



PGS.TS HUỲNH NGUYỄN KHÁNH TRANG

**Giảng viên cao cấp, Bộ môn Phụ Sản ĐHYD Tp HCM
Trưởng khối Sản, BV Hùng vương**

**CHƯƠNG TRÌNH
ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HỘ SINH LẦN 1**



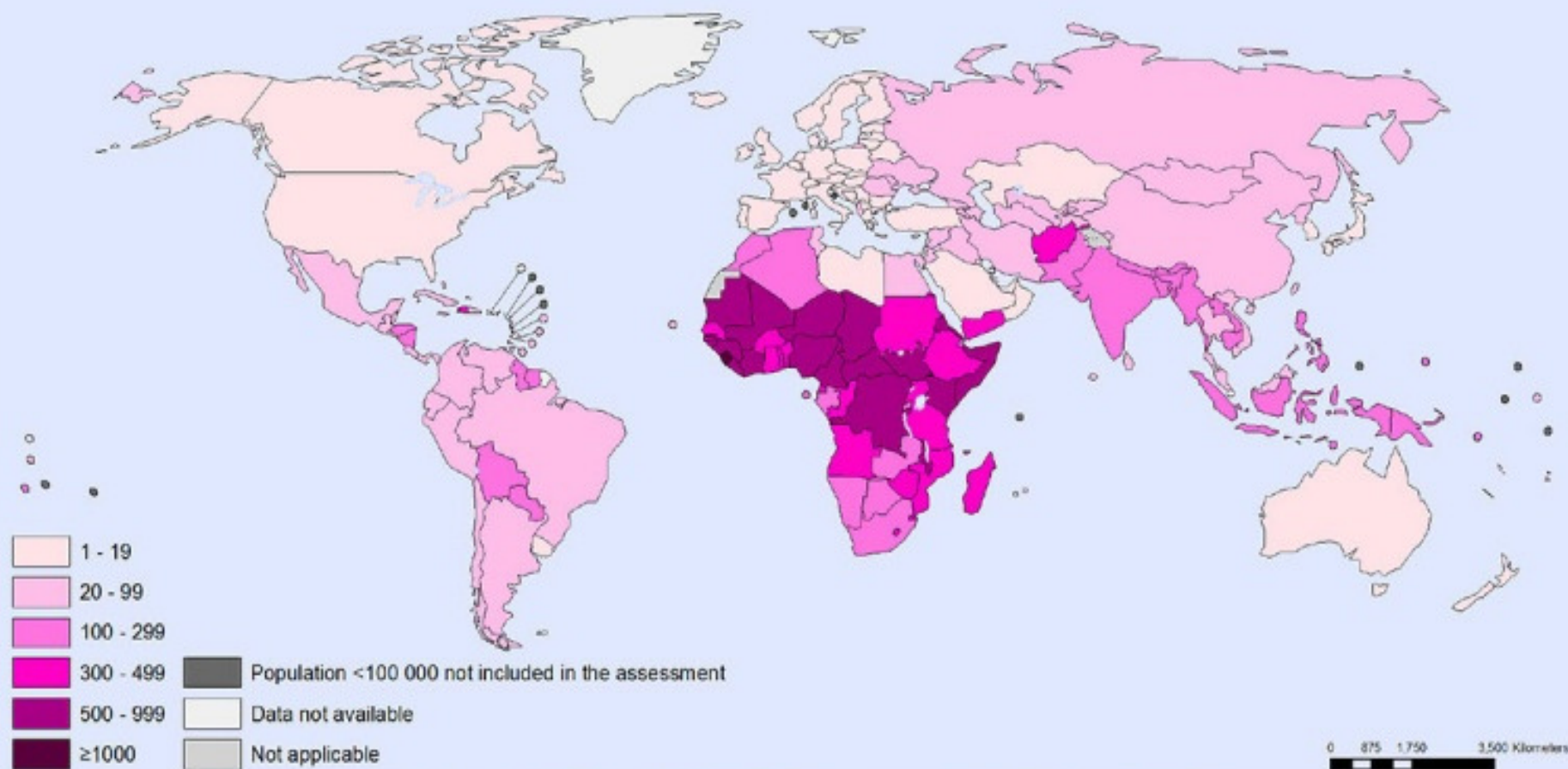
TIỀN SẢN GIẬT – SẢN GIẬT

PGS.TS HUỲNH NGUYỄN KHÁNH TRANG

Bệnh viện Hùng Vương

**CHƯƠNG TRÌNH
ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HỘ SINH LẦN 1**

TỶ LỆ TỬ VONG THAI PHỤ THEO TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI 2015



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

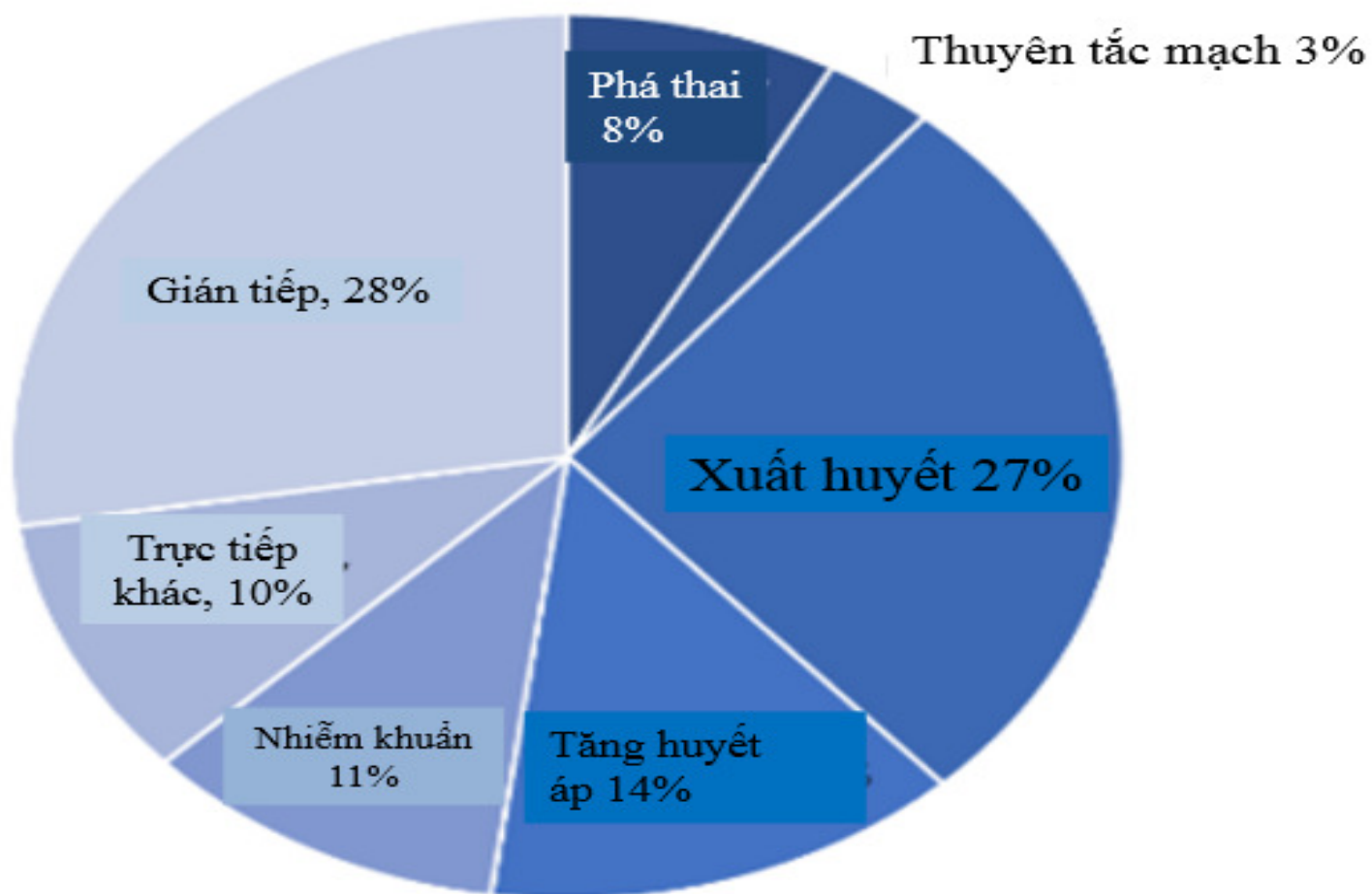
Data Source: World Health Organization
Map Production: Health Statistics and
Information Systems (HSI)
World Health Organization
Source - WHO Trends in Maternal Mortality 1990 to 2015



© WHO 2015. All rights reserved.

