

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ
KHOA Y
BỘ MÔN SẢN



NỘI DUNG ÔN TẬP TUYỂN SINH NĂM 2024
CHUYÊN KHOA CẤP I
CHUYÊN NGÀNH SẢN PHỤ KHOA

Cần Thơ, năm 2024

Nội dung 3. Tiền mãn kinh- mãn kinh: lâm sàng, chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt

1. Đại cương

Tiền mãn kinh - mãn kinh là hiện tượng sinh lý bình thường của người phụ nữ xảy ra khi nồng độ estrogen giảm. Tuổi mãn kinh bao gồm thời kỳ trước, trong và thời kỳ sau mãn kinh.

Tuổi mãn kinh trung bình từ 48-52 tuổi. Nếu mãn kinh trước 40 tuổi gọi là mãn kinh sớm và nếu sau 55 tuổi gọi là mãn kinh muộn.

Mãn kinh được chẩn đoán chủ yếu dựa trên lâm sàng, khi một phụ nữ từ trước vẫn có kinh đều mỗi tháng lại tự nhiên ngừng, không có kinh trong 12 chu kỳ liên tiếp.

Khi một phụ nữ còn trẻ (dưới 40 tuổi mà vô kinh liên tiếp 12 tháng) hoặc một phụ nữ đã bị cắt tử cung mà có một số các triệu chứng cơ năng của mãn kinh, muốn chẩn đoán là mãn kinh cần làm các xét nghiệm định lượng nội tiết buồng trứng và tuyến yên.

Mãn kinh thường là tự nhiên, nhưng cũng có thể do phẫu thuật cắt bỏ hai buồng trứng vì bệnh lý, do xạ trị. Đối với phụ nữ có thói quen hút thuốc lá, giai đoạn mãn kinh sẽ đến sớm hơn trung bình 1 năm so với những người không hút thuốc.

Mãn kinh có thể gây ra một số triệu chứng cơ năng làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ. Mãn kinh, đặc biệt là mãn kinh sớm có thể làm tăng nguy cơ các bệnh lý về tim mạch, loãng xương, tình trạng sa sút trí tuệ...

2. Tiền mãn kinh

Là giai đoạn kéo dài khoảng 2 đến 5 năm trước khi kinh nguyệt dừng hẳn.

Có khoảng 1/3 phụ nữ tiền mãn kinh không có triệu chứng, 1/3 có triệu chứng nhẹ và 1/3 có triệu chứng nặng cần phải điều trị.

2.1. Lâm sàng và chẩn đoán

- Rối loạn kinh nguyệt dưới dạng chu kỳ kinh ngắn lại hay thưa ra, rong kinh, rong huyết, cường kinh.

- Xuất hiện hội chứng tiền kinh: tăng cân, lo âu, căng thẳng, đau vú... do tăng tính thấm thành mạch.

- Tăng phân bào ở mô vú và ở nội mạc tử cung gây nguy cơ làm tăng sinh nội mạc tử cung.

- Xét nghiệm nội tiết không có ý nghĩa vì thời kỳ này nội tiết đã trong tình trạng không ổn định.

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Cần chẩn đoán phân biệt với nguyên nhân thực thể gây rối loạn kinh nguyệt, đặc biệt là các bệnh lý ung thư phụ khoa.

- Thiếu năng tuyến giáp: cần xét nghiệm TSH, FT4, FSH và estradiol.

- Lao nội mạc tử cung: gây vô kinh thứ phát, cần hỏi kỹ tiền sử bệnh về kinh nguyệt, tiền sử bệnh lao, siêu âm nội mạc tử cung để đánh giá độ dày nội mạc tử cung, chụp X quang buồng tử cung - vòi tử cung có cản quang để đánh giá tổn thương của vòi tử cung cũng như độ đàn hồi của vòi tử cung.

Nội dung 6. Nhân xơ tử cung: lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán phân biệt

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

U xơ tử cung thường không gây triệu chứng. Triệu chứng lâm sàng tùy thuộc vào số lượng, vị trí và kích thước của nhân xơ.

