

14 bài Sản trọng tâm theo 6 câu hỏi lâm sàng

Soạn theo định hướng giáo trình Sản phụ khoa – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (tiếp cận theo ACOG / SMFM / FIGO / FMF mà bộ môn sử dụng).

- 1 Khai thác bệnh và khám được triệu chứng
- 2 Tóm tắt bệnh án, đưa ra hội chứng
- 3 Biện luận phù hợp và đề nghị cận lâm sàng
- 4 Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt
- 5 Đề nghị cận lâm sàng → chẩn đoán xác định
- 6 Nguyên tắc điều trị và tiên lượng

Lưu ý: tài liệu tổng hợp để ôn tập, không phải bản sao nguyên văn giáo trình. Các ngưỡng số (β -hCG, OGTT, tuổi thai chấm dứt, liều thuốc...) theo khuyến cáo hiện hành mà bộ môn dùng — hãy đối chiếu lại với bản sách / slide của năm học nếu có khác biệt.

Mục lục

NHÓM 1

- 1 Thai ngoài tử cung
- 2 Đái tháo đường thai kỳ
- 3 Tiền sản giật (có và không có dấu hiệu nặng)
- 4 Thai chậm tăng trưởng trong tử cung
- 5 Xuất huyết 3 tháng cuối (nhau tiền đạo, nhau bong non...)
- 6 Thai nghén thất bại sớm
- 7 Suy thai / bất thường tim thai trong chuyển dạ

NHÓM 2

- 8 Thai trứng
- 9 Nhau tiền đạo
- 10 Thiếu máu thai kỳ, nhiễm trùng bào thai thường gặp
- 11 Tư vấn kết quả tầm soát bất thường / NT dày
- 12 Chuyển dạ tắc nghẽn / ngưng tiến / sản đồ
- 13 Ối vỡ non trên thai non tháng
- 14 Suy thai / bất thường tim thai trong chuyển dạ (ôn tập theo ca)

Bài 14 trùng tên bài 7 trong danh sách → bài 7 trình bày đầy đủ lý thuyết; bài 14 được soạn thành phần ôn tập qua các ca lâm sàng điển hình để không lặp lại.

Thai ngoài tử cung

Thai làm tổ ngoài buồng tử cung — 95% ở vòi trứng (đoạn bóng ~70%). Nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ quý 1.

1 Khai thác bệnh và khám triệu chứng

Hành chính - lý do vào viện

Tuổi, PARA, nghề. Lý do thường gặp: **trễ kinh + ra huyết âm đạo bất thường + đau bụng** (tam chứng kinh điển, chỉ gặp ~50%); hoặc que thử thai (+) mà siêu âm không thấy thai trong tử cung.

Bệnh sử

- **Kinh chót (KC):** ngày, có chắc không, chu kỳ đều? → tính tuổi thai. Lưu ý "kinh" có thể là ra huyết do thai ngoài.
- **Ra huyết:** thời điểm, lượng (thường ít, rỉ rả), màu (nâu đen/sậm), có mô - màng không (màng rụng có thể nhầm sẩy thai).
- **Đau bụng:** vị trí (hạ vị, một bên hố chậu), tính chất (âm ỉ → đột ngột dữ dội khi vỡ), lan (vai - dấu Danforth do máu kích thích cơ hoành, hậu môn - mót rặn do máu đọng Douglas).
- **Triệu chứng mất máu:** choáng váng, ngất, hồi hộp, vã mồ hôi.
- Kết quả β -hCG, siêu âm tuyến trước (nếu có).

Tiền căn - yếu tố nguy cơ

- **Nguy cơ cao:** tiền căn TNTC, phẫu thuật vòi trứng (triệt sản, tạo hình), viêm vùng chậu/Chlamydia, có thai khi đang đặt dụng cụ tử cung, thụ tinh trong ống nghiệm (IVF).
- Khác: hút thuốc lá, vô sinh, nhiều bạn tình, tuổi > 35, mổ vùng chậu, lạc nội mạc tử cung.
- Biện pháp tránh thai đang dùng (DCTC, progestin đơn thuần, thuốc tránh thai khẩn cấp).

Khám

- **Tổng quát:** sinh hiệu (mạch nhanh, HA tụt, chỉ số sốc = mạch/HATT > 1), da niêm nhợt → đánh giá **huyết động** trước tiên.
- **Bụng:** ấn đau hạ vị/một bên, phản ứng phúc mạc, **dấu chuyển động đục vùng thấp** (xuất huyết nội).
- **Mổ vạt:** máu sậm từ lỗ CTC, loại trừ nguyên nhân tại CTC/âm đạo.
- **Khám âm đạo:** CTC đóng, **lắc CTC đau**, tử cung nhỏ hơn tuổi thai/mềm, khối cạnh tử cung ấn đau, **cùng đồ sau căng đau ("tiếng kêu Douglas")**.

2 Tóm tắt bệnh án - Hội chứng

Sản phụ 28 tuổi, PARA 0010, tiền căn viêm vùng chậu, trễ kinh 6 tuần, vào viện vì đau hạ vị phải + ra huyết âm đạo rỉ rả 3 ngày. Khám: M 88 l/p, HA 110/70; hạ vị phải ấn đau, CTC đóng, lắc CTC đau, phần phụ phải có khối ~3 cm ấn đau. β -hCG 2 400 mIU/mL, siêu âm ngã âm đạo không thấy túi thai trong tử cung.

- **Hội chứng thai nghén** (trễ kinh, β -hCG dương).
- **Hội chứng xuất huyết âm đạo bất thường 3 tháng đầu.**
- **Hội chứng đau bụng cấp / đau hạ vị.**
- $\pm$ **Hội chứng xuất huyết nội / thiếu máu cấp** (mạch nhanh, HA tụt, phản ứng phúc mạc, dịch ổ bụng) → gợi ý TNTC vỡ.
- $\pm$ Hội chứng khối cạnh tử cung.

3 Biện luận và đề nghị cận lâm sàng

- Phụ nữ tuổi sinh sản + trễ kinh + ra huyết + đau bụng → **mọi trường hợp phải loại trừ TNTC** trước khi nghĩ đến sảy thai.
- Có yếu tố nguy cơ (tiền căn PID) → tăng khả năng.
- Huyết động quyết định hướng xử trí: **không ổn định + dịch ổ bụng → TNTC vỡ → mổ cấp cứu, không chờ CLS.**
- Huyết động ổn → khái niệm "**thai chưa xác định vị trí**" (**PUL**): phối hợp β -hCG định lượng và siêu âm ngả âm đạo.