CHƯƠNG TRÌNH
ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HỘ SINH LẦN 1

NGUYÊN NHÂN TỬ VONG THAI PHỤ TRÊN THẾ GIỚI



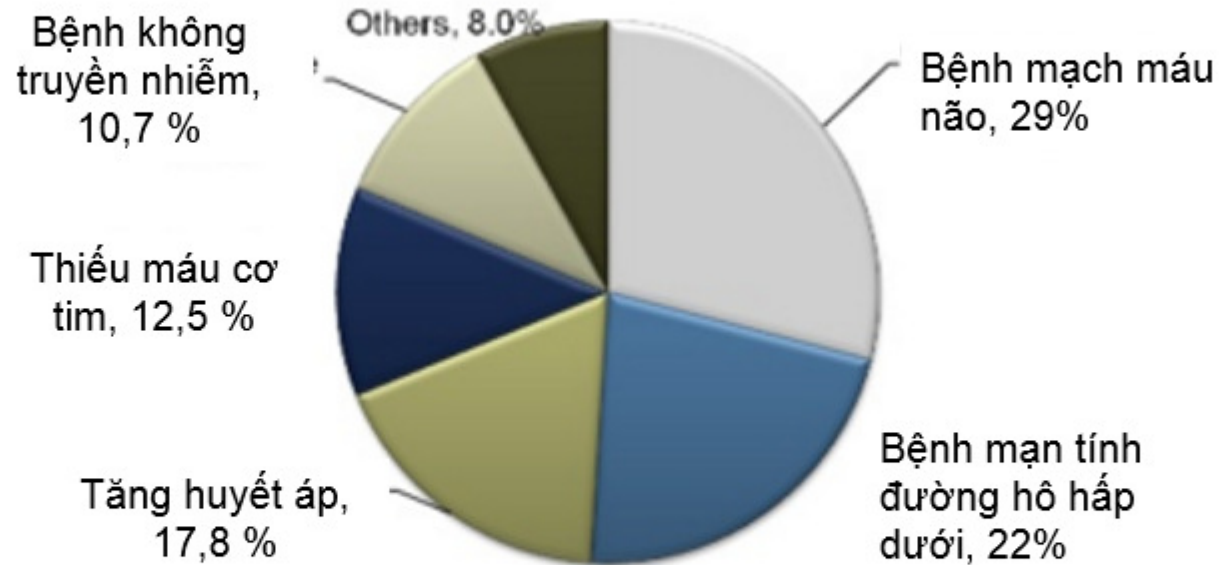
* Gần 99% các ca tử vong do phá thai là do phá thai không an toàn

**Bao gồm tử vong do chuyển dạ đình trệ hay thiếu máu

Nguồn: Say L và cs. 2014

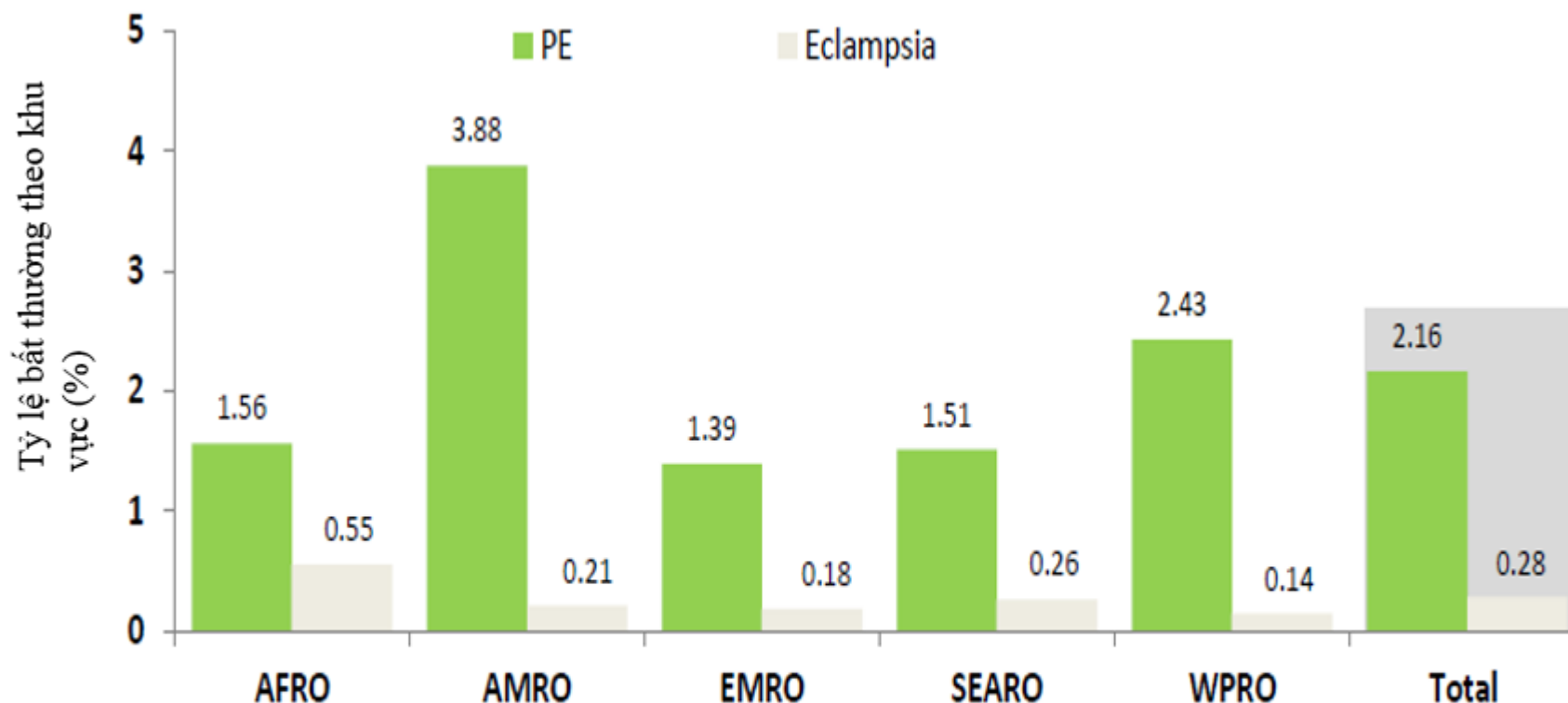
NGUYÊN NHÂN TỬ VONG THAI PHỤ TẠI VIỆT NAM

Major Causes of Death: Vietnam, 2010



Source: World Health Organization, 2009, Frost & Sullivan analysis

TỶ LỆ TIỀN SẢN GIẬT – SẢN GIẬT THEO KHU VỰC



5 khu vực bao gồm 29 quốc gia, tỷ lệ TSG và SG toàn cầu lần lượt là **2,16%** và **0,28%**

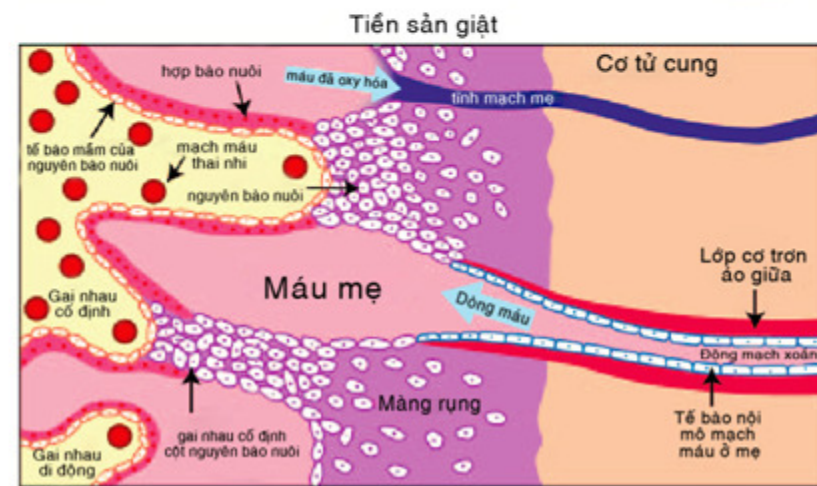
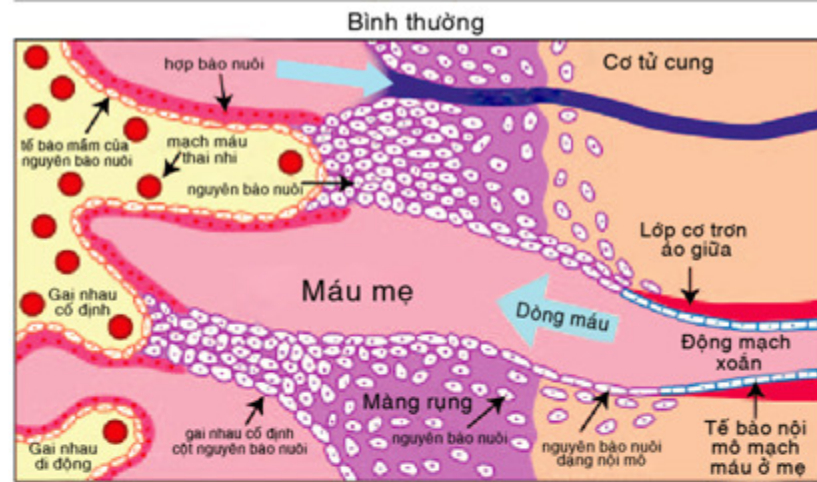
Abalos et al (2014). *BJOG* 121 Suppl 1:14-24

AFRO: African region; AMRO: American region; EMRO: Eastern Mediterranean region; PE: Preeclampsia; SEARO: South-East Asia region; WHO: World health organisation; WPRO: Western Pacific region