Các triệu chứng này không phải là triệu chứng đặc hiệu

- Triệu chứng thiếu máu: xanh xao, mệt mỏi, niêm nhạt.
- Rong huyết, rong kinh, cường kinh.
- Đau bụng vùng hạ vị. Đau thường xảy ra trong suốt chu kỳ kinh.
- Tiểu nhiều lần, tiểu khó, đôi khi có thể bí tiểu. Do u xơ chèn lên bàng quang.
- Táo bón hoặc đau khi đại tiện. Do u xơ chèn lên trực tràng.
- Một số trường hợp khối u to sẽ chèn ép vùng chậu gây phù và tăng nguy cơ bị huyết khối.

- Giao hợp đau: thường gặp ở những nhân xơ nằm mặt sau tử cung.

Xoắn và thoái hoá u xơ: bệnh nhân có thể đau cấp tính do u xơ thoái hoá hoặc bị xoắn khối u xơ có cuống. Đau kèm sốt nhẹ, tăng bạch cầu, đau tử cung khi chạm, và có thể có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc. Các triệu chứng này có thể tự giới hạn và đáp ứng với thuốc giảm đau non steroide. Nếu đau không đáp ứng và trở thành chỉ định phẫu thuật thì cần loại trừ những bệnh lý lạc nội mạc tử cung, sỏi tiết niệu hoặc bệnh lý ngoại khoa khác.

1.2. Thực thể

Khám bụng: nhân xơ tử cung không quá to thì có thể sờ thấy khối u vùng hạ vị, mật độ cứng di động dễ

Khám âm đạo:

- Khám bằng mỏ vịt: phát hiện nhân xơ ở cổ tử cung hoặc nhân xơ dưới niêm có cuống.

- Khám bằng tay: khám có thể cho thấy một khối u cứng, bề mặt lồi lõm, di động theo tử cung, không đau.

2. Cận lâm sàng

2.1. Thử công thức máu

Có thể thấy thiếu máu.

2.2. Siêu âm tử cung - phần phụ (đầu dò bụng hoặc đầu dò âm đạo)

- Xác định vị trí, số lượng, kích thước của nhân xơ.
- Chẩn đoán phân biệt với các khối u vùng chậu: khối u buồng trứng.
- Theo dõi sự tiến triển của u xơ tử cung.

- Siêu âm màu nếu nghi ngờ ác tính.

2.3. Siêu âm có bơm nước vào lòng tử cung

Chẩn đoán những khối u xơ dưới niêm mạc. giúp chẩn đoán u xơ dưới niêm hoặc những sang thương trong lòng tử cung mà khó chẩn đoán bằng siêu âm ngả âm đạo thường qui.

2.4. Nội soi buồng tử cung

Là phương tiện vừa chẩn đoán vừa điều trị nhân xơ dưới niêm.

3. Chẩn đoán phân biệt khối u vùng chậu

U xơ tử cung cần chẩn đoán phân biệt với 1 số khối u ở vùng chậu như: khối u buồng trứng, khối u mạc treo, khối u ở ruột, khi tử cung to cần phải chẩn đoán phân biệt với tình trạng có thai..., tuy nhiên không phải lúc nào cũng có chẩn đoán phân biệt rõ ràng sau khi khám lâm sàng. U xơ tử cung thường có đặc điểm sau:

- Khi khám âm đạo, tay trong lách cổ tử cung thì tay trên thành bụng cảm nhận khối u di động theo, hoặc ngược lại khi tay trên thành bụng di chuyển khối u thì tay trong âm đạo cảm nhận cổ tử cung di động theo.
- U xơ tử cung di động rất hạn chế. Khối u mạc treo hoặc buồng trứng di động dễ dàng.
- Mật độ tử cung chắc. Khối u buồng trứng hoặc khối u mạc treo thường mật độ căng.

Nội dung 47. Ối vỡ sớm: Nguy cơ và xử trí

1. Các nguy cơ cho con

Ối vỡ sớm, ối vỡ non là nguyên nhân của 30% các trường hợp sinh non, là yếu tố có ý nghĩa nhất làm tăng bệnh suất và tử suất trẻ sơ sinh.

Mặc dù tần suất viêm màng ối là 30%, tần suất nhiễm trùng sơ sinh chỉ 2 - 4%. Tuổi thai tại thời điểm ối vỡ sẽ ảnh hưởng đến tần suất nhiễm trùng sơ sinh (tuổi thai càng nhỏ nguy cơ nhiễm trùng càng lớn). Giai đoạn tiềm thời càng dài nguy cơ nhiễm khuẩn càng tăng. Ngoài ra, nếu ối vỡ khi ngôi thai chưa lọt có thể kèm theo biến chứng sa dây rốn. Các trường hợp ối vỡ hoàn toàn, thời gian ối vỡ dài, nước ối còn ít thì sự bình chỉnh của ngôi thai có thể bị trở ngại.