CLS đề nghị: β -hCG định lượng (lặp lại sau 48 giờ), siêu âm ngả âm đạo, CTM (Hb, Hct), nhóm máu ABO/Rh, đông máu, chức năng gan – thận (nếu dự kiến MTX), TPTNT.

4 Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán: "Thai ngoài tử cung (vòi trứng P) chưa vỡ / đã vỡ – huyết động ổn / không ổn / TNTC thể huyết tụ thành nang".

Chẩn đoán phân biệt	Điểm phân biệt
Sảy thai (dọa sảy, sảy không trọn)	Thai/mô trong lòng tử cung, CTC có thể mở, đau giữa hạ vị kiểu cơn gò
Thai trong tử cung rất sớm	β -hCG dưới ngưỡng phân định, tăng ≥ 35 –53%/48h, SA lặp lại thấy túi thai
Vỡ nang hoàng thể / nang buồng trứng xuất huyết	β -hCG âm hoặc có thai trong TC; thường giữa – cuối chu kỳ
Xoắn phần phụ	Đau đột ngột dữ dội, nôn; khối BT to, Doppler giảm tưới máu
Viêm ruột thừa, viêm phần phụ cấp	Sốt, BC tăng, β -hCG âm
Thai trứng, thai kỳ nhiều thai + TNTC (thai kết hợp)	Siêu âm, β -hCG rất cao; thai kết hợp hay gặp ở IVF

5 Cận lâm sàng → chẩn đoán xác định

Siêu âm ngả âm đạo

- Thấy **túi thai có yolk sac/phôi $\pm$ tim thai ngoài tử cung** → chẩn đoán xác định (chỉ ~20%).
- Gợi ý mạnh: **khối cạnh buồng trứng dạng "vòng nhẫn" (tubal ring)**, khối hỗn hợp cạnh tử cung, dịch Douglas/ổ bụng (dịch có hồi âm = máu).
- Buồng tử cung trống $\pm$ **túi thai giả** (dịch ở giữa lòng TC, không có vòng đôi, không yolk sac).

β -hCG

- Ngưỡng phân định (discriminatory zone):** ~1 500–2 000 mIU/mL (SA ngả âm đạo; ACOG hiện khuyến cáo thể dùng tới 3 500 để tránh bỏ sót thai trong TC). Trên ngưỡng mà không thấy thai trong TC → nghi TNTC.
- Động học 48 giờ:** thai trong TC sống tăng $\geq 35\%$ (tối thiểu); sảy thai giảm nhanh (> 21 –35%); **TNTC: tăng chậm, bình nguyên hoặc giảm chậm.**

Khác

- Nạo buồng TC (khi chắc chắn thai không mong muốn/không sống): không có gai nhau + β -hCG không giảm → TNTC.
- Nội soi ổ bụng:** vừa chẩn đoán xác định vừa điều trị.
- Chọc dò cùng đồ sau ra máu không đông: ít dùng hiện nay.

6 Nguyên tắc điều trị và tiên lượng

Phương pháp	Chỉ định / nội dung
Phẫu thuật (nội soi ưu tiên; mở bụng khi sốc nặng)	Huyết động không ổn, TNTC vỡ, chống chỉ định/thất bại MTX, bệnh nhân không tuân thủ theo dõi. • Cắt vòi trứng: vòi tổn thương nặng, không còn nhu cầu sinh, vòi bên kia bình thường. • Xẻ vòi lấy khối thai (bảo tồn): còn nhu cầu sinh, vòi bên kia bệnh lý → theo dõi β -hCG hàng tuần (nguy cơ tổn lưu nguyên bào nuôi).
Nội khoa - Methotrexate	Điều kiện: huyết động ổn, chưa vỡ, β-hCG < 5 000 (lý tưởng), khối thai < 3,5 cm, không có tim thai , CN gan-thận-huyết học bình thường, tuân thủ theo dõi. Phác đồ đơn liều: MTX 50 mg/m ² TB ngày 1; β -hCG ngày 4 và 7 → giảm $\geq 15\%$ giữa N4-N7 là đáp ứng, theo dõi hàng tuần đến âm tính; nếu không → liều 2. Phác đồ 2 liều / đa liều (có leucovorin). CCĐ: cho con bú, suy giảm miễn dịch, bệnh gan/thận/phổi, thiếu máu - giảm BC/TC, loét dạ dày, dị ứng MTX, thai trong TC kết hợp.
Theo dõi (expectant)	Không triệu chứng, β -hCG thấp (< 1 000-1 500) và đang giảm, không thấy khối hoặc khối nhỏ.

- Rh(D) âm → **Anti-D immunoglobulin**. Hồi sức, truyền máu khi cần.
- Tư vấn tránh thai ≥ 3 tháng sau MTX (kháng folate); bổ sung acid folic sau đó.

Tiên lượng

Tốt nếu chẩn đoán sớm. Nguy cơ tái phát ~10-15% ($\approx 25\%$ nếu ≥ 2 lần) → lần có thai sau cần siêu âm sớm xác định vị trí thai. Khả năng có thai trong TC sau điều trị tương đương giữa MTX / xẻ vòi / cắt vòi (khi vòi đối bên bình thường). TNTC vỡ không xử trí kịp → sốc mất máu, tử vong.

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK)

Rối loạn dung nạp glucose phát hiện lần đầu trong thai kỳ (thường nửa sau), không phải ĐTĐ rõ trước đó.

1 Khai thác bệnh và khám triệu chứng

Phần lớn **không triệu chứng** → chẩn đoán nhờ tầm soát. Khai thác:

- **Yếu tố nguy cơ:** BMI ≥ 25 (≥ 23 ở người châu Á), tuổi ≥ 35 , tiền căn ĐTĐTK, tiền căn sinh con $\geq 4\,000$ g, thai lưu/dị tật không rõ nguyên nhân, gia đình thế hệ 1 bị ĐTĐ, hội chứng buồng trứng đa nang, THA, rối loạn lipid, glucose niệu (+), ít vận động.
- Kết quả tầm soát: OGTT (tuần, giá trị), đường huyết đói, HbA1c lần khám đầu.
- Triệu chứng tăng đường huyết (ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, sụt cân) — gợi ý ĐTĐ rõ.
- Nhiễm trùng tái diễn: nấm âm đạo, NTĐT.
- Thai: cử động thai, siêu âm ước lượng cân nặng, lượng ối.
- Chế độ ăn, vận động, thuốc đang dùng (insulin/metformin), nhật ký đường huyết mao mạch.

