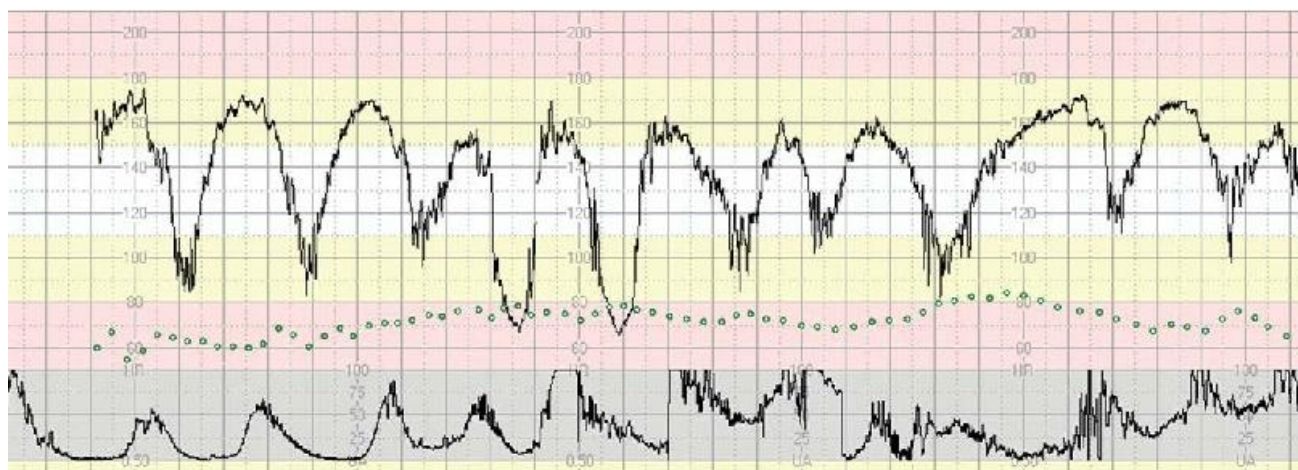
- Chuyển dạ hiện đang ở giai đoạn II, diễn biến thuận lợi
- Chuyển dạ hiện đang ở giai đoạn II, có dấu hiệu kéo dài
- Chuyển dạ hiện đang ở giai đoạn II, có bất xứng đầu chậu
- Chuyển dạ hiện đang ở giai đoạn II, có dấu vượt trở ngại



16. Có liên quan nào giữa việc bà S. được gây tê ngoài màng cứng giảm đau và biểu hiện thấy được trên sản đồ không?

- Không. Gây tê ngoài màng cứng không liên quan đến các biểu hiện thấy được trên sản đồ này
- Có. Có thể là do giảm đau sản khoa làm cổ tử cung mở chậm, nên sản đồ vượt đường hành động
- Có. Có thể là do giảm đau sản khoa làm giảm đề kháng của sản chậu, nên ngôi ngưng xoay ở CCPS
- Có. Có thể là do giảm đau sản khoa làm suy yếu cơ co, nên ngôi thai xuống chậm trong đường sanh

**Tình huống dùng chung cho các câu 17, 18**



Hãy đọc băng ghi CTG trên.

17. Hãy phân loại băng ghi theo ACOG 2009?

- Loại I
- Loại II
- Loại III
- Không đủ tiêu chuẩn phân loại

18. Biểu đồ EFM của bà L. thể hiện điều gì?

- Phản xạ qua dây X
- Thiếu oxy máu thai
- Dây rốn bị chèn ép
- Toan hóa máu thai

## CHỦ ĐỀ 9: CẤP CỨU SẢN KHOA

**Tình huống dùng chung cho các câu 19, 20**

Bà T. 38 tuổi, PARA 0101, hiện đang mang thai 32 tuần, đến khám vì đột ngột đau bụng. Tuổi thai chính xác.