2. Các nguy cơ cho mẹ

Ối vỡ sớm mang lại nhiều nguy cơ cho con như đã nêu trên, bên cạnh đó, nó cũng có những ảnh hưởng không tốt đến tình trạng mẹ trong chuyển dạ và trong thời kỳ hậu sản. Các nguy cơ cho mẹ đã được ghi nhận là tăng nguy cơ nhiễm trùng, từ nhiễm trùng ối đến nhiễm trùng hậu sản nhiều mức độ mà nặng nhất là viêm phúc mạc hay nhiễm khuẩn huyết; tăng nguy cơ mổ lấy thai, tăng thời gian nằm viện và nguy cơ sử dụng kháng sinh liều cao, kéo dài. Cunningham F.G. ghi nhận ối vỡ sớm đóng góp hơn 50% các nguyên nhân mổ lấy thai.

3. Xử trí

Đối với những thai kỳ đã đủ ngày hoặc gần đủ ngày, sau khi ối vỡ, nếu chưa vào chuyển dạ và chưa có dấu hiệu nhiễm trùng ối có thể theo dõi một khoảng thời gian 6-12 giờ để xem có chuyển dạ tự nhiên hay không. Nếu sau khoảng thời gian này mà chuyển dạ vẫn chưa tự khởi phát, cần phải chấm dứt thai kỳ để tránh nguy cơ nhiễm trùng ối. Khởi phát chuyển dạ bằng truyền nhỏ giọt tĩnh mạch dung dịch oxytocin nếu không có chống chỉ định.

Đối với thai kỳ non tháng hoặc trọng lượng thai <2000 gram, tỉ lệ tử vong cho sơ sinh rất cao do non tháng nên khuyến hướng là cố gắng dưỡng thai, kéo dài thêm thai kỳ. Nếu không có nhiễm trùng, nước ối ra ít hoặc ngưng thì hy vọng thai kỳ sẽ tiếp tục phát triển mà không có nguy hiểm gì. Ngược lại, nếu có dấu hiệu nhiễm trùng ối (sốt, bạch cầu tăng, nước ối đổi màu, có mùi hôi...) hoặc nước ối tiếp tục ra nhiều cũng bắt buộc phải chấm dứt thai kỳ. Xem xét sử dụng corticoid kích thích trưởng thành phổi nếu tuổi thai <34 tuần.

Trường hợp sản phụ đã bị nhiễm khuẩn ối:

- Nếu thai còn sống: Forceps lấy thai ra khi có đủ điều kiện của thủ thuật. Nếu không đủ điều kiện để Forceps thì phải chỉ định mổ lấy thai và tiếp đó nên cắt tử cung

bán phần để tránh viêm phúc mạc sau mổ. Hậu phẫu phải điều trị kháng sinh liều cao và phối hợp, chú ý phát hiện sớm viêm phúc mạc và nhiễm khuẩn huyết.

- Bảo tồn tử cung chỉ đặt ra với phẫu thuật viên có kinh nghiệm, nơi có đủ thuốc men, theo dõi tốt, với bà mẹ còn trẻ, chưa có con và nhiễm khuẩn ối chưa quá nặng.

Nội dung 48. Sinh non: Triệu chứng và chẩn đoán

1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng: thai phụ đau bụng từng cơn, các cơn đau tăng dần.
- Ra dịch âm đạo: có thể là dịch nhầy âm đạo, ra máu hoặc nước ối.

2. Triệu chứng thực thể

- Cơn co tử cung: có 2 - 3 cơn co tử cung trong 10 phút, tăng dần.
- Cổ tử cung xoá trên 80%, hoặc mở trên 2 cm, đầu ối bắt đầu thành lập hoặc ối vỡ sớm.
- Theo dõi cơn co bằng monitoring, nếu có 2 - 3 cơn co đều đặn trong 10 phút.
- Chỉ số dọa sinh non lớn hơn 6

3. Cận lâm sàng

- Monitoring sản khoa theo dõi cơn co tử cung, tim thai
- Siêu âm: đo chiều dài kênh cổ tử cung qua đường âm đạo < 2,5cm
- Fetal fibronectin (fFN) trong dịch tiết âm đạo > 50 ng/ml: fFN là protein ngoại bào giúp gắn kết màng thai với màng ối, dương tính khi có cơn co tử cung hoặc viêm nhiễm. fFN (-) có thể kết luận được thai kỳ đó sẽ không sinh ra trong vòng 7 ngày kế tiếp.

4. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Có 4 cơn co tử cung trong 20 phút hay 8 cơn ho trong 60 phút.
- Cổ tử cung (CTC) mở bằng hoặc trên 2cm hoặc xoá ít nhất 80%.
- Có sự thay đổi ở cổ tử cung được nhận định bởi một người khám trong nhiều lần khám liên tiếp.
- Vỡ ối.

Ngoài ra còn có một số dấu hiệu và triệu chứng giúp chẩn đoán sớm chuyển dạ sinh non như ra nhớt hồng hoặc dịch nhầy CTC, đau thắt lưng, trĩ nặng bụng, chuột rút, đau quặn ruột có thể kèm tiêu chảy.

Nội dung 49. Tiền sản giật: Chẩn đoán

1. Tiền sản giật: Để chẩn đoán TSG gồm các tiêu chuẩn sau

+ Tăng huyết áp: HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg, đo 2 lần cách ít nhất 4 giờ, xuất hiện sau 20 tuần thai kỳ ở trường hợp có HA trước đó bình thường.

+ Và xuất hiện protein niệu: ≥ 300 mg/24 giờ, hoặc; tỷ lệ protein/creatinin niệu $\geq 0,3$ mg/dl ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên, hoặc ≥ 2 (+) với que thử nước tiểu (nếu không thể xét nghiệm định lượng).

Trong trường hợp protein niệu (-), xuất hiện các triệu chứng sau:

Giảm tiểu cầu dưới $100.000 \times 10^9/L$;

Giảm chức năng thận: nồng độ creatinin huyết thanh $> 1,1$ mg/dl hoặc nồng độ creatinin tăng gấp đôi sau khi loại trừ các bệnh lý thận khác;

Giảm chức năng gan: men gan tăng gấp 2 lần giới hạn bình thường;

Phù phổi;

Xuất hiện triệu chứng thần kinh, thị giác (đau đầu không đáp ứng với thuốc giảm đau sau khi loại trừ các bệnh lý khác, nhìn mờ, loá sáng, ám điểm).

- Tiền sản giật nặng khi có một trong các dấu hiệu sau:

+ HATT ≥ 160 mmHg hoặc HATTr ≥ 110 mmHg được đo hai lần cách nhau ít nhất 4 giờ sau khi nghỉ ngơi mà không sử dụng các thuốc hạ áp trước đó.

+ Tiểu cầu $< 100.000 \times 10^9/L$.

+ Creatinin huyết thanh $> 1,1$ mg/dl.

+ Protein niệu ≥ 50 mg/24 giờ.

+ Tăng men gan gấp 2 lần giá trị bình thường.

+ Phù phổi, nhìn mờ, đau thượng vị.

+ Đau đầu không đáp ứng với thuốc giảm đau.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- THA mạn tính trước khi có thai.

- Viêm thận cấp, viêm thận mạn, viêm mủ bể thận.

- Phù do tim: phát hiện các tổn thương ở van tim, phù do tim là phù mềm, ấn lõm, bệnh nhân nghỉ ngơi thì giảm hoặc hết phù.

- Phù do suy dinh dưỡng: phù toàn thân, nghỉ ngơi không hết, protein huyết thanh toàn phần giảm, phù có liên quan tới một tình trạng bệnh lý kéo dài, chế độ ăn thiếu calo.

Nội dung 51. Tiền sản giật – sản giật: điều trị sản khoa

Chấm dứt thai kỳ là điều trị triệt để nhất của TSG và sản giật. lấy thai ra thì tuần hoàn nhau thai ngừng hoạt động sức căng của tử cung giảm xuống đáng kể hoặc không còn nữa các rối loạn huyết động cũng dừng lại. tình trạng mẹ được cải thiện, biến chứng mất dần, sức khỏe mẹ sẽ trở lại bình thường.