Khám: cân nặng, BMI, mức tăng cân; HA (ĐTĐTK tăng nguy cơ TSG); **BCTC so với tuổi thai** (lớn hơn → thai to/đa ối); tim thai; phù; dấu hiệu nhiễm trùng.

2 Tóm tắt bệnh án - Hội chứng

Thai phụ 34 tuổi, PARA 1001 (con đầu 3 900 g), BMI trước mang thai 26, thai 26 tuần, OGTT 75 g: đói 95 – 1 giờ 186 – 2 giờ 150 mg/dL. BCTC 28 cm. Tim thai 145 l/p.

- **Rối loạn dung nạp đường / tăng đường huyết trong thai kỳ.**
- $\pm$ Hội chứng BCTC lớn hơn tuổi thai (nghi thai to, đa ối).
- Kèm các yếu tố nguy cơ.

3 Biện luận và đề nghị cận lâm sàng

- Có yếu tố nguy cơ → phải tầm soát **ngay lần khám đầu** (đường huyết đói/HbA1c) để phát hiện **ĐTĐ rõ (overt) có trước thai kỳ**; nếu âm → làm OGTT lại ở 24–28 tuần.
- Không nguy cơ: tầm soát thường quy **24–28 tuần**.
- Phân biệt ĐTĐTK với ĐTĐ rõ vì ĐTĐ rõ có nguy cơ **dị tật bẩm sinh, sảy thai** và cần xử trí khác.
- Đánh giá biến chứng thai: thai to, đa ối, TSG kèm.

CLS: OGTT 75 g, đường huyết đói, HbA1c, đường huyết mao mạch nhiều thời điểm; TPTNT (glucose, ceton, protein); siêu âm (sinh trắc, ước lượng cân nặng, AFI, hình thái); CTG (từ 32 tuần nếu dùng thuốc/kiểm soát kém); chức năng thận, lipid; soi đáy mắt (ĐTĐ rõ).

4 Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán: "Con lần 2, thai 26 tuần – ĐTĐTK **A1** (kiểm soát bằng dinh dưỡng) / **A2** (cần thuốc)".

Phân biệt	Tiêu chuẩn
ĐTĐ rõ trong thai kỳ (overt)	Đường huyết đói ≥ 126 mg/dL, HbA1c $\geq 6,5\%$, đường huyết bất kỳ ≥ 200 + triệu chứng (thường phát hiện lần khám đầu / quý 1)
ĐTĐ type 1/2 có trước thai kỳ	Tiền căn, đang điều trị
Glucose niệu sinh lý thai kỳ	Đường huyết bình thường (ngưỡng thận giảm)
Thai to / đa ối nguyên nhân khác	OGTT bình thường; đa ối do dị tật, nhiễm trùng, song thai

5 Cận lâm sàng → chẩn đoán xác định

Phương pháp	Ngưỡng chẩn đoán ĐTĐTK
1 bước - OGTT 75 g (IADPSG/WHO 2013, Bộ Y tế VN, bộ môn dùng) Nhịn đói ≥ 8 giờ, 3 ngày trước ăn bình thường	Đói ≥ 92 mg/dL (5,1 mmol/L) 1 giờ ≥ 180 mg/dL (10,0 mmol/L) 2 giờ ≥ 153 mg/dL (8,5 mmol/L) → chỉ cần 1 giá trị bất thường
2 bước (ACOG): GCT 50 g → OGTT 100 g 3 giờ	GCT ≥ 130 –140 → OGTT 100 g; Carpenter-Coustan: 95 / 180 / 155 / 140 → ≥ 2 giá trị

6 Nguyên tắc điều trị và tiên lượng

Mục tiêu đường huyết (ACOG/ADA)

Đói < 95 mg/dL; 1 giờ sau ăn < 140 ; 2 giờ sau ăn < 120 ; HbA1c $< 6\%$ (nếu không gây hạ đường huyết).

Các bước

- 1. Dinh dưỡng liệu pháp (MNT)** + vận động ~30 phút/ngày (150 phút/tuần). Chia 3 bữa chính + 2–3 bữa phụ, carbohydrate ~40%, tăng cân theo BMI (IOM).
- Không đạt mục tiêu sau 1–2 tuần → **thuốc: Insulin là lựa chọn đầu tay** (không qua nhau). Metformin là lựa chọn thay thế (qua nhau, dữ liệu dài hạn còn hạn chế).
- Tự theo dõi đường huyết mao mạch 4 lần/ngày (đói + sau 3 bữa).

Theo dõi thai - chấm dứt thai kỳ

Nhóm	Thời điểm chấm dứt (ACOG)
A1 – kiểm soát tốt bằng dinh dưỡng	Không sớm hơn 39 0/7 tuần; theo dõi đến 40 6/7 tuần
A2 – kiểm soát tốt bằng thuốc	39 0/7 – 39 6/7 tuần
Kiểm soát kém	37 0/7 – 38 6/7 (cá thể hóa; có thể 34–36 6/7 tuần)

- Phương thức: thường sinh ngã âm đạo. **Cân nhắc mổ lấy thai khi ước lượng thai $\geq 4\,500$ g** (nguy cơ kẹt vai).
- CTG/NST, BPP từ 32 tuần với A2/kiểm soát kém.
- Trong chuyển dạ: duy trì đường huyết 70–110 mg/dL.
- Sau sinh:** ngưng thuốc; **OGTT 75 g lúc 4–12 tuần hậu sản** (tiêu chuẩn người không mang thai); sau đó tầm soát ĐTĐ mỗi 1–3 năm. Khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ.

Tiền lượng / biến chứng

Mẹ: TSG, đa ối, mổ lấy thai, sang chấn đường sinh, ~50% ĐTĐTK tái phát ở thai sau, 50–70% thành ĐTĐ type 2 sau 10–20 năm.

Thai - sơ sinh: thai to, kẹt vai, hạ đường huyết sơ sinh, hạ Ca, vàng da, đa hồng cầu, suy hô hấp (chậm trưởng thành phổi), thai chết lưu; về lâu dài béo phì, rối loạn chuyển hóa. ĐTĐ rõ: thêm dị tật (tim, ống thần kinh, thoái triển vùng đuôi).

