Thai 36w ối trắng trong; > 36w: trắng đục

Sau 28-30 tuần thì thai mới xoay cái đầu xuống; cảm nhận đầu thai nếu cứng thì đủ tháng, nếu mềm thì non tháng

YTNC K NMTC: lớn tuổi, THA, ĐTĐ, ko proges (hiếm muộn, chu kỳ kinh ko đều)

Nguyên nhân ngôi bất thường: đa ối, ối vỡ non+độ lọt cao

Xóa CTC: dày 0.5 cm là 50%. Mỏng thiệt mỏng là 80%. Vô chuyển dạ là 1 cm. Bt là 2 cm

Bệnh sử thai quá ngày, phải thêm đoạn: lần khám gần đây nhất có đo NST ko, siêu âm ối ko, dặn bao lâu tái khám (3 ngày)

BN ko nhớ kinh chót chỉ nhớ dự sanh thì phải hỏi dự sanh lúc nào, trong hoàn cảnh nào

Nguyên nhân XH ÂD: cách nhớ 3 ý chính

* + 2 bệnh lúc nào cũng phải nhớ:
* UXTC biến chứng rong kinh: u dưới niêm hay u rất to gây biến dạng lòng
* Adeno: thống kinh, tử cung 8-10w thôi, ra huyết do điều trị nội tiết, điều trị progestatiz 🡪 danazol 🡪 GnRHa
  + Theo tuổi: tăng sinh nội mạc và K 🡪 Tiền mãn kinh 🡪 Viêm teo nội mạc tử cung và viêm nhiễm
  + Thuốc ngừa thai dùng ko đúng

Nghiệm pháp thử thách sanh ngã âm đạo sau mổ lấy thai: làm giống như nghiệm pháp lọt, nhưng ko dùng oxytocin; cũng theo dõi 2h nếu CTC và ngôi thai ko tiến triển là thất bại

Vết mổ cũ mới: tới 38w đi mổ đi; chứ chờ tới 39w sợ nứt vết mổ

Ngôi mông: ko khám độ lọt

Ra huyết âm đạo trong hội chứng hoàng thể tồn lưu: kiểu ra huyết ít ít, do lượng progesteron ít ít kéo dài

Hỏi bệnh để biết có BHSS lần trước ko: có truyền máu ko, thò tay vào buồng tử cung lấy gì ra ko

## Thai trứng

* Nếu men gan tăng do thuốc và men gan chỉ #100, có thể thay thế bằng Actinomycin D
* Cắt tử cung ko ngăn ngừa tân sinh NB nuôi, nên vẫn phải theo dõi tiếp
* Protein P57: chỉ có được mã hóa bởi bộ gen của mẹ; nên dương tính trong thai trứng bán phần, âm trong thai trứng toàn phần
* Không khuyến cáo xài IUD do
  + Dễ thủng tử cung do tử cung mềm trong thai trứng, nhất là thai trứng xâm lấn
  + Nếu muốn xài lắm thì cũng phải đợi b-hCG âm tính đã

## TSG

Sản phụ vô sanh đo HA cao: cần nằm nghỉ 30’ rồi đo lại. Trong chuyển dạ, thai phụ bị stress làm tăng nguy cơ co giật; do đó nếu HA > 13/8 trong chuyển dạ thì cho MgSO4???

TSG phải làm NST tại phòng cấp cứu 🡪 hỏi xin CLS

Phát hiện ra TSG rồi BS dặn BN làm gì, BN có làm theo ko

HA tăng: CCĐ tương đổi của oxytocin; nếu điều chỉnh HA được thì xài bình thường

## Tăng co

* Nguy cơ oxytocin: giục sanh thất bại phải MLT
* Tia ối: thường CTC 4cm mới tia. Cas này sau khi tăng co, gò đủ rồi thì bấm ối, bất chấp CTC bao nhiêu
  + Cần thứ gì nong CTC hiệu quả hơn đầu ối
  + Đã quyết định tăng co rồi, thì đã quyết định giải quyết dứt điểm, nên nếu ko đẻ được thì đi mổ, ko sợ ối vỡ kéo dài (thường tăng co 8-10h thôi)
* Kết quả giục sanh:
  + Tiến triển tốt
  + Tiển triển chậm
  + Ko tiến triển hay thất bại: 6h rồi mà ko tiến triển (tính từ lúc cơn gò tốt, thường là 1h) hay 8h rồi mà chưa vượt qua tiềm thời thì đi mổ

## Foley

* Foley cò 2 vị trí đặt là kênh và cổ trong
* Đặt Foley khởi phát chuyển dạ:
  + Sát trùng âm hộ âm đạo
  + Đặt mỏ vịt
  + Sát trùng cổ tử cung
  + Dùng Pozzi kẹp CTC ở vị trí nào để kéo thẳng trục được (12h hoặc 6h)
  + Đặt sonde foley qua kênh CTC, bơm 60-80 ml nước muối sinh lý
    - Đặt để bóc tách màng ối, gây tiết Progtas làm chín mùi CTC
  + Để đó, khi nào rớt sonde foley thì khám lại
    - Nếu khởi phát chuyển dạ rồi thì chuyển phòng sanh
    - Nếu chưa thì 24h sau đặt lại
    - Tối đa 3 lần, nếu ko được thì kết luận khởi phát chuyển dạ thất bại
* Nguy cơ nhau bong non, ối vỡ non, nhiễm trùng ối, sa dây rốn, cơn gò cường tính
* Bất lợi lớn nhất của foley là khả năng làm chín mùi CTC của foley (mềm, xóa) không tốt; chỉ nong CTC là tốt thôi. Như vậy có thể làm CTC mở ra, rồi đứng đó luôn.
* Foley: CTC đóng mới đặt đc. Có 2 vị trí đăt. Đặt ở kênh CTC thì bơm 30ml nước. Đặt QUA kênh CTC thì 60ml. Đánh giá lại sau 12h, nếu TC mở 2cm thì chuyển phòng sanh; tử cung co yếu thì phòng sanh cho oxytocin. Ko mở thì 24h sau đặt lại