1. Chỉ định chấm dứt thai kỳ

Khi TSG nặng hoặc sản giật đã ổn định sau 24 giờ

Khi điều trị nội không đáp ứng, HA vẫn dao động trong TSG nặng, hoặc người bệnh vẫn co giật khi đã dùng đủ thuốc chống co giật và hạ áp. Sau 1 tuần điều trị không cải thiện, hoặc 1 – 2 ngày sau nhập viện khi bị TSG nặng hoặc lên cơn co giật liên tiếp, can thiệp không hiệu quả

2. Phương pháp chấm dứt thai kỳ

Khởi phát chuyển dạ: nếu cổ tử cung thuận lợi gây chuyển dạ bằng Oxytocin và theo dõi sát bằng monitoring, giúp sinh bằng Forceps khi đủ điều kiện.

Nếu cổ tử cung không thuận lợi: mổ lấy thai.

Nếu chỉ số Bishop 5: Gây chuyển dạ đường âm đạo: Bằng cách tách màng ối, truyền tĩnh mạch oxytocin, bấm ối khi tử cung có cơn co tốt và cổ tử cung bắt đầu có thay đổi.

Gây chuyển dạ bằng phương pháp đặt túi nước: áp dụng cho trường hợp thai nhi rất kém phát triển (khoảng 1kg), thai có nguy cơ tử vong cao sau đình chỉ thai nghén. Thai phụ tránh được vết mổ, thời gian nằm viện cũng không lâu.

Gây chuyển dạ bằng sử dụng prostaglandin (cytotec): hết sức cẩn thận khi gây chuyển dạ cho thai phụ bị TSG.

Tóm lại: khi TSG nhẹ sẽ theo dõi cho sản phụ sinh đường âm bằng forceps, nếu chuyển dạ kéo dài, sản phụ mệt mỏi cần cân nhắc để đưa ra chỉ định mổ lấy thai.

3. Mổ lấy thai: chỉ định mổ lấy thai:

TSG nặng có biến chứng suy thận, suy gan, suy tim, đe dọa phù phổi cấp.

Sản giật nặng, cơn sản giật liên tục cắt cơn không kết quả. Chỉ định mổ thai để cứu mẹ. mổ ngoài cơn giật.

TSG có acid uric 400 μ mol/l phải kết hợp với THA độ 1 trở lên.

Ngôi thai bất thường.

Chỉ định mổ lấy thai nguyên nhân từ phía thai.

Thai có thể sống sau khi lấy ra khỏi tử cung, chỉ định để cứu thai. Chỉ định khi thai không khỏe, các xét nghiệm bằng monitoring phát hiện DIP biến đổi, DIP II, nhịp tim thai phẳng... Doppler động mạch rốn, siêu âm phát hiện thai kém phát triển.

4. Vấn đề vô cảm trong TSG

Gây mê toàn thân hoặc ngoài màng cứng nếu không có rối loạn đông máu hoặc suy thai. Khuyến cáo gây mê nội khí quản, chống chỉ định gây mê tùy sống vì có thể tụt huyết áp khó xử trí

Nội dung 60. Chăm sóc trước khi mang thai: đại cương, 3 mục tiêu chính

1. Đại cương

- Chăm sóc trước khi mang thai (preconception care) là một thuật ngữ rộng dùng để chỉ quá trình xác định các rủi ro từ xã hội, hành vi, môi trường và y học đối với khả năng sinh sản và kết quả mang thai của phụ nữ với mục tiêu giảm thiểu những rủi ro này thông qua giáo dục, tư vấn và can thiệp thích hợp. Điều quan trọng cần nhận ra là hầu hết phụ nữ không đặt lịch khám Chăm sóc trước khi mang thai. Chăm sóc trước khi mang thai phải là một phần thiết yếu của chăm sóc ban đầu và chăm sóc dự phòng cho tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản đến khám sức khỏe định kỳ.

- Can thiệp trước khi mang thai (VD: bổ sung acid folic, tránh uống rượu và một số loại thuốc) quan trọng hơn can thiệp trước khi sinh để ngăn ngừa dị tật bẩm sinh vì có tới 30% phụ nữ mang thai bắt đầu chăm sóc trước sinh truyền thống trong ba tháng giữa thai kỳ (> 13 tuần tuổi thai), sau giai đoạn tai nhi hình thành ấu trúc trong cơ thể (từ 3 đến 10 tuần tuổi thai).

