

1. CHUYỂN DẠ KÉO DÀI	Giai đoạn tiềm tàng kéo dài: – Con sơ: kéo dài 8 giờ. – Con ọc: kéo dài 6 giờ.
2. CÁC TÌNH HUỐNG CÓ THỂ GẶP TRÊN LÂM SÀNG	– Đến khám vì chậm kinh. – Đến khám vì ra máu âm đạo trong 3 tháng đầu. – Đến khám định kỳ cần tư vấn. – Đến khám vì ra máu âm đạo trong 3 tháng cuối. – Đến khám vì đau bụng cơn, ra nước âm đạo hoặc ra nhày hồng âm đạo. – Đến khám vì sốt, sản dịch bất thường sau đẻ. – Xử trí một tình huống cấp cứu sản khoa.
3. KHÁI QUÁT CÁCH HỎI BỆNH	– Hành chính. – Lý do vào viện. – Khai thác lý do vào viện và triệu chứng kèm theo => Định hướng nguyên nhân. – Khai thác tiền sử kinh nguyệt (nếu cần). – Khai thác tiền sử sản khoa. – Khai thác tiền sử phụ khoa, nội – ngoại khoa và gia đình. – Khai thác quá trình xử trí ở nhà.
4. KHÁI QUÁT CÁCH TƯ VẤN	– Giải thích tình trạng hiện tại. – Đưa ra hướng xử trí: Giải thích tại sao xử trí như thế, nguy cơ là gì. – Giải đáp thắc mắc của bệnh nhân.
5. CHUYỂN DẠ NGỪNG TIẾN TRIỂN	Chuyển dạ có sự tăng cơn co tử cung nhưng độ lọt của thai vẫn không tiến triển dẫn đến các dấu hiệu là chồng khớp sọ và bấu huyết thanh.
6. CHỈ ĐỊNH BẮM ỒI	– Chỉ bấm ối khi cổ tử cung mở hết. – Giảm áp lực buồng ối (đỡ ối). – Có cơn gò tử cung cường tính. – Tăng co trong chuyển dạ kéo dài. – Khi sinh thai thứ hai trong song thai (điều chỉnh ngôi thai thứ hai). – Trong rau tiền đạo bám bên hoặc bám mép (cầm máu). – Rau bong non (kích thích chuyển dạ).
7. BIẾN CHỨNG CỦA BẮM ỒI	– Sa dây rốn. – Sa chi. – Nhiễm trùng ối. – Chọc vào thai.
8. CHẢY MÁU 3 THÁNG ĐẦU THAI KÌ	– Dọa sảy thai / Sảy thai. – Chửa ngoài tử cung. – Chửa trứng. – Thai chết lưu.
9. CHẢY MÁU 3 THÁNG CUỐI THAI KÌ	– Dọa sinh non / Sinh non. – Rau tiền đạo. – Rau bong non. – Dọa vỡ tử cung / Vỡ tử cung.
10. CÁC LOẠI THUỐC TĂNG CO	– Oxytocin. – Ergometrin. – Carbetocin. – Prostaglandin.
11. CHỈ ĐỊNH CỦA THUỐC TĂNG CO	– Khởi phát chuyển dạ. – Tăng co chính cơn co. – Để phòng băng huyết sau sinh (đờ tử cung, ọc hút).

12. TÁC DỤNG PHỤ CẦN LƯU Ý MỘT SỐ THUỐC TĂNG CO	<ul style="list-style-type: none"> - Oxytocin tác dụng tiêm tĩnh mạch sau 1' và tiêm bắp sau 2' nhưng duy trì kém. - Carbetocin giá thành đắt. - Ergomitrin nguy cơ đau đầu, buồn nôn, tăng huyết áp. - Misoprostol dị ứng.
13. CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA THUỐC GIẢM CO	<ul style="list-style-type: none"> - Tuyệt đối: <ul style="list-style-type: none"> + Suy thai cấp. + Ngôi bất thường. + Bất thường kích thước khung chậu. + Rau tiền đạo trung tâm. + Mẹ có bệnh lý. - Tương đối: <ul style="list-style-type: none"> + Sẹo mổ cũ. + Đa thai / Đa ối. + Ngôi môn.