XUẤT ĐỘ TSG - SG

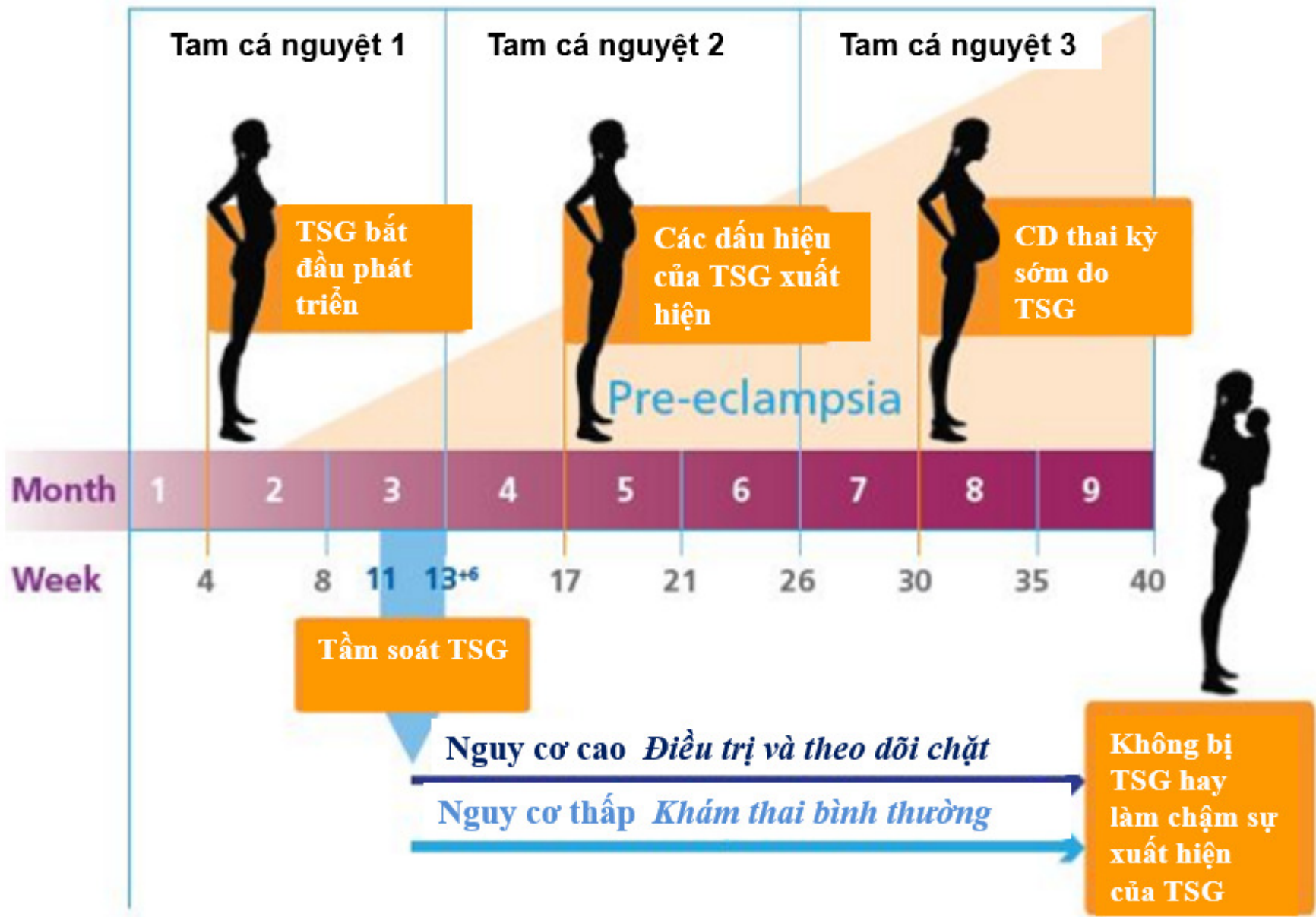


- Thường gặp ở **con so**, đặc biệt **dưới 20** và **trên 40 tuổi**
- Ở VN chưa xác định xuất độ chính xác. Y văn 7 –10% trong tất cả ca sanh, tử vong chiếm 17% trong tổng tử vong mẹ. Trong tổng số TSG-SG : 10% tử vong chu sinh, 20% KPCD, 15% mổ sanh, 10% chấm dứt thai kỳ còn non tháng.
 - 17.6% tử vong mẹ tại Hoa Kỳ (Walker-2000;Koonin-1997)
 - 21.3% tử vong mẹ tại Việt Nam (LMAT-2000)
- Có thể liên quan đến môi trường sống và di truyền



Sự phát triển bánh nhau bình thường: những nguyên bào nuôi xâm lấn nguồn gốc từ thai xâm lấn vào động mạch xoắn. Sự phát triển bánh nhau bất thường trong TSG: sự xâm lấn của động mạch xoắn cạn, vẫn là mạch máu có đk và trở kháng thấp.

CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HỢI SINH LẦN 1



CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HỢP SINH LẦN 1



- Con so
- Tiền căn tiền sản giật
- Cao HA mạn hay bệnh thận mạn
- Tiền căn giảm tiểu cầu
- Đa thai
- Thụ tinh ống nghiệm
- ĐTĐ type I hay type II
- Béo phì
- Lupus đỏ hệ thống
- Lớn tuổi ≥ 40

Reprinted from American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2013.

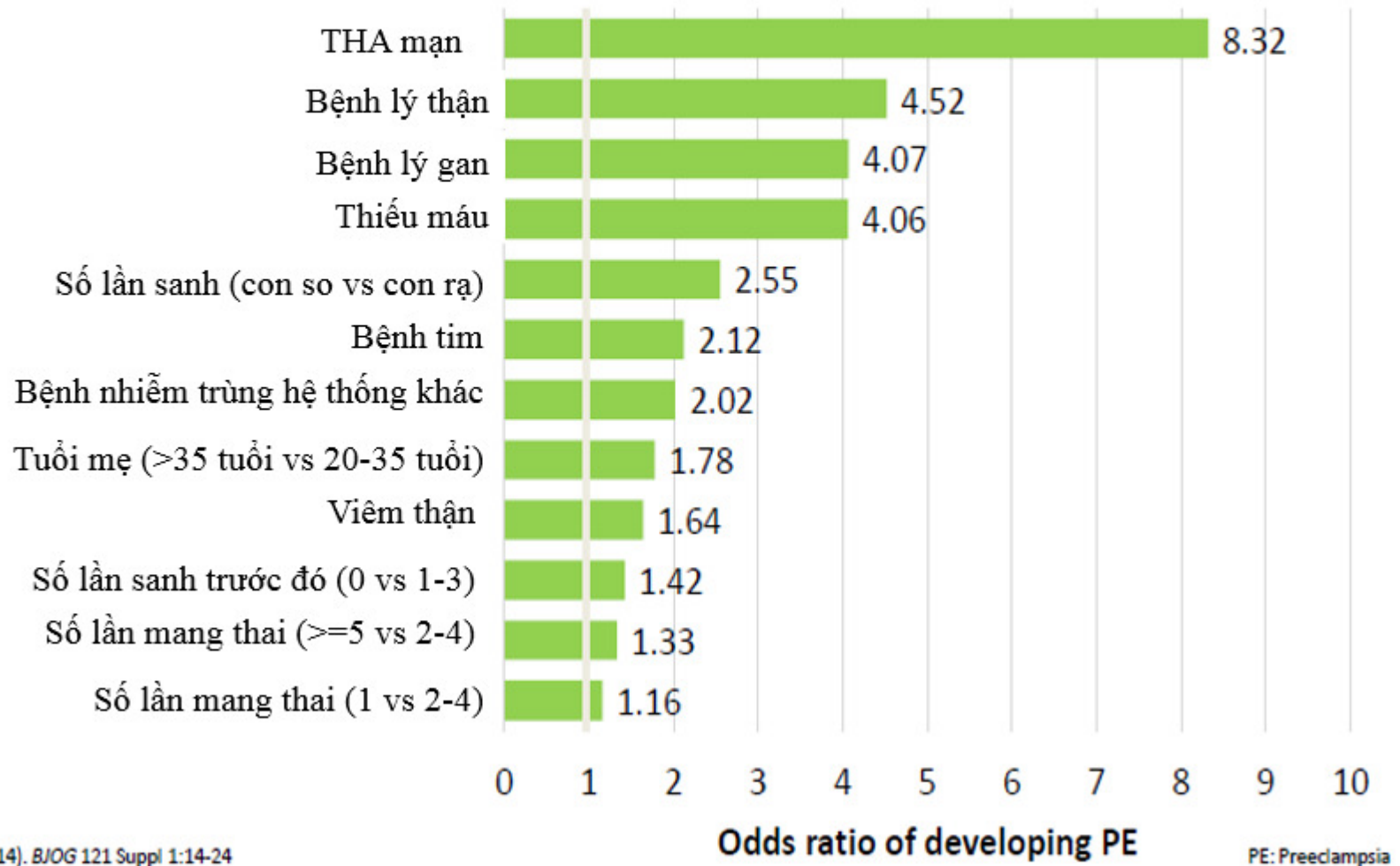
YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ QUẢN LÝ HIỆU QUẢ TSG