Tiền sản giật (có và không có dấu hiệu nặng)

Rối loạn tăng huyết áp xuất hiện sau 20 tuần, bản chất là bệnh lý nội mô do bánh nhau – ảnh hưởng đa cơ quan.

1 Khai thác bệnh và khám triệu chứng

Bệnh sử

- HA các lần khám thai trước (có THA trước 20 tuần không → THA mạn), thời điểm phát hiện.
- Triệu chứng dấu hiệu nặng:** nhức đầu dữ dội không giảm với thuốc giảm đau, **rối loạn thị giác** (nhìn mờ, chớp sáng, ám điểm), **đau thượng vị / hạ sườn phải**, buồn nôn – nôn, khó thở (phù phổi), tiểu ít, co giật (sản giật).
- Phù tăng nhanh, tăng cân nhanh (> 1 kg/tuần) — không còn là tiêu chuẩn chẩn đoán nhưng vẫn khai thác.
- Cử động thai (giảm → thai chậm tăng trưởng), ra huyết + đau bụng (nhau bong non).

Yếu tố nguy cơ

- Cao:** tiền căn TSG (nhất là sớm/nặng), đa thai, THA mạn, ĐTĐ type 1/2, bệnh thận, bệnh tự miễn (lupus, hội chứng kháng phospholipid).
- Trung bình:** con so, tuổi ≥ 35 , BMI > 30 , gia đình có mẹ/chị em bị TSG, khoảng cách lần sinh > 10 năm, IVF, kinh tế xã hội thấp.

Khám

- Đo HA đúng kỹ thuật** (ngồi nghỉ ≥ 5 –10 phút, bằng quần phù hợp, tay ngang tim), đo 2 lần cách ≥ 4 giờ.
- Phù (mặt, chi, toàn thân), phản xạ gân xương (tăng / clonus), mạch, nhịp thở, SpO₂, ran phổi.
- Ấn đau hạ sườn phải/thượng vị; nước tiểu/giờ.
- Sản khoa: BCTC (nhỏ hơn tuổi thai → FGR), trương lực tử cung (nhau bong non), tim thai, cơn gò, khám CTC (Bishop).

2 Tóm tắt bệnh án - Hội chứng

Thai phụ 36 tuổi, con so, thai 33 tuần, vào viện vì nhức đầu + nhìn mờ 1 ngày. HA 165/110 mmHg (2 lần cách 4 giờ), phù 2 chi dưới, đau thượng vị, phản xạ gân xương tăng. Que nhúng đạm niệu 3+. BCTC 27 cm.

- Hội chứng tăng huyết áp thai kỳ** (khởi phát sau 20 tuần).
- Hội chứng thận:** đạm niệu, phù ($\pm$ tiểu ít).
- Hội chứng tổn thương cơ quan đích: thần kinh (nhức đầu, nhìn mờ), gan (đau thượng vị), huyết học.
- $\pm$ Hội chứng thai chậm tăng trưởng (BCTC nhỏ hơn tuổi thai).

3 Biện luận và đề nghị cận lâm sàng

- THA mới xuất hiện sau 20 tuần + đạm niệu → TSG. Nếu không có đạm niệu nhưng có tổn thương cơ quan đích → vẫn là TSG.
- Tìm **dấu hiệu nặng** để phân loại vì quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ.
- Tìm biến chứng: **HELLP**, sản giật, phù phổi, suy thận, nhau bong non, FGR, thiếu ối.

CLS: đạm niệu 24 giờ hoặc tỉ số protein/creatinin niệu (PCR); CTM (**tiểu cầu**, Hct), **AST/ALT, LDH, bilirubin** (tán huyết), creatinin, acid uric, đông máu (PT, aPTT, fibrinogen), phết máu ngoại biên (mảnh vỡ

HC); siêu âm (sinh trắc, AFI, nhau), **Doppler ĐM rốn / ĐM não giữa**, CTG; $\pm$ sFlt-1/PlGF (dự báo); soi đáy mắt; X-quang phổi nếu nghi phù phổi.

4 Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG (ACOG 2020)

HA $\geq$ 140/90 mmHg (2 lần cách $\geq$ 4 giờ) sau 20 tuần ở người HA trước đó bình thường + đạm niệu ($\geq$ 300 mg/24 giờ, hoặc PCR $\geq$ 0,3 mg/mg, hoặc que nhúng $\geq$ 2+) **hoặc** (không đạm niệu) có 1 trong các dấu hiệu nặng dưới đây.

Dấu hiệu nặng (chỉ cần 1)
- HA tâm thu $\geq$ 160 hoặc tâm trương $\geq$ 110 mmHg (2 lần cách 4 giờ; hoặc sau vài phút để điều trị kịp) - Tiểu cầu $<$ 100 000/μL - Men gan tăng $\geq$ 2 lần giới hạn trên, và/hoặc đau hạ sườn phải/thượng vị dữ dội không giải thích được - Creatinin $>$ 1,1 mg/dL hoặc tăng gấp đôi (không có bệnh thận khác) - Phù phổi - Nhức đầu mới khởi phát không đáp ứng thuốc, hoặc rối loạn thị giác

Lưu ý: đạm niệu nhiều ($>$ 5 g/24 giờ) và thai chậm tăng trưởng **không còn** là tiêu chí dấu hiệu nặng theo ACOG.

Chẩn đoán mẫu: "Con so, thai 33 tuần, ngôi đầu – Tiền sản giật có dấu hiệu nặng (THA nặng, triệu chứng thần kinh, đau thượng vị) – theo dõi HELLP / thai chậm tăng trưởng".