14. CÁC LOẠI THUỐC GIẢM CO	<ul style="list-style-type: none"> - Betamimetics (Salbutamol). - Chẹn kênh Canxi (Nifedipin). - MgSO₄. - Ức chế thụ thể Oxytocin (Atosiban – Tratocile). - Ức chế tổng hợp Prostaglandin (Indomethacin).
15. TÁC DỤNG PHỤ CẦN LƯU Ý MỘT SỐ THUỐC GIẢM CO	<ul style="list-style-type: none"> - Salbutamol làm tăng huyết áp. - Nifedipin làm giảm huyết áp. - MgSO₄ quá liều gây ức chế hô hấp, ngừng tim ở mẹ và ức chế hô hấp ở trẻ sơ sinh. - Tratocile giá thành đắt. - Indomethacin gây đau đầu, chóng mặt, đóng sớm ống động mạch ở thai, rối loạn tiêu hóa.
16. TIÊU CHUẨN CHO SẢN PHỤ RẶN ĐỂ	<ul style="list-style-type: none"> - Cổ tử cung mở hết. - Ngôi thai lọt thấp +2 / +3. - Ổi phải vỡ (nếu chưa vỡ phải bấm ối). - Cho sản phụ rặn lúc có cơn co.
17. ĐIỀU KIỆN SANH THƯỜNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO / VẾT ĐỂ MỔ CỬ (VĐMC)	<ul style="list-style-type: none"> - Ngôi chỏm. - Không đau VĐMC. - VĐMC không phải là VĐMC sớm. - Thai nhỏ hơn lần trước. - Sinh tại nơi có điều kiện phẫu thuật.
18. PHÂN ĐỘ ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG TĂNG SINH MÔN	<ul style="list-style-type: none"> - Độ 1: Chỉ có niêm mạc và mô liên kết bị rách. - Độ 2: Niêm mạc, mô liên kết và lớp cơ dưới bị rách. - Độ 3: Rách hoàn toàn cơ vòng hậu môn. - Độ 4: Rách niêm mạc trực tràng.
19. Ý NGHĨA CHỈ SỐ BISHOP	<ul style="list-style-type: none"> - Dự đoán khả năng sẵn sàng của chuyển dạ. - Đánh giá nguy cơ đẻ non tự phát.
20. 5 TIÊU CHUẨN ĐÁNH CHỈ SỐ BISHOP	<ul style="list-style-type: none"> - Độ mở cổ tử cung. - Độ xóa cổ tử cung. - Độ lọt của ngôi thai. - Mật độ cổ tử cung. - Tư thế cổ tử cung.

21. CHỈ SỐ APGAR	<ul style="list-style-type: none"> - Appearance: Màu da. - Pulse: Nhịp tim. - Grimace: Phản xạ kích thích. - Activity: Cử động. - Respiration: Nhịp thở.
22. CHỈ ĐỊNH CỦA NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHỖM	<ul style="list-style-type: none"> - Phải xác định là ngôi chỏm. - Nghi ngờ có bất tương xứng thai và khung chậu: + Khung chậu giới hạn, thai bình thường. + Khung chậu bình thường, thai to.
23. CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHỖM	<ul style="list-style-type: none"> - Khung chậu hẹp hoàn toàn. - Không phải ngôi chỏm. - Thai suy. - Rau tiền đạo. - Sa dây rau.
24. CHUYỂN DẠ	Quá trình sinh lý gây ra cơn co tử cung, làm xóa mờ cổ tử cung và đẩy thai, phần phụ của thai ra khỏi đường sinh dục của người mẹ.
25. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ	<ul style="list-style-type: none"> - Cơ học: + Tách màng ối. + Bấm ối. + Nong cổ tử cung. - Thuốc: + Oxytocin. + Prostaglandin.
26. XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3	<ul style="list-style-type: none"> - Tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin. - Cặp và cắt dây rốn. Kéo dây rau có kiểm soát. - Xoa đáy tử cung, kiểm tra rau và dây rốn.
27. TRÁM MICHEALIS	<ul style="list-style-type: none"> - Các đỉnh gồm: Đốt sống thắt lưng V, 2 gai chậu trước trên và đỉnh rãnh liên mông. - Đường kính ngang > 10cm, đường kính dọc > 11cm, đường kính ngang chia đường kính dọc thành phần trên 4cm và dưới 7cm.