Tiền sử mổ sanh lúc 34 tuần vì tiền sản giật có dấu hiệu nặng, thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung. Ổn định nhanh chóng sau chấm dứt thai kỳ thành công. Bà T. xuất viện không biến chứng.

Khám thai đủ. Phát hiện tăng huyết áp từ đầu thai kỳ, được dùng methyldopa, ổn định cho đến trước lần khám cuối. Tại lần khám cuối, lúc 30 tuần, do huyết áp không ổn định, người ta đã điều chỉnh liều methyldopa.

Khảo sát hình ảnh thực hiện trong suốt thai kỳ không phát hiện bất thường của thai và phần phụ của thai.

Sáng nay, trước khi nhập viện vài giờ, đột nhiên bà T. thấy ra ít huyết âm đạo đỏ sẫm, sau đó là đau bụng nhiều, liên tục. Không có sự kiện nào đáng ghi nhận trước khi có xuất huyết.

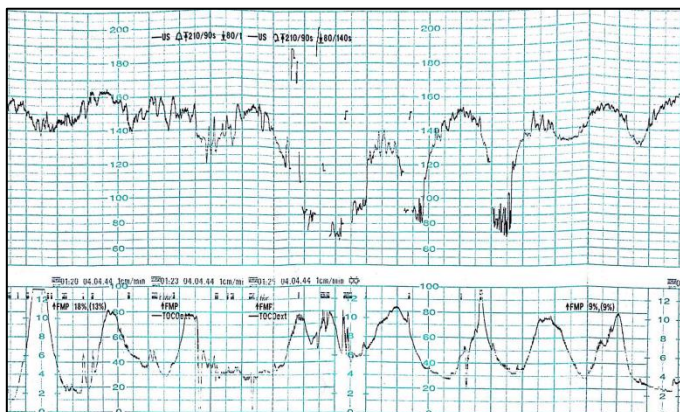
Tại cấp cứu, ngay khi tiếp nhận, bà T. được ghi EFM (hình dưới). Lúc này, huyết áp 130/110 mmHg. Mạch 110 lần/phút. Chưa thực hiện khám âm đạo do chưa thiết lập được chẩn đoán.

19. Bệnh cảnh lâm sàng của bà T. định hướng bạn đến khả năng chẩn đoán nào?

- a. Nhau tiền đạo
- b. Nhau bong non**
- c. Nứt vết mổ sanh cũ
- d. Chuyển dạ sanh non

20. Trong các hành động kể sau, hành động nào là dư thừa (không cần thiết/không cung cấp thông tin) trong bệnh cảnh này?

- a. Siêu âm
- b. Khám âm đạo
- c. Corticosteroid liệu pháp**
- d. Các chuẩn bị cho mổ sanh



**Tình huống dùng chung cho các câu 21, 22**

Bà U. 33 tuổi, PARA 1001, con nhỏ 18 tháng, nhập viện vì thai 40 tuần, chuyển dạ sanh.

Ở lần sanh trước, bà U. được chẩn đoán là “cổ tử cung và ngôi thai ngưng tiến triển, nghi do bất xứng đầu chậu”, mổ ngang đoạn dưới tử cung lấy thai, bé cân nặng 3,000 gram. Không ghi nhận bất thường trong thời gian hậu phẫu.

Tuổi thai chính xác. Thai kỳ lần này bình thường.

Khám ước lượng cân thai # 3,000 gram.