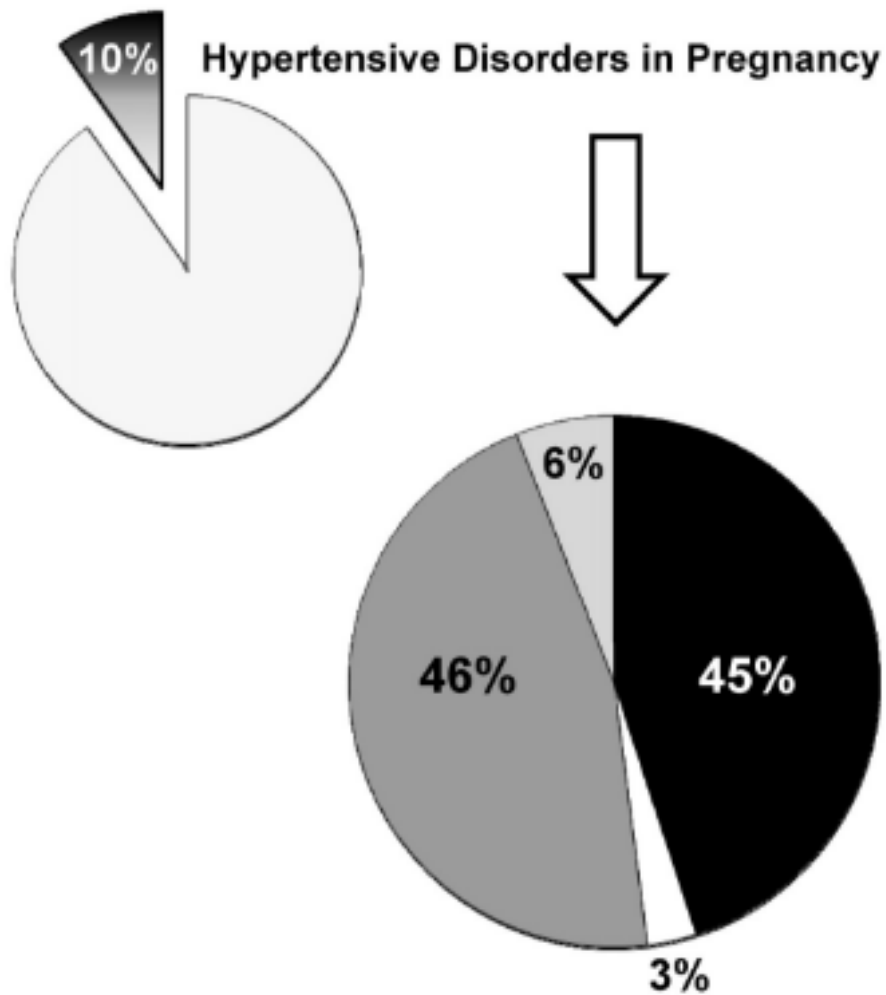
Fred A English,¹ Louise C Kenny,¹ Fergus P McCarthy^{1,2}

¹Irish Centre for Fetal and Neonatal Translational Research (INFANT), Department of Obstetrics and Gynaecology, University College Cork, Cork, Ireland; ²Women's Health Academic Centre, King's Health Partners, St Thomas' Hospital, London, UK

Yếu tố nguy cơ	Mean RR (95% CI)
Hội chứng antiphospholipid	9.72 (4.34–21.75)
Nguy cơ tương đối TSG	7.19 (5.85–8.83)
Tiền căn mắc TSG	7.19 (5.85–8.83)
Đái tháo đường phụ thuộc insulin	3.56 (2.54–4.99)
Đa thai	2.93 (2.04–4.21)
Con so	2.91 (1.28–6.61)
Tiền sử gia đình có bị TSG	2.90 (1.70–4.93)
Béo phì	2.47 (1.66–3.67)
> 40 tuổi	1.96 (1.34–2.87)
Đang bị tăng huyết áp	1.38 (1.01–1.87)

Yếu tố nguy cơ





- Preeclampsia (PE)
- PE + Chronic hypertension
- Gestational hypertension
- Chronic hypertension

Preeclampsia: Effect on the Fetus and Newborn

Ligia Maria Suppo
de Souza Rugolo, MD,*
Maria Regina Bentlin,
MD,* Cleide Enoir Petean
Trindade, MD*

Abstract

Preeclampsia (PE) is the most common medical complication in pregnancy and a major cause of maternal and fetal morbidity and mortality. This disease is a great challenge for obstetricians because there are no effective interventions to treat or prevent it, and antenatal care involves a difficult balance between the risks for women to continue


Sàng lọc sớm tiền sản giật

Tỷ lệ phát hiện sớm TSG ở TCN 1

DR at 5% FPR	History	MAP	uA-PI	PAPP-A	PIGF	Reference
33	X					Yu et al. ⁶⁶ Akolekar et al. ⁶⁷
38			X			Poon et al. ³⁶
47	X			X		Akolekar et al. ⁶⁷
54	X				X	Akolekar et al. ⁶⁷
60	X		X	X		Foidart et al. ⁶⁸
78	X		X		X	Foidart et al. ⁶⁸
78	X	X	X	X	X	Akolekar et al. ⁶⁷
84	X	X	X	X		Poon et al. ⁶⁹
89	X	X	X		X	Poon et al. ²⁵
93	X	X	X	X	X	Poon et al. ⁷⁰

History: body mass index, family history of PE, previous PE, ethnicity, smoking;
MAP: mean arterial blood pressure; uA-PI: uterine artery pulsatility index.

PHÒNG NGỪA SƠ CẤP

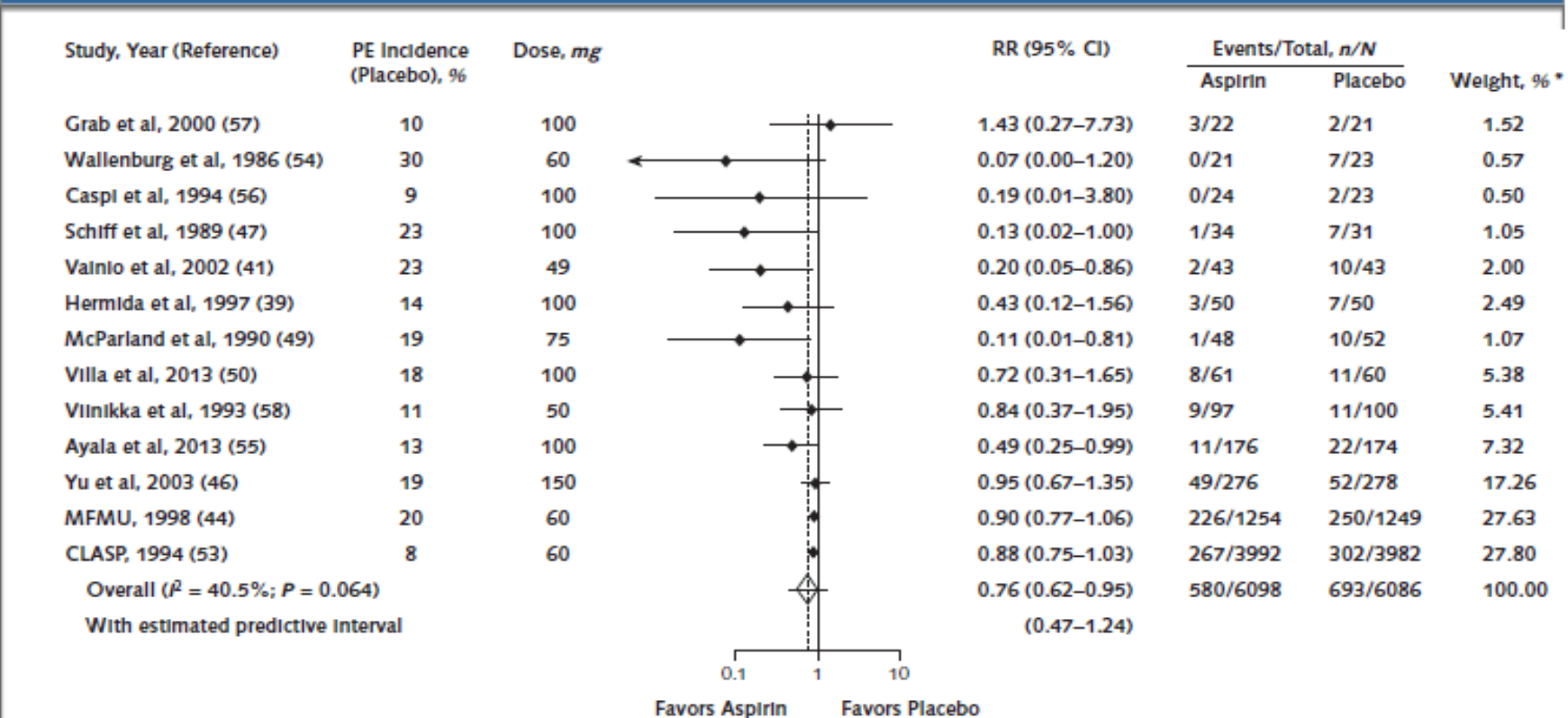
Can thiệp	Kết cục thai kỳ	Khuyến cáo?
Phòng ngừa IUGR 	Về mặt lý thuyết góp phần ngăn ngừa TSG (và IUGR) cho thể hệ sau	Có
Kế hoạch gia đình	Giảm các thai kỳ có nguy cơ TSG	Có
Phòng ngừa ở giai đoạn trước mang thai và/hay điều trị béo phì	Có khả năng giảm TSG	Có
Bổ sung calcium	Giảm TSG ở nhóm nguy cơ cao và có chế độ ăn ít calcium. Không có ảnh hưởng đến kết cục trên thai	Nguy cơ THA thai kỳ cao Chế độ ăn ít calcium
Aspirin liều thấp	Giảm TSG, giảm tử vong thai và sơ sinh	Dân số nguy cơ cao
Bổ sung Magnesium hay kẽm	Không giảm TSG	Không đủ bằng chứng để khuyến cáo
Bổ sung dầu cá và các acid béo khác	Không hiệu quả trên nhóm dân số nguy cơ cao/thấp	s/a*
Heparin/Heparin trọng lượng phân tử thấp	Giảm TSG ở BN có bệnh thận và nguy cơ huyết khối	s/a*
Vitamin chống oxy hóa (C,E)	Giảm TSG trong 1 thử nghiệm	s/a*
Chế độ ăn hạn chế muối hay protein	Không ảnh hưởng	Không

Final Evidence Summary

Other Supporting Document for Low Dose Aspirin to Prevent Preeclampsia: Preventive Medication, September 2014



Figure 3. Pooled analysis of preeclampsia from trials of women at risk for preeclampsia, sorted by sample size.