28. KHÁM TIỂU KHUNG TRÊN LÂM SÀNG	<ul style="list-style-type: none"> - Eo trên: Đo đường kính nhô – hạ vế (để tính đường kính nhô – hậu vế). Đánh giá gờ vô danh. - Eo giữa: Đánh giá đường kính ngang bằng 2 gai hông nhô nhiều hay ít, đánh giá độ cong của xương cùng. - Eo dưới: Đo đường kính lưỡng ụ ngồi.
29. HỎI BỆNH ĐẾN KHÁM VÌ CHẬM KINH	<ul style="list-style-type: none"> - Hành chính (Tên, tuổi, địa chỉ). - Tiền sử kinh nguyệt, kinh nguyệt lần gần đây nhất. Có quan hệ tình dục trong thời gian 1 tháng trở lại đây, thử que thử thai. - Triệu chứng của nghén (nôn, buồn nôn, tiết nước bọt). Thai máy (>= 16 tuần). - Có dùng thuốc gì trong thời gian gần đây không (thuốc tránh thai). - Tiền sử sản khoa (PARA). - Bệnh lý nội, ngoại khoa và gia đình khác liên quan đến chậm kinh.
30. TƯ VẤN CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH	<ul style="list-style-type: none"> - Hành chính. - Quá trình mang thai. - Các biện pháp cần làm vào thời gian này. Giải thích nguy cơ, kết quả.

31. HỎI BỆNH RA MÁU 3 THÁNG ĐẦU THAI KÌ	<ul style="list-style-type: none"> - Hỏi giống chậm kinh có thai nhưng đổi ra máu lên trước là nguyên nhân chính, rồi hỏi để chứng minh có thai: + Chảy máu từ bao giờ? Tự nhiên hay có gì tác động? Chảy máu lượng bao nhiêu? Máu đỏ thẫm hay máu tươi? + Kèm theo triệu chứng gì đặc biệt không? + Có chậm kinh không?
32. HỎI BỆNH 3 THÁNG GIỮA THAI KÌ	<ul style="list-style-type: none"> - Hành chính. - Nếu chưa phát hiện có thai thì hỏi bệnh để phát hiện có thai. - Nếu đã phát hiện có thai hỏi về quá trình quản lý thai nghén. Trong có quá tình mang thai có gì bất thường (ra máu, thai nghén kéo dài, thai máy, cân nặng, chiều cao v.v). - Tư vấn về các nghiệm pháp, tiêm vaccine uốn ván, cúm.
33. HỎI BỆNH 3 THÁNG CUỐI THAI KÌ	<ul style="list-style-type: none"> - Hành chính. - Lý do vào viện (ra máu, ra nước, ra nhày hồng). - Khai thác triệu chứng vào viện và triệu chứng kèm theo. - Khai thác ngày đầu kì kinh cuối, quá trình mang thai lần này. - Khai thác tiền sử sản khoa. - Khai thác bệnh lý phụ khoa, nội – ngoại khoa và gia đình kèm theo.
34. VẤN ĐỀ THỜI KÌ HẬU SẢN	<ul style="list-style-type: none"> - Chảy máu sau sinh. - Chức năng tiểu tiện, rối loạn. - Cưng sữa => Tắc tia sữa => Áp xe vú. - Nhiễm trùng thời kì hậu sản: + Nhiễm trùng vết mổ, tăng sinh môn, âm hộ, âm đạo. + Viêm niêm mạc tử cung => Viêm tử cung toàn bộ Viêm dây chằng rộng / Viêm phần phụ Viêm phúc mạc sau đẻ => Viêm phúc mạc toàn bộ => Nhiễm khuẩn huyết.
35. HỎI BỆNH THỜI KÌ HẬU SẢN	<ul style="list-style-type: none"> - Hành chính. - Lý do vào viện. - Khai thác lý do vào viện và các triệu chứng kèm theo. - Khai thác quá trình sinh đẻ lần này. Quá trình mang thai (nếu cần). - Khai thác bệnh lý kèm theo.
36. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP GÂY CHẢY MÁU SAU SINH	<ul style="list-style-type: none"> + Đờ tử cung. + Sót rau. + Chấn thương đường sinh dục. + Rối loạn đông máu.