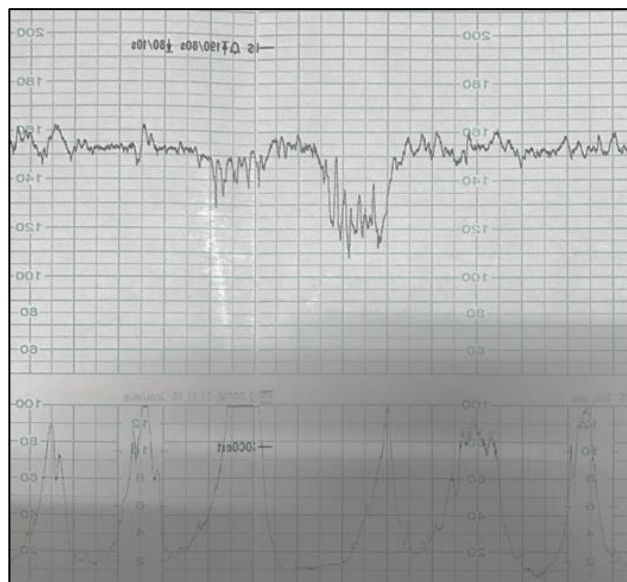
Tử cung có 4 cơn co tử cung/10 phút, cường độ mạnh, đều.

EFM loại I (hình bên).

Cổ tử cung mở 6 cm, xoá mỏng, ngôi chòm, vị trí 0, kiểu thể chằm chằm trái trước, không chổng xương, có bướu huyết thanh nhỏ, ối đã vỡ hoàn toàn, không rõ màu nước ối.

Khám ghi nhận khung chậu bình thường trên lâm sàng.

Bà U. muốn thực hiện thử thách chuyển dạ ngả âm đạo (VBAC).



21. Hãy cho biết ý kiến của bạn về nguyện vọng sanh ngã âm đạo của bà U.?

- a. Đồng ý**, vì chuyển dạ hiện tại không có bất thường
- b. Không đồng ý, vì bà ta có vết mổ sanh cũ dưới hai năm
- c. Không đồng ý, vì nguyên nhân mổ sanh vẫn còn tồn tại
- d. Không đồng ý, vì có dấu hiệu của suy thai trong chuyển dạ

22. Hãy định danh và giải thích hình ảnh của nhịp giảm thấy được trên băng ghi EFM?

- a. Đây là nhịp giảm sớm, liên quan đến áp suất trên đầu thai khi di chuyển trong đường sanh
- b. Đây là nhịp giảm muộn, liên quan đến suy giảm trao đổi qua nhau do cơn co chuyển dạ
- c. Đây là nhịp giảm bất định, liên quan đến chèn ép cuống rốn do giảm lượng ối sau vỡ ối**
- d. Đây là nhịp giảm kéo dài, có khả năng đã xảy ra nứt vết mổ sanh cũ trong chuyển dạ

**Tình huống dùng chung cho các câu 23, 24**

Bà M. 32 tuổi, PARA 1001, nhập viện cấp cứu vì thai 30 tuần, ngất xỉu.

Người nhà cho biết bà M có tiền sử mổ sanh cách nay 3 năm vì “thai nằm ngang, sa cuống rốn”.

Bà M. đi khám thai đều đặn trong thai kỳ. Lần khám cuối cách nay gần một tháng. Kể từ đầu thai kỳ cho đến lần khám cuối, bà M. đã tăng 4 kg. Các khảo sát trong thai kỳ là bình thường.

Trong lần khám và siêu âm cuối, không ghi nhận bất thường nào khác, ngoài việc có ghi nhận nhau bám ở mặt sau, với mép dưới lan đến sát lỗ trong cổ tử cung.

Sáng nay, khi vừa thức dậy, đang đi vệ sinh thì bà bị ngất trong nhà vệ sinh, và được người nhà đưa ngay đến bệnh viện. Khám: bà M, ở trạng thái lơ mơ, khó tiếp xúc, vật vã, vã mồ hôi, da xanh, niêm nhạt. Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp 60/40 mmHg. Người béo, nặng 62 kg theo sổ khám thai ghi nhận ở lần khám cuối. Trên bụng có một vết mổ dọc giữa vệ rốn. Khó xác định rõ tử cung, do bụng phình và do có phản ứng thành bụng. Bệnh nhân lấy tay gạt tay bạn ra khi khám bụng một cách vô thức. Không nghe được tim thai.