Phân biệt	Điểm chính
Tăng HA thai kỳ (gestational HTN)	THA sau 20 tuần, không đạm niệu, không tổn thương cơ quan
THA mạn	THA trước thai kỳ hoặc trước 20 tuần, hoặc kéo dài $>$ 12 tuần sau sinh
TSG ghép trên THA mạn	THA mạn + đạm niệu mới / THA nặng lên đột ngột / dấu hiệu nặng
Gan nhiễm mỡ cấp thai kỳ, TTP/HUS, lupus bùng phát	Hạ đường huyết, NH3 tăng (AFLP); ADAMTS13 (TTP)...
Co giật: động kinh, xuất huyết não, huyết khối xoang TM	Tiền căn, CT/MRI sọ não

5 Cận lâm sàng → chẩn đoán xác định

- Đạm niệu 24 giờ $\geq$ 300 mg hoặc PCR $\geq$ 0,3 → xác định TSG.
- HELLP:** tán huyết (LDH $\geq$ 600 U/L, bilirubin $\geq$ 1,2, mảnh vỡ HC), men gan tăng (AST/ALT $\geq$ 2 lần), tiểu cầu $<$ 100 000.
- Tình trạng thai: siêu âm – Doppler, CTG, BPP.
- Tầm soát – dự phòng:** quý 1 (11–13 6/7 tuần) mô hình FMF: yếu tố mẹ + MAP + PI ĐM tử cung + PlGF ($\pm$ PAPP-A) → nguy cơ cao $\geq$ 1/100 → **Aspirin liều thấp 75–162 mg (thường 81 mg) mỗi tối, bắt đầu 12–16 tuần (trước 16 tuần), đến 36 tuần**; bổ sung Canxi 1,5–2 g/ngày nếu khẩu phần thấp.

6 Nguyên tắc điều trị và tiên lượng

Nguyên tắc
Điều trị triệt để duy nhất là chấm dứt thai kỳ (sổ nhau) . Các can thiệp khác nhằm: (1) kiểm soát HA nặng, (2) dự phòng/điều trị sản giật bằng MgSO ₄ , (3) trưởng thành phổi thai, (4) chọn thời điểm & phương pháp chấm dứt thai kỳ phù hợp.

Thể	Thời điểm chấm dứt
Tăng HA thai kỳ / TSG không dấu hiệu nặng	Theo dõi ngoại trú hoặc nội trú (HA 2 lần/tuần, XN hàng tuần, NST/AFI), chấm dứt ở 37 0/7 tuần
TSG có dấu hiệu nặng $\geq$ 34 tuần	Chấm dứt ngay sau khi ổn định mẹ
TSG có dấu hiệu nặng < 34 tuần, mẹ – thai ổn	Điều trị bảo tồn tại cơ sở có NICU, corticoid, chấm dứt khi đủ 34 tuần hoặc khi có chỉ định
Chấm dứt bất kể tuổi thai	HA không kiểm soát, sản giật, phù phổi, HELLP (có thể trì hoãn 48 h tiêm corticoid nếu ổn), nhau bong non, DIC, suy thận, suy thai, thai chết, thai chưa sống được

Thuốc hạ áp

Điều trị khi HA $\geq$ 160/110 (khẩn, trong 30–60 phút). Mục tiêu $\sim$ 140–150 / 90–100 mmHg (không hạ quá nhanh $\rightarrow$ giảm tưới máu nhau).

- **Labetalol** TM 20 mg $\rightarrow$ 40 $\rightarrow$ 80 mg mỗi 10 phút (tối đa 220–300 mg). CCĐ: hen, suy tim.
- **Nifedipin** phóng thích nhanh uống 10–20 mg, lặp lại sau 20–30 phút.
- **Hydralazin** TM 5–10 mg mỗi 20 phút.
- Duy trì: Methyldopa, Nifedipin LA, Labetalol uống. **Chống chỉ định:** ức chế men chuyển, chẹn thụ thể AT (dị tật thận thai), nitroprussid kéo dài.

Magnesium sulfate

- Chỉ định: TSG có dấu hiệu nặng, sản giật (trong chuyển dạ, mổ, và 24 giờ hậu sản).
- Liều tấn công **4–6 g TM trong 15–20 phút**, duy trì **1–2 g/giờ**.
- Theo dõi ngộ độc: **phản xạ gân xương (mất ở $\sim$ 10 mEq/L)**, nhịp thở $\geq$ 12–16 l/p, nước tiểu $\geq$ 30 mL/giờ ($\geq$ 100 mL/4 giờ), $\pm$ nồng độ Mg máu (điều trị 4,8–8,4 mg/dL). Thuốc giải: **Calci gluconate 10% 10 mL (1 g) TM chậm**.
- Corticoid (Betamethason 12 mg TB $\times$ 2 liều cách 24 giờ hoặc Dexamethason 6 mg $\times$ 4 liều cách 12 giờ) nếu < 34 tuần.
- Phương pháp sinh: TSG không phải chỉ định mổ; khởi phát chuyển dạ nếu điều kiện thuận lợi; mổ khi có chỉ định sản khoa hoặc tình trạng nặng mà CTC không thuận lợi.
- Hậu sản: theo dõi HA $\geq$ 72 giờ, tái khám 7–10 ngày (sản giật/TSG có thể khởi phát sau sinh).

Tiền lượng

Mẹ: sản giật, HELLP, xuất huyết não, phù phổi, suy thận cấp, nhau bong non, DIC, tử vong. Nguy cơ tái phát ở thai sau ($\sim$ 15–25%, cao hơn nếu khởi phát sớm); tăng nguy cơ tim mạch – THA mạn về sau.

Thai: FGR, thiếu ối, sinh non (do điều trị), thai chết lưu.

Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (FGR)

Thai không đạt được tiềm năng tăng trưởng di truyền — cần phân biệt với thai nhỏ so với tuổi thai (SGA) nhưng khỏe mạnh.

1 Khai thác bệnh và khám triệu chứng

- **Xác định tuổi thai chính xác nhất** (bắt buộc): kinh chót, chu kỳ, siêu âm quý 1 (CRL). Sai tuổi thai là nguyên nhân chẩn đoán sai FGR hàng đầu.
- Cử động thai giảm.
- **Nguyên nhân mẹ:** THA/TSG, bệnh thận, ĐTD có biến chứng mạch máu, lupus, APS, bệnh tim – phổi mạn, thiếu máu nặng, suy dinh dưỡng (cân nặng trước mang thai thấp, tăng cân kém), hút thuốc, rượu, ma túy, thuốc (warfarin, chống đông kinh), sống ở độ cao.
- **Nguyên nhân thai:** bất thường NST (T18, T13, triploidy), dị tật, nhiễm trùng bào thai (CMV, toxoplasma, rubella, giang mai, sốt rét), đa thai.
- **Nguyên nhân nhau - dây rốn:** suy nhau (nguyên nhân thường gặp nhất), nhau bám bất thường, dây rốn bám màng/mép, động mạch rốn duy nhất, u mạch máu nhau, khảm nhau.
- Tiền căn sinh con nhẹ cân, thai lưu, TSG.
- Kết quả tầm soát quý 1 (PAPP-A thấp), Doppler ĐM tử cung.