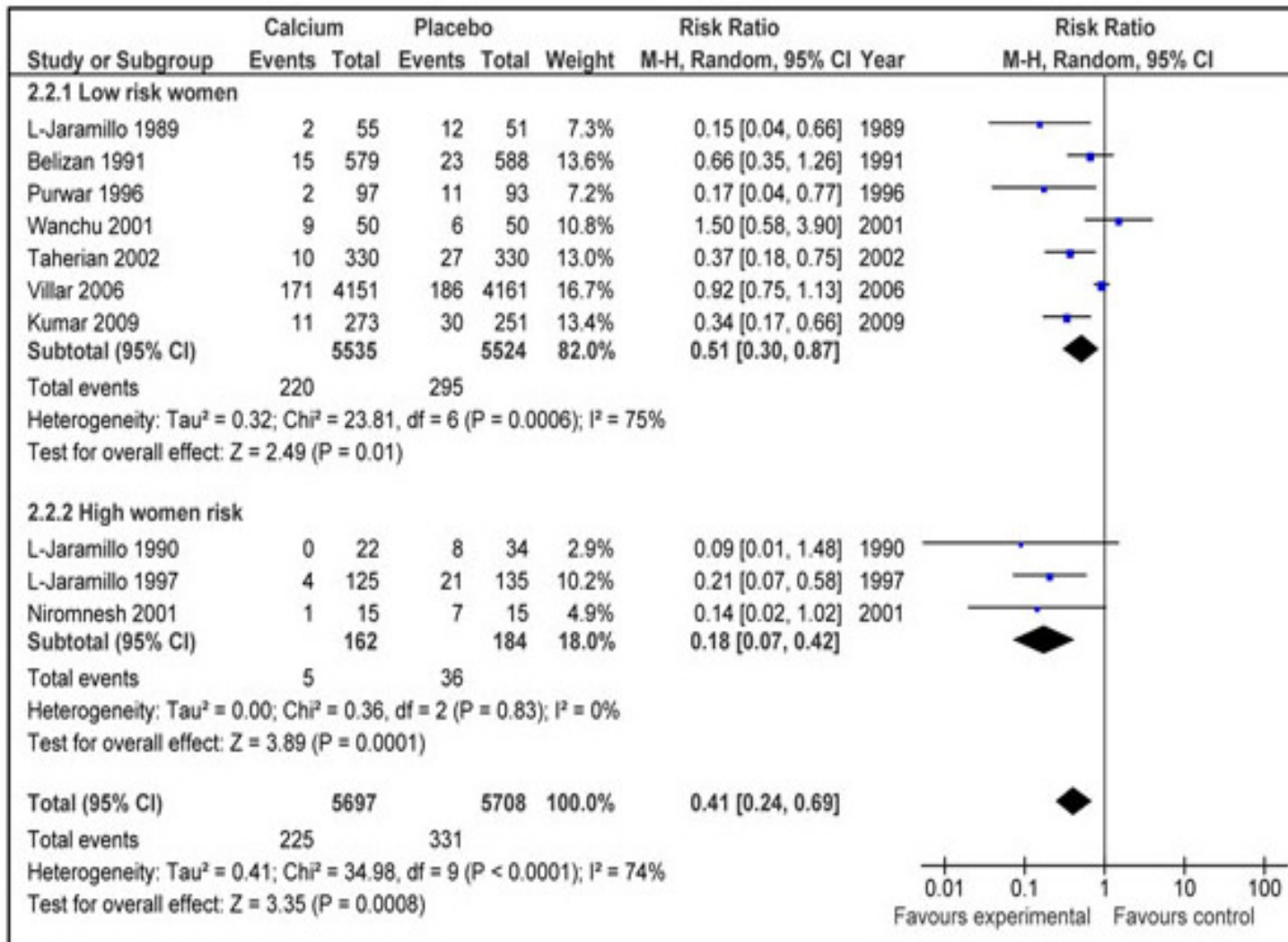


CLASP = Collaborative Low-dose Aspirin Study in Pregnancy; MFMU = Maternal-Fetal Medicine Units; PE = preeclampsia; RR = relative risk.

* From random-effects analysis.

Kết luận: Dùng aspirin liều thấp mỗi ngày từ đầu TCN 2 ngăn ngừa các kết cục xấu trên lâm sàng. Chưa ghi nhận các tác hại của aspirin, tuy nhiên các bằng chứng lâu dài còn hạn chế

**CHƯƠNG TRÌNH
ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HỘ SINH LẦN 1**



HIỆU QUẢ BỔ SUNG CALCIUM TRONG THAI KỲ



Tăng huyết áp



Tăng cân đột ngột



Đạm niệu

Đau đầu, nhìn mờ, khó chịu

Phù mềm



Đau bụng



Sưng mắt, tay, chân



Co giật cơ



Co giật, hôn mê

TSG NẶNG

CÁC CHỈ SỐ	NHẸ	NẶNG
Huyết áp	HAm _{ax} < 160, HAm _{in} < 110	HAm _{ax} ≥ 160, HAm _{in} ≥ 110
Đạm niệu	≥ 300 mg hay 1+	≥ 5g hay > 3+/4+
Creatinin máu	Bt	> 1.2 mg/dl
Tăng men gan	BT hay Nhẹ	AST > 70 U/L
Giảm tiểu cầu	(-)	< 100.000/mm ³
LDH	BT	≥ 600 U/L
Đau đầu	(-)	(+)
Đau thượng vị	(-)	(+)
RL thị giác	(-)	(+)
Thiểu niệu	(-)	(+)
Thai chậm tăng trưởng	(-)	(+)
Phù phổi	(-)	(+)

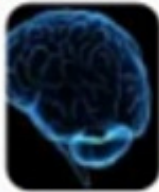


CHẨN ĐOÁN

- **Sản giật = Tiền sản giật + co giật**
- Mọi trường hợp co giật trong thời gian liên quan thai kỳ đều phải được xem là Sản Giật đến khi có bằng chứng loại trừ.
- Chú ý: Thời gian tiếp nhận đến khi có co giật \leq 30 phút ở BV hạng 1

TIỀN SẢN GIẬT – BIẾN CHỨNG

Mẹ



Hệ TK

- Co giật
- Phù não
- Xuất huyết não
- Đột quỵ (huyết khối)



Gan

- Suy gan
- Vỡ gan
- Xuất huyết dưới bao gan



DIC HELLP



Thận

- Suy thận
- Thiếu niệu
- Đạm niệu >> giảm đạm máu (tổn thương cầu thận)