23. Bằng các dữ kiện đã thu thập được, bạn nghĩ nhiều nhất đến khả năng nào?
- Hạ đường huyết do đái tháo đường thai kỳ
  - Nhau bong non thể nặng với sốc và thai chết
  - Sản giật và hôn mê tiếp theo sau sản giật
  - Vỡ tử cung tự phát trên vết mổ sanh cũ**
24. Hãy xác định hành động điều trị trước tiên trước khi tiến hành các bước kế tiếp?
- Truyền dịch tinh thể**
  - Truyền dịch glucose
  - Truyền dịch cao phân tử
  - Tiêm liều đầu  $MgSO_4$

## CHỦ ĐỀ 10: CHĂM SÓC HẬU SẢN VÀ NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

### Tình huống dùng chung cho các câu 25, 26

Bà N. đưa con đến khám vì vàng da nhẹ nhưng kéo dài. Bé đã được 14 ngày tuổi.

Bà N. sanh thường, cuộc sanh dễ dàng và nhanh chóng sau khi phá ối.

Lúc sanh, bé cân nặng 3200 gram, được nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn, tiêm phòng đủ theo chương trình trước khi xuất viện.

Mẹ con bà N. được xuất viện vào ngày thứ năm sau sanh. Bé vẫn vàng da kéo dài từ khi xuất viện đến nay.

Hiện tại, bé bú mẹ hoàn toàn, 6-8 cữ bú mỗi ngày, ngủ ngoan sau bú. Bé tiêu khoảng 5-6 lần mỗi ngày, phân vàng loãng, bình thường. Tiểu nhiều lần, sau mỗi cữ bú và trong đêm, nước tiểu vàng loãng.

Khám ghi nhận bé cân nặng 3800 gram, da phớt vàng ở vùng mặt. Bilirubin toàn phần 12 mg/dL.

Khám ghi nhận bé không sốt, rốn đã rụng, bụng mềm, không ghi nhận bất thường nào khác.

25. Hãy cho biết nhận định của bạn về tình trạng vàng da ở con của bà N.?

- Vàng da sinh lý kéo dài sau sanh
- Vàng da do nhiễm trùng sơ sinh
- Vàng da do nguyên nhân sữa mẹ**
- Vàng da do nuôi con bằng sữa mẹ

26. Hãy cho biết cách xử lý tình trạng vàng da ở con của bà N.?

- Đã có chỉ định quang liệu pháp
- Tìm và điều trị ổ nhiễm trùng
- Tư vấn và giải thích thích hợp**
- Cần chuyển sang sữa công thức

### Tình huống dùng chung cho các câu 27, 28

Cô H. 30 tuổi, PARA 1001, hậu sản sinh thường giờ thứ nhất.

Cô H. vừa sinh thường 1 bé 36 tuần, cân nặng 2550gr, hiện sức khoẻ mẹ và bé ổn.

Kết quả xét nghiệm lúc nhập phòng sanh cho thấy cô bị viêm gan siêu vi B HBsAg(+).

Tuy nhiên, khoa được thông báo hiện đã hết immunoglobulin miễn dịch đến sáng mai mới có thuốc để tiêm.

27. Tại thời điểm này, bạn tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ cho cô H. như thế nào?

- Trì hoãn việc nuôi con bằng sữa mẹ ít nhất đến khi trẻ đã được tiêm mũi Immunoglobulin
- Trì hoãn việc nuôi con bằng sữa mẹ đến khi trẻ đã được tiêm đầy đủ Immunoglobulin và vaccine
- Vẫn có thể cho bé bú mẹ ngay bất kể đã tiêm Immunoglobulin và vaccine hay chưa**
- Tuỳ theo kết quả HBeAg, SGOT, SGPT để quyết định cho bú trước hay sau tiêm immunoglobulin