Khám: cân nặng, HA mẹ; **BCTC nhỏ hơn tuổi thai ≥ 3 cm** (từ 24–38 tuần BCTC(cm) $\approx$ số tuần) hoặc không tăng qua các lần khám; lượng ối (sờ phần thai rõ), tim thai.

2 Tóm tắt bệnh án - Hội chứng

Thai phụ 30 tuổi, con so, thai 34 tuần (tính theo CRL quý 1), TSG không dấu hiệu nặng. BCTC 29 cm. Siêu âm: EFW 1 750 g (< bách phân vị 3), AC < p3, AFI 6 cm, PI ĐM rốn > p95.

- **Hội chứng thai chậm tăng trưởng** (BCTC nhỏ + sinh trắc nhỏ so với tuổi thai).
- $\pm$ Hội chứng thiếu ối.
- $\pm$ Hội chứng suy tuần hoàn nhau – thai (Doppler bất thường).
- Kèm hội chứng tăng HA thai kỳ (nguyên nhân).

3 Biện luận và đề nghị cận lâm sàng

- Bước 1: **Tuổi thai có tin cậy không?**
- Bước 2: Thai có thật sự nhỏ? (EFW/AC so với biểu đồ chuẩn).
- Bước 3: Nhỏ do bệnh lý (FGR) hay nhỏ thể tạng (SGA)? $\rightarrow$ dựa vào Doppler, ối, tốc độ tăng trưởng.
- Bước 4: **FGR sớm (< 32 tuần)** — thường do suy nhau nặng, kèm TSG, tiến triển Doppler theo trình tự (ĐM rốn $\rightarrow$ ĐM não giữa $\rightarrow$ ống TM) | **FGR muộn (≥ 32 tuần)** — thường gặp hơn, Doppler ĐM rốn thường bình thường, dấu hiệu là tái phân bố tuần hoàn (CPR giảm), dễ bỏ sót, nguy cơ thai chết đột ngột.
- Bước 5: FGR đối xứng, sớm, kèm dị tật hoặc đa ối $\rightarrow$ nghĩ **NST/nhiễm trùng**.

CLS: siêu âm sinh trắc (BPD, HC, AC, FL, EFW) lặp lại mỗi 2–3 tuần (không ngắn hơn 2 tuần); AFI/ô ối sâu nhất; siêu âm hình thái; **Doppler ĐM rốn, ĐM não giữa (CPR = PI ĐMNG / PI ĐM rốn), ống tĩnh mạch, ĐM tử cung;** CTG (NST, cCTG – STV), BPP; chọc ối (karyotype/CMA, PCR CMV) khi FGR sớm, nặng, có dị tật; huyết thanh TORCH; XN mẹ theo nguyên nhân (TSG, APS...).

4 Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

Đồng thuận Delphi (ISUOG 2016/2020)	Tiêu chuẩn
FGR sớm (< 32 tuần), không dị tật	AC hoặc EFW < p3, hoặc ĐM rốn mất/đảo ngược tâm trương hoặc AC/EFW < p10 + PI ĐM tử cung > p95 và/hoặc PI ĐM rốn > p95
FGR muộn (≥ 32 tuần)	AC hoặc EFW < p3 hoặc ≥ 2/3: AC/EFW < p10; AC/EFW giảm > 2 khoảng tứ phân vị; CPR < p5 hoặc PI ĐM rốn > p95

ACOG/SMFM: FGR khi EFW hoặc AC < p10; FGR nặng khi EFW < p3.

Chẩn đoán mẫu: "Con so, thai 34 tuần – Thai chậm tăng trưởng (muộn/sớm) nghi do suy nhau / TSG không dấu hiệu nặng – thiếu ối".

- **Phân biệt:** SGA thể tạng (Doppler & ối bình thường, tăng trưởng song song đường bách phân vị); sai tuổi thai; thiếu ối do ối vỡ (BCTC nhỏ); ngôi ngang/ngôi bất thường làm BCTC nhỏ.

5 Cận lâm sàng → chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán FGR xác định bằng **siêu âm sinh trắc + Doppler** theo tiêu chuẩn trên, ≥ 2 lần đo cách ≥ 2 tuần (đánh giá tốc độ tăng trưởng).
- Chẩn đoán nguyên nhân: di truyền (karyotype/CMA), nhiễm trùng, đánh giá TSG, giải phẫu bệnh nhau sau sinh.
- Đánh giá mức độ: Doppler (ĐM rốn: PI tăng → mất tâm trương AEDV → đảo ngược REDV; ống TM: sóng a mất/đảo) + CTG.

6 Nguyên tắc điều trị và tiên lượng

- Không có điều trị giúp thai tăng trưởng → mục tiêu là **chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ tối ưu** giữa nguy cơ thai chết trong TC và nguy cơ sinh non.
- Điều trị nguyên nhân mẹ: ngưng hút thuốc, kiểm soát HA, dinh dưỡng. Aspirin chỉ có giá trị **dự phòng** (trước 16 tuần) ở nhóm nguy cơ cao.
- Corticoid nếu dự kiến sinh < 34 tuần; **MgSO4 bảo vệ thần kinh nếu < 32 tuần**.

Tình trạng (SMFM 2020)	Chấm dứt thai kỳ	Theo dõi Doppler
EFW p3-p10, Doppler ĐM rốn bình thường	38 0/7 – 39 0/7 tuần	1-2 tuần
EFW < p3 (FGR nặng)	37 0/7 tuần	Hàng tuần
ĐM rốn PI > p95 (còn tâm trương)	37 0/7 tuần	Hàng tuần
ĐM rốn mất tâm trương (AEDV)	33 0/7 – 34 0/7 tuần	2-3 lần/tuần, nhập viện
ĐM rốn đảo ngược tâm trương (REDV)	30 0/7 – 32 0/7 tuần	Nhập viện, CTG hằng ngày
Ống TM sóng a mất/đảo, CTG bất thường (STV thấp, nhịp giảm lặp lại)	Chấm dứt ngay (sau corticoid nếu kịp) – thường mổ lấy thai	

- Phương pháp: FGR có Doppler ĐM rốn bình thường/PI tăng có thể khởi phát chuyển dạ với theo dõi tim thai liên tục; AEDV/REDV → cân nhắc mổ lấy thai.