## Bấm ối khởi phát

Lợi điểm:

* tạo protaslandin;
* làm đầu thai nhi áp vào CTC, nong CTC tốt hơn;
* thấy được màu sắc nước ối: trắng đục chứng tỏ hiện tại thai đang khỏe; nếu vàng thì em bé có từng đợt bị thiếu oxy, đi phân xu; nếu màu xanh sậm sệt thì em bé đang bị thiếu oxy. Cas này quan sát màu sắc là quan trọng; còn mùi thì khi nào ối vỡ lâu, nghi nhiễm trùng mới thực sự quan trọng

## U buồng trứng

* Khi khám chỉ ghi khối bên P cạnh tử cung, nghĩ phần phụ
* Biện luận u BT gây đau
  + VRT: khám điểm mcburney. SA bụng, CRP
  + Viêm phần phụ: hỏi tiền căn khí hư
  + U buồng trứng xoắn: đau liên tục dữ dội, ko tư thế giảm đau, khám bụng đề kháng, khám trong đau dữ dội khi ấn vào khối phần phụ, sờ dấu cộng dây thừng. BC,CRP tăng  
    Siêu âm doppler bình thường ko thể loại trừ u BT xoắn do bán xoắn doppler có thể ko thấy
  + U buồng trứng XH, U buồng trứng nhiễm trùng, u BT phát triển nhanh quá hoại tử thiếu máu

## IUGR:

* 2 điều kiện
  + Trọng lượng thai < 10 percentile. Nếu chỉ có cái này thôi thì chỉ là SGA
  + Bất thường mạch máu nuôi thai: doppler bất thường
* Yếu tố nguy cơ
  + Mẹ: suy dinh dưỡng, thiếu máu, bệnh tim-phổi, TSG
  + Con: di truyền, đa thai, dấy rốn quấn cổ
* Phân loại
  + Đối xứng: bị sớm, nặng
  + Bất đối xứng: bị trễ, đầu to-bụng nhỏ, hay gặp trong TSG

## Dị tật

* Các thuốc trong thai kỳ
  + Nhóm A: khuyến cáo xài trong thai kỳ
  + Nhóm B: dùng phải thận trọng
  + Nhóm C: có gây dị tật cho động vật
  + Nhóm D: có gây dị tật cho người
* Thuốc kháng đông: có khả năng gây dị tật thai (nhóm D)
* Chích Vaccin rubella: ngừa thai ít nhất 1 tháng, tốt nhất là 6 tháng. Tuy nhiên nghiên cứu không ghi nhận vaccin này gây dị tật cho thai.
* vaccin HPV là nhóm X (chưa có bằng chứng kết luận gì) 🡪 CDC khuyến cáo phụ nữ đến chích HPV thì ko cần xét nghiệm có thai, chích luôn; nếu chích rồi mà có thai, thì ngưng chích các mũi tiếp. Đẻ xong chích lại từ đầu 3 mũi

Tiêm vaccin HPV xong bao nhiêu lâu nhắc lại: tiêm xong an toàn trong 30 năm, còn có nhắc lại không thì chưa có bằng chứng rõ ràng

* Vaccin HBV: chích 1 mũi rồi có thai thì ko chích được nữa; người ta sẽ đo nồng độ kháng thể trong máu, nếu đủ thì khỏi chích tiếp; khi mang thai xong thì cũng đo lại kháng thể, nếu còn cao thì ok.

## Kiểm tra CTC

* Giảm đau: Nếu BN giảm đau ngoài màng cứng rồi thì thôi, ko thì phải giảm đau:
  + Dolargan (Dolcontral): 50mg pha loãng tiêm mạch chậm (tiêm nhanh sợ suy hô hấp; không dùng giảm đau khi đẻ vì sợ ức chế hô hấp em bé)
  + Atropin: sợ sốc valgan do can thiệp lên tạng: 0.25mg tiêm dưới da
* Tiến hành
  + Người phụ giữ 2 van ở phía trước và phía sau
  + Người làm chính dùng kẹp hình tim (có 2 loại là có răng (kẹp chắc hơn) và ko có răng (nên xài cái này)): kẹp thứ 1 kẹp ở mép trước CTC ở vị trí 12h; kẹp thứ 2 kẹp cách kẹp 1 2-3 cm rồi quan sát giữa 2 kẹp; kẹp số 3 kẹp kế số 2 2-3 cm rồi lại quan sát giữa 2 kẹp số 2 và 3. Sau đó tháo kẹp số 2 ra rồi kẹp tiếp tục cách kẹp số 3 2-3cm, cho tới khi kiểm hết cổ tử cung

## Hướng dẫn ngừa thai sau sanh

* Sau sanh 25 ngày nếu ko cho con bú thì hạ đồi đã có thể hoạt động lại rồi, có thể rụng trứng, có con lại
* thời gian bắt đầu ngừa thai
  + có cho bú: 28d (4 tuần)
  + ko cho bú: 21d (3 tuần)
* chọn phương pháp
  + implanon: sau 4w
  + mirena: 6w: sau 6w cơ quan sinh dục trở về mới bình thường, đặt sớm tử cung mềm, sợ thủng tử cung
  + DMPA: sau 4w: ko dùng sớm vì sợ thuyên tắc mạch