- Một số biện pháp can thiệp có thể mất hàng tháng để đạt được hiệu quả (VD: giảm cân trước khi mang thai). Có những người phụ nữ cần thời gian khoảng 6 tháng giảm cân để đạt BMI phù hợp với tiêu chuẩn mang thai.

- Sức khỏe trong thời gian mang thai phụ thuộc rất nhiều vào giai đoạn chuẩn bị trước đó. Người phụ nữ nên được khám và tư vấn trước khi quyết định mang thai (3 - 6 tháng trước khi có thai) và việc thăm khám trước khi có thai sẽ giúp phát hiện những nguy cơ ảnh hưởng xấu tới thai kỳ. Qua tư vấn, người phụ nữ sẽ quyết định có mang thai hay không và thời điểm thích hợp để có thai.

- Theo Tổ chức y tế Thế giới (WHO: World Health Organization), hiệu quả của chăm sóc trước khi mang thai là:

- + Giảm tỷ lệ tử vong mẹ.
- + Giảm tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh.
- + Giảm tỷ lệ thai nhẹ cân.
- + Giảm tỷ lệ thai to.
- + Giảm tỷ lệ thai bị dị dạng.
- + Giảm tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh.
- + Giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

2. Ba mục tiêu chính của Chăm sóc trước khi mang thai

- Xác định các nguy cơ có thể xảy ra đối với mẹ, thai nhi và thai kỳ.
- Giáo dục người phụ nữ về những rủi ro này, lựa chọn các biện pháp can thiệp và quản lý để giảm thiểu rủi ro. VD: người phụ nữ đã có tiền căn bị thai ngoài tử cung

thì lần tư vấn này cần khuyến cáo người phụ nữ đi khám thai sớm để phát hiện những bất thường của thai, hoặc người phụ nữ tiền căn có thiếu máu trong thai kỳ thì lần khám tư vấn này cần cho thai phụ làm xét nghiệm cũng như co uống viên sắt trước khi đẻ có thai.

- Bắt đầu các biện pháp can thiệp để mang lại kết quả tối ưu cho bà mẹ, thai nhi và thai kỳ. Các biện pháp can thiệp bao gồm tư vấn động lực, tối ưu hóa bệnh tật và giới thiệu bác sĩ chuyên khoa. VD: người phụ nữ có bệnh tim thì cần tham khảo ý kiến của bác sĩ nội khoa (tim mạch) để đánh giá xem có thể mang thai được hay không

Nội dung 79. Thai chậm tăng trưởng: Chẩn đoán và xử trí sản khoa căn bản

1. Chẩn đoán

1.1. IUGR sớm thai <32 tuần, không có bất thường bẩm sinh

- Một trong 2 tiêu chuẩn
 - + AC hoặc EFW <3%.
 - + Mất sóng tâm trương động mạch rốn; hoặc
- Có cả 2 tiêu chuẩn sau:
 - + AC hoặc EFW <10%.
 - + Bất thường Doppler: PI động mạch rốn >95% hoặc PI động mạch tử cung >95%.

1.2. IUGR muộn, thai ≥32 tuần, không có bất thường bẩm sinh

- AC hoặc EFW <3%; hoặc
- 2 trong 3 tiêu chuẩn:
 - + AC hoặc EFW <10%
 - + AC hoặc EFW giảm >50% giữa 2 lần siêu âm cách nhau 2 – 3 tuần.
 - + Bất thường Doppler: Chỉ số não – rốn (CPR) <5% hoặc PI động mạch rốn >95%.

2. Hướng dẫn căn bản xử trí sản khoa

- **Sau 36 tuần:** cho sanh chọn lọc.
- **Trước 36 tuần:** cho sanh được xem xét nếu không tăng trưởng trên 3 tuần, vô ôi vào tuần thứ 30 hoặc hơn, biểu đồ ghi tim thai bất thường.
- **Trước tuần 34:** nên cho corticosteroids để tăng độ trưởng thành của phổi.
- **Mổ lấy thai** được chỉ định bất cứ lúc nào có bằng chứng nhiễm toan máu: nhịp giảm muộn lập đi lập lại, không có hoặc đảo ngược lưu lượng máu tâm trương động mạch rốn. Những trường hợp khác, nên chỉ định khởi phát chuyển dạ.