Phổi

- Phù phổi

Thai



Sanh non



Thai lưu Suy thai trường diễn



Nhau bong non



Giảm tuần hoàn TC-nhau

- Tổn thương não do thiếu oxy
- IUGR
- Thiếu ối



Tiêu chuẩn chẩn đoán HELLP

- ***Hemolysis – Tán huyết***

Phết máu ngoại biên bất thường
Tăng Bilirubin >1.2 mg/dl

- ***Elevated liver enzymes – Tăng men gan***

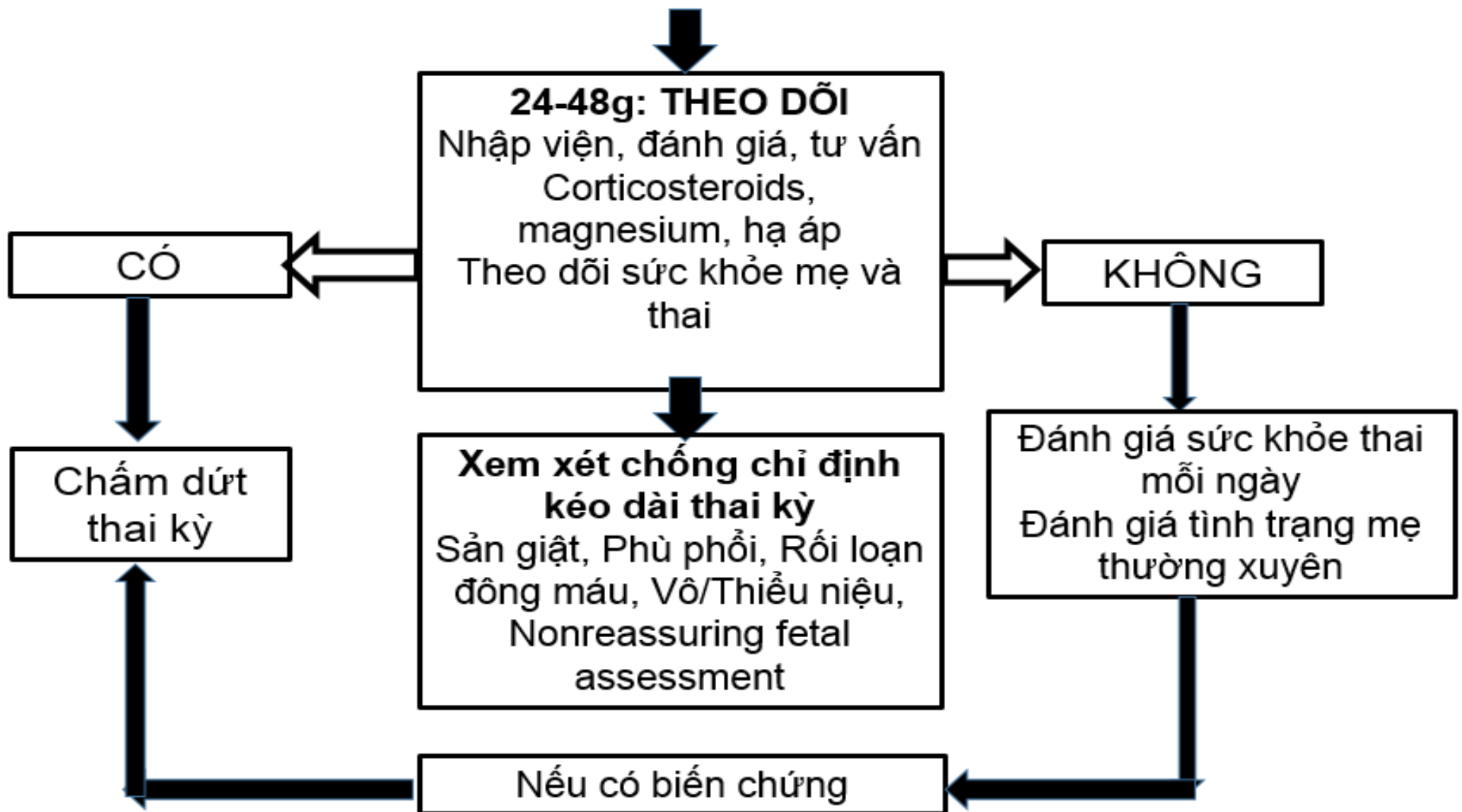
SGOT >72 UI / L
LDH >600 UI / L

- ***Low Platelets – Tiểu cầu giảm***

TC đếm < 100.000 /mm³

Mô hình quản lý TSG nặng

XÁC ĐỊNH TSG NẶNG <34 TUẦN





ĐIỀU TRỊ TSG NHẸ

- Nghỉ ngơi tại nhà
- Theo dõi mỗi 1 -2 tuần một lần
- Dặn dò những dấu trở nặng
- Vào viện khi :
 - Có dấu trở nặng
 - Có dấu thai chậm tăng trưởng



Điều trị TSG-SG nhẹ

- TSG nhẹ
- Có thể điều trị ngoại trú
 1. Nghỉ ngơi nhiều
 2. Ăn uống bớt mặn
 3. HA đo mỗi 4 giờ lúc thức
 4. Mỗi ngày : cân, để ý nước tiểu, phù, cử động thai
 5. NST cho thai mỗi tuần (hay ½ tuần)
 6. Biểu đồ tăng trưởng của thai mỗi 2 tuần
 7. Hướng dẫn các dấu trở nặng : nhức đầu, mờ mắt, đau thượng vị/ hạ sườn, tiểu ít, tiểu sậm màu, cử động thai giảm, thai chậm tăng trưởng...



Điều trị TSG NẶNG - SG

- Chấm dứt thai kỳ là điều trị triệt để

Chấm dứt
thai kỳ quá
SỚM



Chấm dứt thai
kỳ quá **TRỄ**

THAI NHI

THAI PHỤ



Corticoides

Corticoid : làm tăng độ trưởng thành của phổi thai nhi

Chỉ định : thai **28-34 tuần** có nguy cơ sanh non (tự nhiên hay do tác động) trong vòng 1 tuần. Với thai >34 tuần thường không có chỉ định (nên dựa vào thực tế khoa nhi)

Liều : Betamethasone 12mg x 2 (TB cách 24giờ)

- ACOG 2010
 - . **24 – 32** – 34
 - . Từ dùng – sanh ≥ 7 ngày
 - . Betamethasone hay **dexamethasone** (**6mg X 4 TB / 12 giờ**)
 - . Dùng một đợt



MAGNESIUM SULFATE

Ngừa co giật bằng MAGNESIUM SULFATE:

Chỉ định: . Sản giật

- . TSG nặng/TSG nhẹ có chiều hướng nặng

Liều: . Tấn công: 3g (TMC)

- . Duy trì: 1g.giờ (TTM)

Theo dõi- ngưng truyền nếu có:

- . Phản xạ gối mất
- . Nước tiểu < 30ml/giờ
- . Nhịp thở < 16lần/phút

XT ngộ độc:

Ngưng truyền Magnesium sulfate

CALCIUM GLUCONATE 10%
(TMC/ 3phút)

. Liều dùng cho tấn công : 2 -4 gr TSG nặng.
SG (4-6 gr – duy trì 2 gr/ giờ)

. Theo dõi ngộ độc Magnesium Sulfate còn
bằng nồng độ Mg⁺⁺/ máu.

Nồng độ mg/dL	Biểu hiện
1,5 – 3	Bình thường
4 -6	Ng độ điều trị
5 – 10	Thay đổi trên ECG
8 -12	Mất PXGX
9 -12	cảm giác nóng
10-12	Ngủ gà, nói líu nhíu
15-17	Liệt cơ hô hấp
30	Ngưng tim



ĐIỀU TRỊ TSG NẶNG – SẢN GIẬT

Kiểm soát dịch truyền

1. Cung cấp trong khoảng 84 –125 ml/giờ
2. Thiếu niệu khi nước tiểu ≤ 100 ml trong 4 giờ. Nếu phổi bình thường, truyền 500ml dịch (tinh thể), nếu chưa đáp ứng có thể thêm 500ml nữa. Sau 1l dịch, nếu vẫn chưa có nước tiểu, nên đặt Swan-Ganz + CVP theo dõi lượng dịch đưa vào sau đó.
3. Thường sau sanh sẽ có hiện tượng lợi niệu, 12-24 giờ sau sanh

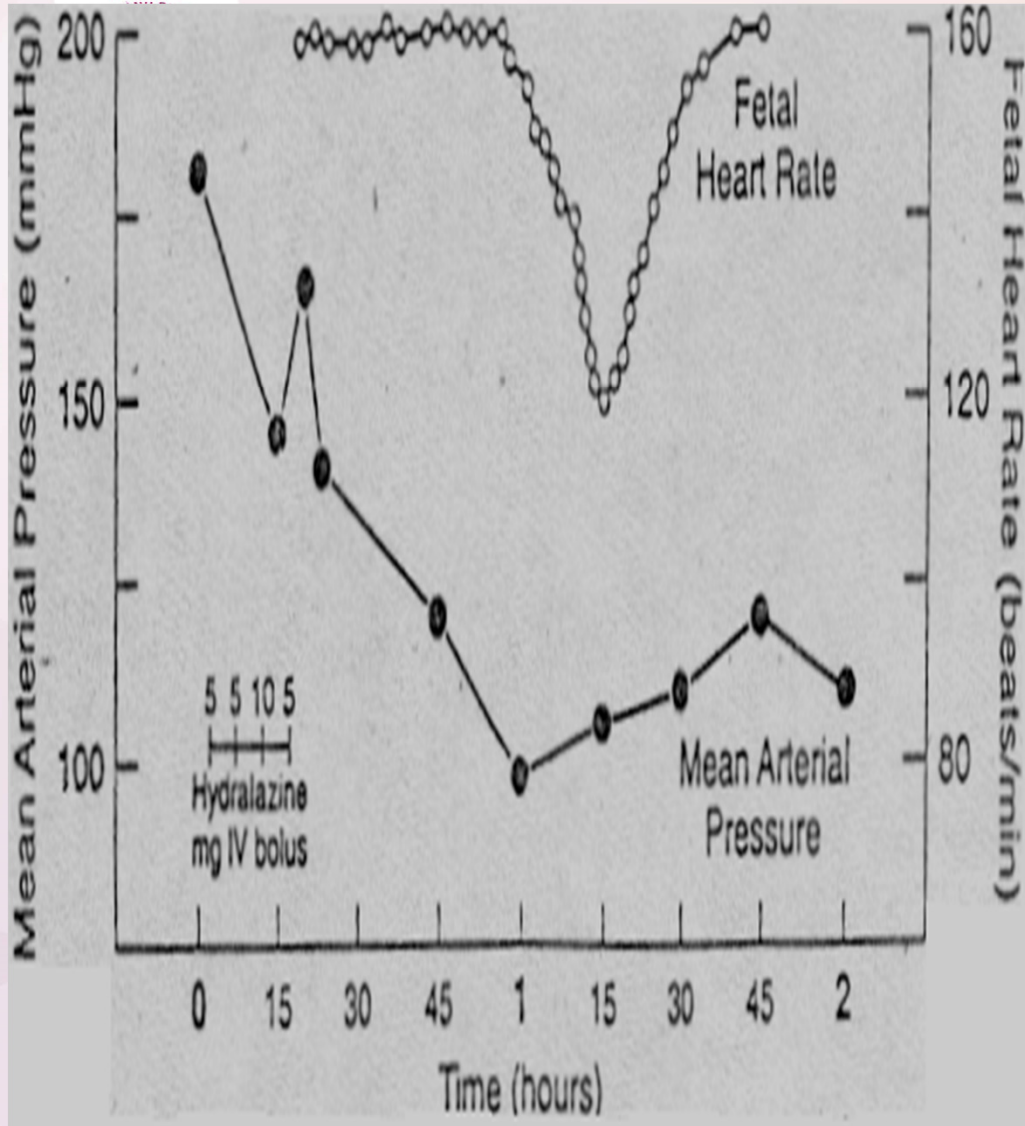


FIGURE 24-19. Effects of acute blood decrease on fetal status. Hydralazine was 5-minute intervals instead of 15-minute intervals and mean arterial pressure decreased from 185 mm Hg within 1 hour; this change was associated with fetal bradycardia.