37. NGUY CƠ MỠ ĐỂ CHỦ ĐỘNG (KHÔNG CHỜ CHUYỂN DẠ)	Bế sản dịch là nguy cơ cao nhất do cổ tử cung chưa mở.
38. ĐIỀU KIỆN VỀ BIỂU ĐỘ CHUYỂN DẠ	<ul style="list-style-type: none"> - Chuyển dạ có khả năng sinh thường. - Chuyển dạ thực sự: + Pha tiềm tàng: ≥ 2 cơn co / 10', trên 20" + Pha tích cực: ≥ 1 cơn co / 10', trên 20"
39. XỬ TRÍ BẤT THƯỜNG TRONG GIAI ĐOẠN XÓA MỠ CỔ TỬ CUNG (CHUYỂN DẠ KÉO DÀI HAY NGỪNG TRỆ)	<p>Tùy thuộc vào nguyên nhân:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Do cơn co, không có bất xứng đầu – chậu: Tăng co. - Bất xứng đầu – chậu: Mổ lấy thai.
40. XỬ TRÍ BẤT THƯỜNG TRONG GIAI ĐOẠN SỔ THAI (CHUYỂN DẠ KÉO DÀI HAY NGỪNG TRỆ)	<p>Tùy thuộc nguyên nhân:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cơn co không đủ: Tăng co. - Sức rặn mẹ yếu: Hỗ trợ sinh bằng Forceps. - Bất xứng đầu chậu: Mổ lấy thai.

41. CÁC LOẠI THUỐC TRÁNH THAI	<ul style="list-style-type: none"> – Gồm Progestron, Estrogen và viên tổng hợp. – Cơ chế: Giảm khả năng phóng noãn, thay đổi độ nhầy tử cung làm tinh trùng khó hoạt động và niêm mạc tử cung kém phát triển trứng khó làm tổ. – Các dùng: <ul style="list-style-type: none"> + Vỉ 21 viên: Vỉ đầu tiên uống 1 viên mỗi ngày, tính từ ngày thứ 1 của chu kỳ kinh, uống liên tục cho hết 21 viên. Nếu vừa qua kỳ kinh nguyệt trong vòng 5 ngày, uống bắt đầu từ ngày thứ 5 cho đến khi hết vỉ thuốc. Vỉ kết tiếp sau khi hết vỉ đầu tiên, nghỉ uống 7 ngày, tiếp tục uống mỗi ngày 1 viên liên tục cho tới hết vỉ 21 viên. + Vỉ 28 viên: Cách sử dụng dạng thuốc này tương tự. Uống viên thứ nhất của vỉ vào ngày đầu tiên của chu kỳ kinh, tiếp tục mỗi ngày 1 viên cho tới hết vỉ. Uống tiếp tục sang vỉ sau mà không cần chờ ngày.
42. CƠ CHẾ CỦA DỤNG CỤ TRÁNH THAI	<ul style="list-style-type: none"> – Ngăn tinh trùng gặp trứng. – Làm tinh trùng khó di chuyển trong tử cung. – Ngăn trứng thụ tinh làm tổ.
43. 5 TAI BIẾN SẢN KHOA THƯỜNG GẶP	<ul style="list-style-type: none"> – Băng huyết sau sinh. – Tiền sản giật – sản giật – Nhiễm trùng hậu sản. – Vỡ tử cung. – Tắc mạch ối. – Uốn ván sơ sinh.
44. THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG BUỒNG TỬ CUNG (IUGR)	<p>Đây là tình trạng mà sự tăng trưởng của thai bị hạn chế, do đó em bé sẽ nhỏ hơn bình thường. Theo định nghĩa, một em bé mắc chứng IUGR sẽ có cân nặng nằm dưới đường 5% trên biểu đồ trọng lượng của lứa tuổi này.</p>
45. HỘI CHỨNG HELLP	<p>Được Weinstein mô tả lần đầu năm 1982</p> <ul style="list-style-type: none"> – H: Hemolysis (tan huyết) – EL: Elevated liver enzymes (tăng men gan) – LP: Low Platelets (giảm tiểu cầu) <p>Nguyên nhân quan trọng gây tử vong cho cả mẹ và bé trong sản khoa.</p>
46. LÝ DO ERGOMITRINE KHÔNG DÙNG TĂNG CO TRONG CHUYỂN DẠ	<p>Ergometrin maleat (ergonovin maleat) có tác dụng trên tử cung mạnh, đặc biệt trên tử cung sản phụ. Tác dụng chính là gây co tử cung mạnh, tác dụng co kéo dài, trái với oxytocin làm tử cung co nhịp nhàng và sinh lý hơn. Chống chỉ định dùng Ergometrin trong thời kỳ mang thai. Co cứng cơ dạng uốn ván có thể dẫn đến giảm lưu lượng máu ở tử cung và nguy hại cho thai.</p>
47. BAO LÂU SAU ĐỂ MỔ THÍCH HỢP CÓ THAI LẠI	<p>Ít nhất 1 năm sau thai phụ này mới nên có thai trở lại. 6 tháng đầu để vết mổ ngoài da và trong tử cung phục hồi. 6 tháng tiếp theo để tăng cường, bồi bổ sức khỏe vì mang thai là một quá trình tiêu tốn nhiều sức lực, dễ căng thẳng, mệt mỏi.</p>
48. MỤC ĐÍCH TẮM CHO BÉ	<ul style="list-style-type: none"> – Giúp trẻ thoải mái. – Kích thích tuần hoàn. – Giảm nguy cơ nhiễm trùng da cho trẻ.