Tiên lượng

Chu sinh: thai chết lưu, ngạt, hít ối phân su, hạ đường huyết, hạ thân nhiệt, đa hồng cầu, viêm ruột hoại tử, bại não. Lâu dài: chậm phát triển thần kinh, "giả thuyết Barker" – tăng nguy cơ THA, ĐTĐ, bệnh tim mạch khi trưởng thành. Tiên lượng xấu nhất: FGR sớm, REDV, bất thường ống TM, nguyên nhân NST/nhiễm trùng. Thai kỳ sau: nguy cơ tái phát.

Xuất huyết 3 tháng cuối thai kỳ

Tiếp cận ra huyết âm đạo sau 20 tuần: nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ tử cung, mạch máu tiền đạo, nguyên nhân tại CTC – âm đạo. (Nhau tiền đạo chi tiết xem Bài 9.)

1 Khai thác bệnh và khám triệu chứng

Bệnh sử - 5 câu hỏi chìa khóa

- 1. Ra huyết:** hoàn cảnh (tự nhiên, sau giao hợp, sau chấn thương/té), lượng, màu (đỏ tươi – nhau tiền đạo; sẫm, đen, lẫn máu cục – nhau bong non), số lần, tự cầm hay kéo dài.
- 2. Có đau bụng không?** Không đau → nhau tiền đạo. Đau liên tục, bụng cứng → nhau bong non. Đau dữ dội đột ngột rồi hết, cảm giác "xé" → vỡ tử cung.
- 3. Cử động thai giảm/mất.**
- 4. Triệu chứng mất máu:** chóng mặt, ngất, khát.
- 5. Có ra nước (vỡ ối) trước đó không → vỡ mạch máu tiền đạo khi vỡ ối.**

Tiền căn / yếu tố nguy cơ

Nhau tiền đạo	Nhau bong non	Vỡ tử cung
Sẹo mổ lấy thai, nạo hút nhiều lần, đa sản, tuổi cao, đa thai, IVF, hút thuốc, tiền căn NTĐ	THA/TSG (thường nhất), chấn thương bụng, tiền căn NBN, cocaine, hút thuốc, vỡ ối non/đa ối giảm áp đột ngột, song thai sau sổ thai 1, dây rốn ngắn, u xơ TC	Sẹo mổ cũ trên TC (mổ dọc thân TC, bóc nhân xơ), khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin/oxytocin, chuyển dạ kéo dài/tắc nghẽn, thủ thuật nội xoay

Khám

- Sinh hiệu, da niêm, chỉ số sốc; lượng máu mất ước tính. Lưu ý **NBN: sốc không tương xứng lượng máu thấy** (máu tụ sau nhau), HA có thể "bình thường" do nền TSG.
- Bụng: **trương lực tử cung** (mềm giữa các cơn – NTĐ; cường tính, "cứng như gỗ" – NBN), BCTC tăng dần (máu tụ), ngôi (NTĐ hay ngôi bất thường, ngôi cao), vòng Bandl / sờ thấy phần thai ngay dưới da (vỡ TC), tim thai.
- Khám mỏ vịt nhẹ nhàng: nguồn chảy máu (CTC hay lòng TC), polyp, viêm, ung thư CTC.
- Nguyên tắc vàng**
KHÔNG khám âm đạo bằng tay khi chưa loại trừ nhau tiền đạo bằng siêu âm (có thể gây băng huyết). Nếu bắt buộc: khám trong phòng mổ (double set-up).

2 Tóm tắt bệnh án - Hội chứng

Thai phụ 32 tuổi, PARA 1001, thai 35 tuần, TSG. Vào viện vì đau bụng liên tục + ra huyết sẫm lượng ít 2 giờ. M 110 l/p, HA 100/60 (trước đó 150/100). Tử cung cường tính, BCTC 36 cm, tim thai 100 l/p.

- Hội chứng xuất huyết 3 tháng cuối thai kỳ.**
- Hội chứng thiếu máu cấp / sốc mất máu.**
- ± Hội chứng đau bụng – tử cung cường tính.
- ± Hội chứng suy thai (bất thường tim thai).
- ± Hội chứng tăng huyết áp thai kỳ (nền).

3 Biện luận và đề nghị cận lâm sàng

	Nhau tiền đạo	Nhau bong non	Vỡ tử cung	Mạch máu tiền đạo
Đau	Không	Có, liên tục	Đột ngột, dữ dội	Không
Máu	Đỏ tươi, tự cầm, tái phát	Sậm, có thể ít (thể ẩn)	Có thể ít, chủ yếu xuất huyết nội	Đỏ tươi ngay khi vỡ ối
Tử cung	Mềm	Cường tính, gò liên tục, tăng BCTC	Mất cơn gò, sờ phần thai dưới da	Bình thường
Toàn thân mẹ	Tương xứng máu mất	Sốc không tương xứng, DIC	Sốc	Mẹ ổn
Thai	Thường ổn (trừ mất máu nhiều)	Suy thai, thai chết	Suy thai/chết, mất tim thai	Suy thai cấp, sin, chết nhanh (máu thai)
Ngôi	Ngôi bất thường / cao	Bình thường	Ngôi lên cao	—

CLS: CTM, nhóm máu, **chéo máu**; đông máu (PT, aPTT, **fibrinogen**, D-dimer, tiểu cầu; nghiệm pháp cục máu đông bên giường); chức năng gan – thận; XN TSG; **siêu âm** (vị trí nhau, khối máu tụ sau nhau – độ nhay thấp, không loại trừ NBN; tim thai; ngôi); Doppler màu ngả âm đạo (mạch máu tiền đạo); **CTG** liên tục; Kleihauer-Betke (Rh âm, chấn thương); Apt test (máu thai hay mẹ).

4 Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

NBN là chẩn đoán lâm sàng, siêu âm chỉ hỗ trợ; xác định sau sinh (cục máu đông sau nhau, lổm mất nhau).

Phân độ Page (NBN)	Đặc điểm
Độ 0	Không triệu chứng; chẩn đoán sau sinh (máu cục sau nhau)
Độ I (nhẹ)	Ra huyết ít, tử cung tăng trương lực nhẹ, mẹ – thai ổn
Độ II (trung bình)	Tử cung cường tính, suy thai, mẹ chưa sốc, fibrinogen giảm
Độ III (nặng)	Tử cung co cứng như gỗ, thai chết , mẹ sốc; IIIa: không RL đông máu; IIIb: có RL đông máu (DIC)

Chẩn đoán mẫu: "Con lần 2, thai 35 tuần – Nhau bong non độ II trên nền TSG – suy thai".