HẠ ÁP

Hạ áp tức thời

- Chỉ định: HA tâm trương ≥ 110 mmHg
- HA tâm thu ≥ 160 mmHg (Williams)
- Mục tiêu: hạ HA tâm trương # 90-100 mmHg
- Thuốc dùng:
 - NEPRESSOL 5mg (TMC) hay 25mg/50ml HTM 0,9% (TTM)
 - **ADALAT 5-10mg** (nhỏ dưới lưỡi)
 - TRANDATE 100mg/50ml HTN5%, d1=20mg (TMC); d2=1-2mg/p (TTM)
 - NICARDIPINE 5-10 mg/giờ, TTM, điều chỉnh 2,5 mg/giờ

Hạ áp duy trì

- Chỉ định: khi nằm nghỉ tại giường ≥ 2 giờ/ngày mà HA không ổn định
- Mục tiêu: duy trì HA # 140/90- 140/100 mmHg
- Thuốc dùng (uống):
 - TRANDATE 200mg (2-4v/ngày)
 - NEPRESSOL 25mg (3-6v/ngày)
 - ADALAT RETARD 10mg (1-2v/ngày)
 - ALDOMET 250mg (3-6v/ngày)

Thuốc	Cơ chế	Tác dụng
Thiazide	↓: V huyết tương, CO	Mẹ: ↓CO, RBF Con: ↓ tiểu cầu
Methyldopa	Ảnh hưởng CNS	Ø CO&RBL; sốt, ngủ lịm, VGan, thiếu máu tán huyết
Hydralazine	Dãn mạch ngoại vi	↓CO; RBF Ø h□y ↑; mẹ: nóng phùng, nhức đầu, tim nhanh, hội chứng giả lupus
Propranolol	Ức chế β	↑ CO, ØRBL; tăng trương lực TC làm ↓ tưới máu thai, thai suy hô hấp
Labetalol	Alpha & ức chế β	CCĐ: suyễn, suy tim. Ø CO&RBL. Mẹ: run, nóng phùng, nhức đầu. Con: suy hô hấp
Nifedipine, Nicardipine	Ức chế kênh Calci	Ø CO&RBL; mẹ: hạ HA tư thế, nhức đầu; con : chưa ghi nhận

CNS: central nervous system, CO: cardiac output; RBF: renal blood flow



HẠ ÁP

Mục đích của dùng hạ áp là :

1. Duy trì một mức huyết áp ổn định.
2. Không quá cao để ảnh hưởng đến thai phụ (HA min # 90 – 100 mmHg).
3. Không quá thấp để giảm tưới máu, ảnh hưởng đến thai nhi



HẠ ÁP: nghiên cứu Hydralazine TTM

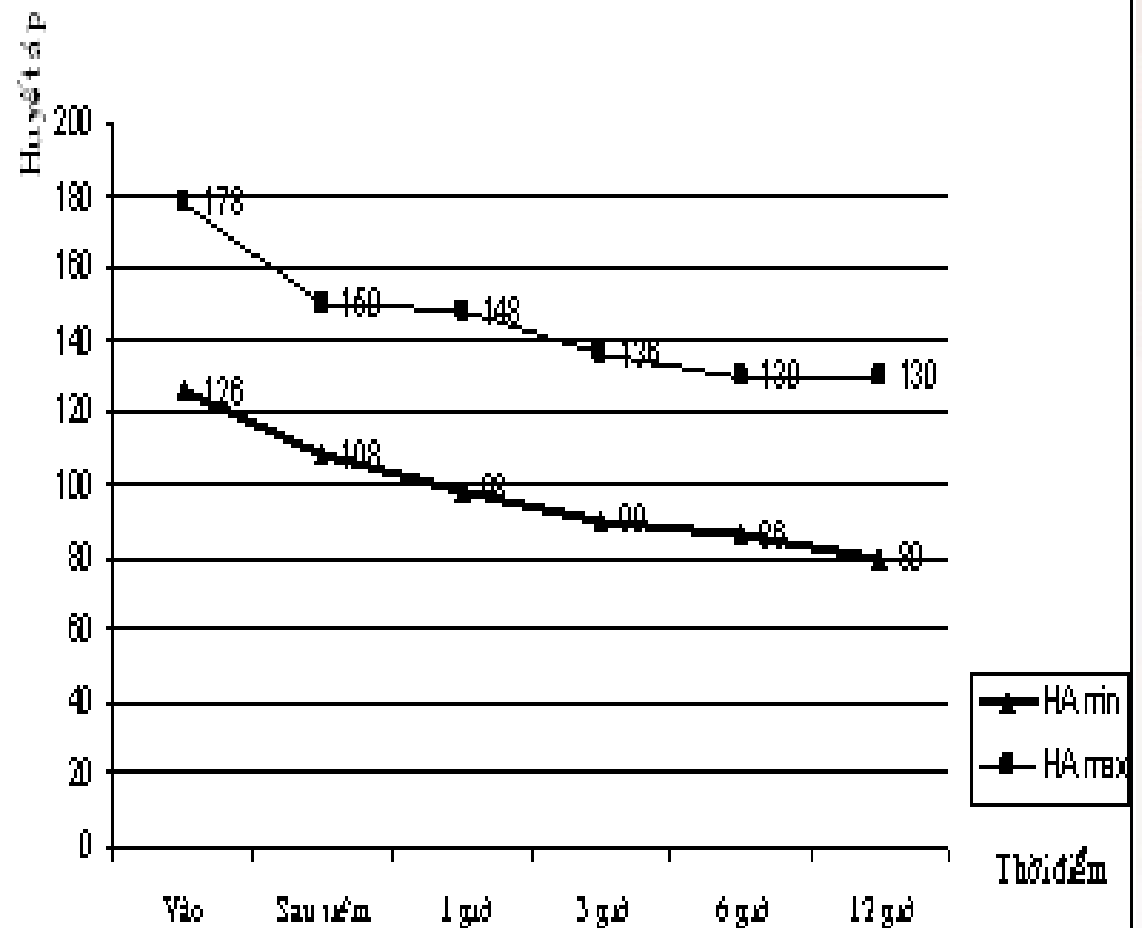
Hydralazin là chọn lựa đầu tay được nhiều công nhận.

Dùng cách khoảng 5 mg TMC mỗi 15 phút.

NC tại BV Hùng vương 2005 -2007 thử nghiệm Ls 116 trường hợp TSG nặng. Hydralazin: 5 mg TMC, sau đó TTM liều 167 mcg/ phút (35 mg hydra.+ 35 ml NaCl 0,9% bơm điện 10 ml/giờ)

(HNKTrang, Y học TpHCM, tập 12, phụ bản 1, 2008)

Huyết áp thay đổi theo thời gian truyền Hydralazin





HẠ ÁP: Nicardipine hay Loxen

ống 10ml chứa 10 mg

Dùng khoảng 3 năm

Liều bắt đầu: 2,5 mg/giờ (41,67 mcg/ phút)

Liều tối đa: 5 mg/giờ

Thời gian dùng nhiều nhất: 3 tuần

Lưu ý: viêm tĩnh mạch nông tại chỗ truyền (> 12 giờ)



KẾT THÚC THAI KỲ

Biện pháp điều trị TSG *triệt để và hữu hiệu nhất* là:

CHẤM DỨT THAI KỲ SAO CHO CÓ LỢI NHẤT VỀ MẸ VÀ CON

Kéo dài thai kỳ: phải cân nhắc thận trọng giữa nguy cơ của sản phụ (sản giật, biến chứng nặng...) và lợi ích cho thai nhi.

Quyết định kéo dài thai kỳ phải cân nhắc tình hình: sản phụ, tuổi thai, tình trạng sức khỏe thai, điều kiện thực tế khoa nhi, tình hình diễn tiến thực tế của bệnh và phải tham vấn kỹ lưỡng với người nhà. Cần hết sức cân nhắc cho **tuổi thai < 34 tuần** trong điều kiện thực tế của Việt Nam

(30 tuần ? 31 tuần ?)

Chấm dứt thai kỳ trong 48 giờ: Khi TSG có biến chứng, điều trị triệt để (chấm dứt thai kỳ) cần được thực hiện càng sớm càng tốt. Khuyến hướng chung là khởi phát chuyển dạ khi tình trạng huyết động học ổn định và không có chống chỉ định. Tuy vậy, nếu có biến chứng nhau bong non hay CTC rất không thuận tiện cho khởi phát chuyển dạ, chỉ định mổ sanh có thể cân nhắc.



MỘT SỐ ĐIỂM LƯU Ý

1. Tuổi thai (đặc biệt lưu ý có được hỗ trợ corticoïdes)
2. Huyết áp mẹ
3. Sức khỏe thai với tình trạng tuần hoàn nhau – thai
4. Dấu trở nặng trên xét nghiệm: đạm niệu/ 24 giờ, acid uric, Hct, tiểu cầu đếm, chức năng gan, đông máu.



THEO DÕI KHI CÓ CHUYỂN DẠ

Theo dõi trong chuyển dạ: cần theo dõi sát các sản phụ TSG/SG khi vào CD

Điều trị TSG nặng:

- Tiếp tục duy trì hạ áp hiệu quả. Nếu HA không ổn định có thể dùng **HYDRALAZINE** (**Nicardipine**).
- Tiếp tục duy trì MAGNESIUM SULFATE (tùy chỉ định)
- Theo dõi sát bảng Thai độc (gồm M, HA, Nhịp thở, Phản xạ gối, Tri giác, Nước tiểu)



THEO DÕI KHI CÓ CHUYỂN DẠ

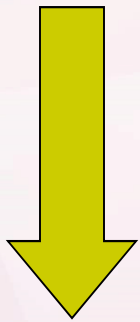
Theo dõi chuyển dạ

- Theo dõi sát tim thai và cơn gò (chú ý dao động nội tại của tim thai có thể giảm do ảnh hưởng của Magnesium sulfate).
- Tiếp tục tăng co chấ́m dứt thai kỳ nếu BN đã được khởi phát CD và hiện cơn gò không đủ. (**Bấm ối sớm hơn bình thường**)
- Nên giảm đau sản khoa với gây tê ngoài màng cứng hay gây tê ngoài màng cứng-tủy sống phối hợp (CSE)- trong trường hợp cần tác dụng nhanh.
- Nên sanh giúp (tránh căng thẳng cho sản phụ). Cần chuẩn bị kịp thời vì sản phụ TSG thường có tiến triển chuyển dạ nhanh. Có thể mời BS nhi chuẩn bị hồi sức bé.
- Đề **phòng băng huyết sau sanh**. Hạn chế dùng Ergometrine. (**cabertocin, PG F 2 alpha**)
- các biện pháp theo dõi xâm nhập như đặt CVP chỉ định trong 1 số tình huống đặc biệt như thiếu niệu không rõ nguyên nhân, phù phổi cấp, suy tim cấp (**đo HA động mạch trực tiếp**)...