49. BƯỚU HUYẾT THANH	<p>Do dịch thanh huyết dồn xuống vị trí thấp nhất của ngôi thai nơi có áp lực thấp nhất. Bướu huyết thanh chỉ thành lập khi ối đã vỡ. Mỗi ngôi thường có vị trí riêng của bướu thanh huyết.</p>
50. SAU KHI THỤ THAI BAO LÂU THÌ THỬ THAI DƯƠNG TÍNH	<p>Cơ sở nội tiết để chẩn đoán có thai là sự hiện diện của hCG (human chorionic gonadotropin). Có 2 chuỗi alpha và beta. Chuỗi beta đặc hiệu cho hCG. Mức hCG trong thai kỳ đo hợp bào nuôi tiết ra từ rất sớm, ngay khi trứng làm tổ. Vì vậy hCG trong huyết thanh và trong nước tiểu tăng nhanh. Với các xét nghiệm có độ nhạy cao có thể phát hiện hCG vào ngày 8 – 9 rụng trứng. Ngoài ra hCG có công thức giống LH và FSH nên có thể dương tính giả.</p>

51. ĐIỀU KIỆN CHO CON BÚ VÔ KINH	<ul style="list-style-type: none"> – Chưa có kinh trở lại sau sinh (chảy máu trong 2 tháng đầu sau sinh không gọi là kinh nguyệt). – Trẻ được cho bú sữa mẹ hoàn toàn (không dùng thêm bất kỳ chất lỏng hay thức ăn nào khác, trừ vaccine, vitamin, thuốc). Cho bú theo yêu cầu, cả ngày lẫn đêm, cho bú ngay cả khi mẹ và bé bị ốm. – Trẻ dưới 6 tháng tuổi.
52. TẮC MẠCH ỒI	<p>Đây là một cấp cứu sản khoa hiếm gặp do dịch nước ối, những tế bào thai nhi, tóc hoặc các mảnh tổ chức thai khác lọt vào hệ tuần hoàn máu mẹ thông qua nhau gây ra một phản ứng dị ứng. Phản ứng dị ứng này gây ra suy hô hấp và tuần hoàn cấp tính cho mẹ.</p>
53. TỬ CUNG COUVELAIRE	<p>Máu từ khối máu tụ trong nhau bong non sẽ thẩm lậu vào thành cơ tử cung. Tẩm nhuận máu lan rộng trong lớp cơ và bên dưới thanh mạc. Trường hợp nặng, sự thẩm nhuận này có thể lan tới thanh mạc của vòi trứng, dây chằng rộng, buồng trứng. Tuy nhiên tử cung Couvelaire không là một chỉ định cắt bỏ tử cung.</p>
54. NGOẠI XOAY THAI – NỘI XOAY THAI	<ul style="list-style-type: none"> – Ngoại xoay thai thực hiện sau tuần thứ 36 của thai kỳ để biến ngôi mông thành ngôi thuận. – Nội xoay thai là xoay thai trong buồng tử cung, tiến hành khi đẻ và thường làm khi đẻ thai thứ 2 của cuộc chuyển dạ song thai. Mục đích là chuyển ngôi vai thành ngôi mông.
55. CÁC VẤN ĐỀ CẦN QUAN TÂM THỜI KÌ HẬU SẢN	<ul style="list-style-type: none"> – Sự thu hồi tử cung. – Sự tiết sản dịch. – Sự lên sữa và tiết sữa. – Những thay đổi tổng quát khác.