28. Tư thế cho bú nào là phù hợp nhất và dễ thực hiện nhất với cô H.? Chọn tư thế phù hợp nhất theo hình dưới đây

- Tư thế [1]
- Tư thế [2]
- Tư thế [3]**
- Tư thế [4]





Tư thế 1

Tư thế 2

Tư thế 3

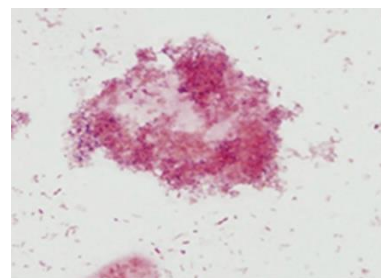
Tư thế 4

**Tình huống dùng chung cho các câu 29, 30**

Bà N., 32 tuổi, 2002, đến khám tiết dịch âm đạo bất thường. Cách nay khoảng 2 tháng, bà N. sanh thường, không cắt tầng sinh môn, không băng huyết, không biến chứng. Sau sanh, bà N. thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn và tránh thai bằng phương pháp cho con bú vô kinh (LAM). Sản dịch chấm dứt hoàn toàn sau sanh 2 tuần. Bà vẫn chưa có kinh lại lần nào sau sanh. Toàn trạng khỏe, sinh hiệu bình thường. Bụng mềm, không sờ thấy tử cung trên vệ. Khám mô vạt ghi nhận âm đạo thiếu dưỡng, mất nếp nhăn. Cổ tử cung hồng, láng. Thấy có ít dịch xám loãng đọng trong âm đạo. Khám âm đạo ghi nhận tử cung kích thước bình thường, di động tốt, không đau. 2 phần phụ không ghi nhận bất thường. Bà N. được thực hiện một siêu âm qua đường âm đạo, ghi nhận tử cung có kích thước bình thường, nội mạc tử cung rất mỏng. Trên 2 buồng trứng thấy hiện diện các nang noãn thứ cấp nhỏ,  $d \leq 5 \text{ mm}$ . Khảo sát vi sinh dịch âm đạo ghi nhận có tăng pH dịch âm đạo, pH = 5, với sự giảm mạnh của các khuẩn Doderlein, và hiện diện nhiều tế bào bao phủ bởi vi khuẩn (clue cell). Trên lame không thấy các tế bào bề mặt của biểu mô âm đạo, chỉ hiện diện một vài tế bào đáy. Bà N. cũng được thực hiện  $\beta$ -hCG huyết thanh, kết quả  $\beta$ -hCG < 0.1 mIU/mL.



Hình ảnh siêu âm của bà N.: nội mạc tử cung rất mỏng.



Âm đạo nghèo tế bào, không có khuẩn Doderlein, có clue cell.

29. Hãy cho biết về tình trạng nội tiết hiện tại của bà N.?

- a. Cường năng estrogen
- b. Thiếu năng estrogen
- c. Giảm hoạt động nhân xám hạ đồi
- d. Tăng hoạt động nhân xám hạ đồi

30. Bà N. nói với bạn rằng bà ta rất khó chịu với tình trạng tiết dịch âm đạo bất thường, đồng thời hỏi rằng nếu bà ta vẫn thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ nhưng không tránh thai bằng LAM nữa để chuyển sang tránh thai bằng POP thì tình trạng tiết dịch âm đạo bất thường này có được cải thiện hay không? Chọn một tư vấn thích hợp

- a. Nguyên nhân cơ bản của tiết dịch âm đạo bất thường chỉ mất đi khi chấm dứt hẳn việc nuôi con bằng sữa mẹ
- b. Nguyên nhân cơ bản của tiết dịch âm đạo bất thường có thể mất đi khi ngưng tránh thai bằng cho bú vô kinh
- c. nguyên nhân cơ bản của tiết dịch âm đạo bất thường độc lập với nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn hay LAM
- d. Việc thay LAM bằng POP không có ý nghĩa vì cả 2 đều liên quan đến tiết dịch âm đạo bất thường