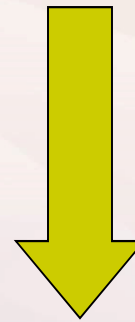
Hội chứng HELLP

Cơ bản của xử trí



H/c HELLP điển hình

Nên CDTK trong 48 giờ



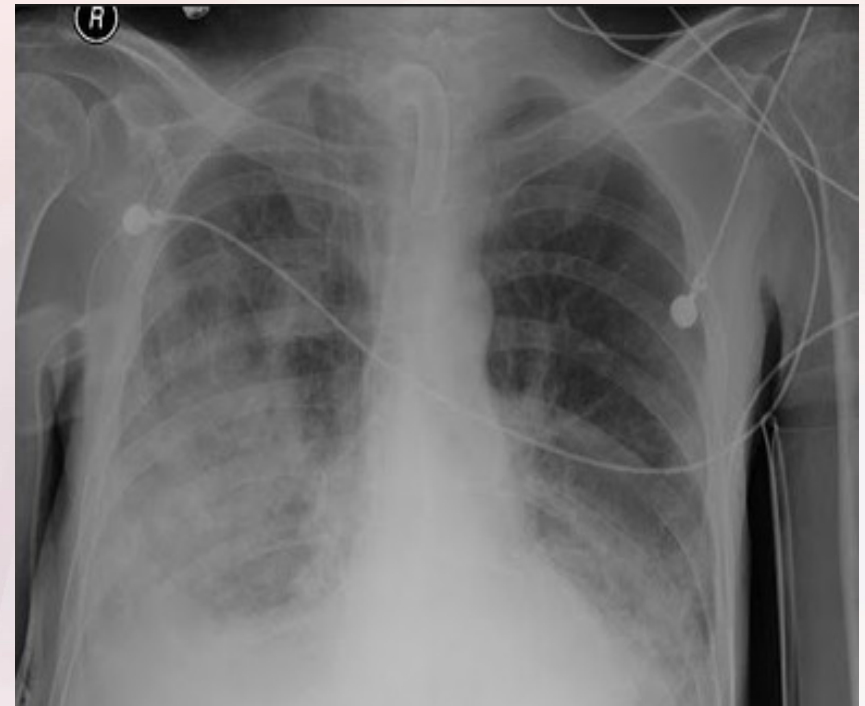
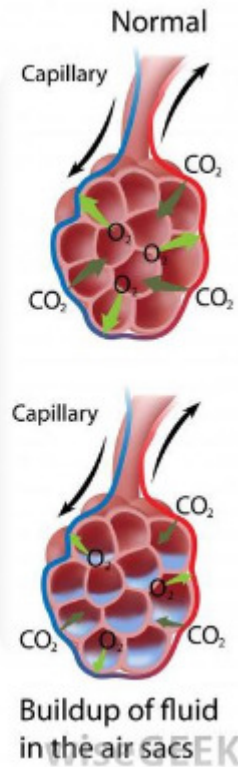
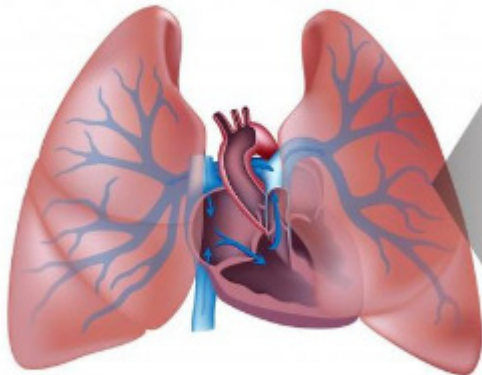
H/c HELLP một phần

Có thể xem xét khả năng kéo dài thai kỳ

Audibert F, Friedman SA, Frangieh AY, Sibai BM. Am J Obstet Gynecol 1996; 175:460-4.



Pulmonary Edema





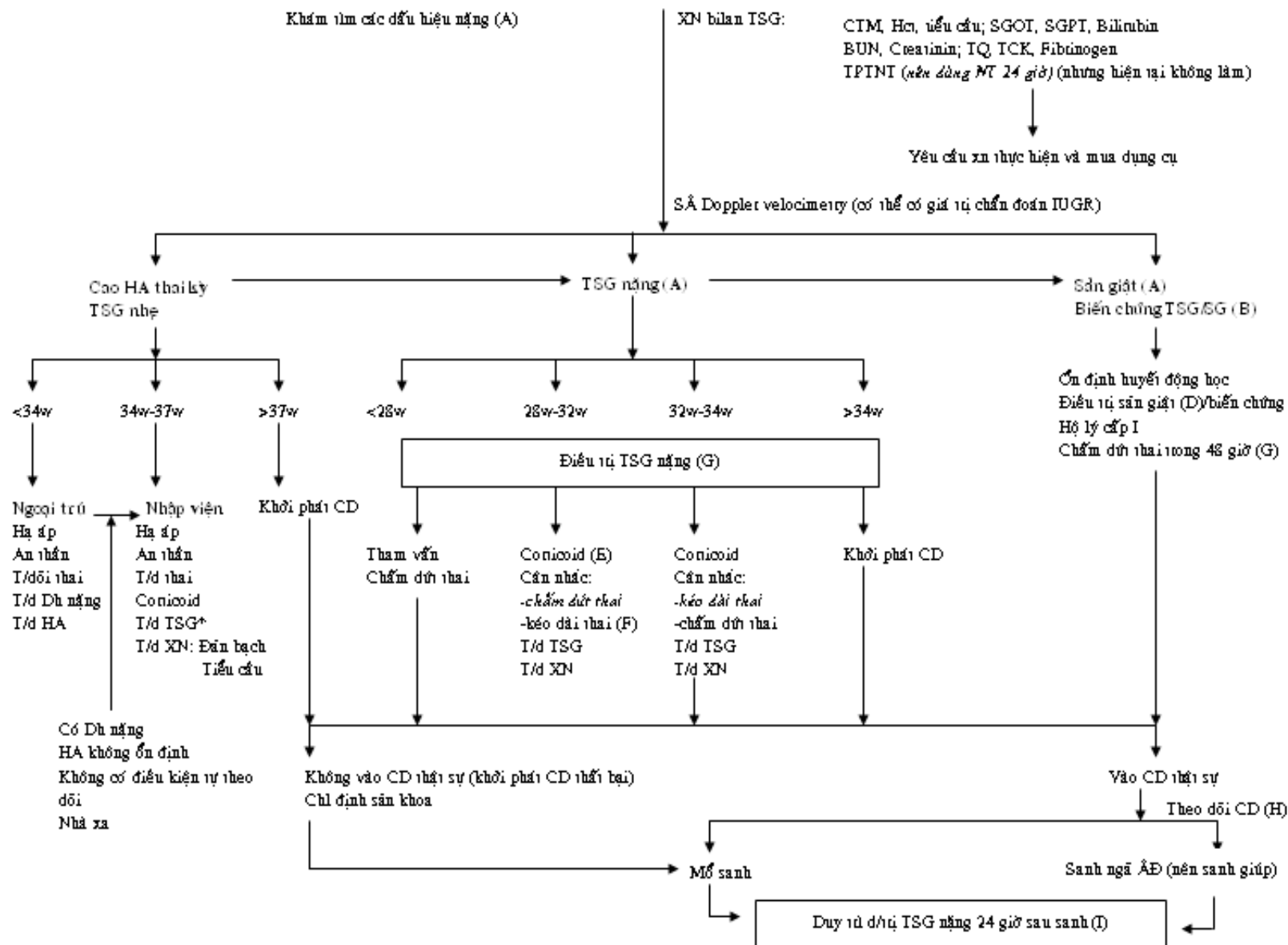
HẬU SẢN

Vẫn còn nguy cơ sản giật hay biến chứng trong thời gian hậu sản.

- duy trì điều trị TSG nặng(hạ áp, Magnesium sulfate) trong 24giờ – 48giờ hậu sản. Có thể sử dụng lợi tiểu.
- các biện pháp như nạo buồng tử cung hay truyền albumin chưa được chính thức chỉ định do tác dụng còn chưa rõ ràng.

Cao huyết áp trong thai kỳ (HA $\geq 14/9$ cmHg)

(tiêu chuẩn "HATT tăng thêm >3 cmHg hay HATT tăng thêm >1.5 cmHg" hiện không sử dụng)



CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HỢP SINH LẦN 1



TẠM KẾT

- ✓ Tiền sản giật – Sản giật hiện đứng hàng thứ 2 sau BHSS trong những vấn đề lớn của sản khoa.
- ✓ Sinh lý bệnh có nhiều hiểu biết nhưng nguyên nhân chưa rõ
- ✓ Khả năng nuôi sống trẻ non tháng có thể là điểm quan trọng trong tương lai gần của bệnh lý này.



CẢM ƠN QUÝ VỊ!



CHƯƠNG TRÌNH
ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HỘ SINH LẦN 1