Phân biệt khác: chuyển dạ (ra nhầy hồng, CTC xóa mờ), viêm CTC, polyp, ung thư CTC, trĩ, tiểu máu; đau bụng: viêm ruột thừa, sỏi thận, nhồi máu u xơ, thai trong ổ bụng.

5 Cận lâm sàng → chẩn đoán xác định

- **Nhau tiền đạo:** siêu âm ngả âm đạo (tiêu chuẩn vàng, an toàn).
- **Nhau bong non:** lâm sàng + CTG (nhịp nhanh/chậm, giảm dao động, nhịp giảm muộn, cơn gò tần số cao biên độ thấp) + RL đông máu (fibrinogen < 200 mg/dL tiền đoán bằng huyết nặng); siêu âm thấy khối máu tụ sau nhau (chỉ 25-50%). Xác định sau sổ nhau.
- **Vỡ tử cung:** lâm sàng, xác định khi phẫu thuật.
- **Mạch máu tiền đạo:** siêu âm Doppler màu ngả âm đạo trước sinh; Apt test / tìm HC có nhân (máu thai).

6 Nguyên tắc điều trị và tiên lượng

Nguyên tắc chung

- Hồi sức mẹ trước: 2 đường truyền lớn, dịch tinh thể, **truyền máu và chế phẩm** (HC lắng : huyết tương tươi đông lạnh : tiểu cầu ~ 1:1:1 khi truyền máu khối lượng lớn; cryo khi fibrinogen thấp), duy trì Hct $\geq$ 30%, nước tiểu $\geq$ 30 mL/giờ.
- Đánh giá tình trạng thai & tuổi thai $\rightarrow$ quyết định chấm dứt thai kỳ. Rh âm $\rightarrow$ anti-D. Corticoid nếu < 34 tuần và có thể trì hoãn.

Nhau bong non

- Thai sống, suy thai $\rightarrow$ mổ lấy thai cấp cứu.**
- Thai chết**, mẹ ổn định $\rightarrow$ ưu tiên **sinh ngả âm đạo** (bấm ối để giảm áp lực, giảm thromboplastin vào tuần hoàn mẹ, tăng co; oxytocin); mổ nếu chảy máu không kiểm soát, chuyển dạ không tiến triển, chỉ định sản khoa khác.
- Thể nhẹ, thai non tháng, mẹ - thai ổn $\rightarrow$ có thể theo dõi sát, corticoid.
- Tử cung Couvelaire (phong huyết tử cung - nhau) khi mổ: vẫn co hồi được $\rightarrow$ xoa, thuốc co hồi; cắt tử cung nếu băng huyết không cầm.
- Điều chỉnh DIC; phòng băng huyết sau sinh (đờ tử cung).

Vỡ tử cung

Hồi sức + mổ cấp cứu: khâu phục hồi hoặc cắt tử cung.

Mạch máu tiền đạo

Chẩn đoán trước sinh $\rightarrow$ nhập viện 30-34 tuần, corticoid, **mổ lấy thai chủ động 34-37 tuần**. Vỡ trong chuyển dạ $\rightarrow$ mổ cấp cứu.

Tiên lượng

NBN: mẹ - sốc, DIC, suy thận cấp, băng huyết, cắt tử cung, hội chứng Sheehan; tái phát 5-15% ($\approx$ 25% sau 2 lần). Thai - tử vong chu sinh cao (thai chết 20-40% ở NBN nặng), sinh non, ngạt. Mạch máu tiền đạo không chẩn đoán trước: tử vong thai $\sim$ 60%; chẩn đoán trước: sống > 95%.

Thai nghén thất bại sớm

Early pregnancy loss: thai trong tử cung không tiến triển trong 3 tháng đầu (< 13 tuần) — gồm thai ngưng phát triển, trứng trống và các thể sẩy thai.

1 Khai thác bệnh và khám triệu chứng

- **Tuổi thai** theo kinh chót, chu kỳ; kết quả siêu âm trước (đã thấy túi thai, yolk sac, phôi, tim thai chưa? ở tuổi thai nào?).
- **Ra huyết âm đạo**: lượng, có mô ra không (sẩy thai đang tiến triển/không trọn/trộn).
- **Đau bụng** hạ vị kiểu cơn gò, lan thất lưng.
- **Mất triệu chứng thai nghén** (hết nghén, hết căng ngực) — gợi ý thai ngưng phát triển.
- Sốt, dịch âm đạo hôi (sẩy thai nhiễm trùng – nhất là sau can thiệp ngoài cơ sở y tế).
- **Tiền căn**: số lần sẩy thai ($\geq 2-3$ lần $\rightarrow$ sẩy thai liên tiếp: APS, bất thường NST cha mẹ, dị dạng TC, hở eo), bệnh nội tiết (ĐTĐ, tuyến giáp), tuổi mẹ (yếu tố nguy cơ quan trọng nhất), hút thuốc, rượu, thuốc, nhiễm trùng.
- Nguyên nhân hàng đầu: **bất thường NST thai (~50%)**, chủ yếu trisomy.

Khám: sinh hiệu (mất máu, sốc – sẩy thai bằng huyết; sốt – nhiễm trùng); bụng; **mỏ vịt**: lượng máu, mô thai kẹt ở lỗ CTC (gây sốc phế vị – lấy ra ngay); **khám âm đạo**: CTC đóng hay mở, kích thước tử cung so với tuổi thai, phần phụ (loại trừ TNTC).

2 Tóm tắt bệnh án - Hội chứng

Thai phụ 38 tuổi, PARA 1011, trễ kinh 10 tuần, ra huyết ít 2 ngày, hết nghén. CTC đóng, tử cung to tương đương thai 7 tuần. Siêu âm: túi thai trong TC, CRL 9 mm, không có hoạt động tim thai.

- **Hội chứng thai nghén.**
- **Hội chứng xuất huyết 3 tháng đầu.**
- Siêu âm: thai trong TC không hoạt động tim thai / không phôi.
- $\pm$ Hội chứng nhiễm trùng, $\pm$ thiếu máu.

3 Biện luận và đề nghị cận lâm sàng

- Việc đầu tiên: **xác định thai trong tử cung** (loại trừ TNTC); nếu chưa thấy $\rightarrow$ xử trí như PUL (xem Bài 1).
- Thứ hai: **thai còn sống hay không** — phải dùng **tiêu chuẩn chẩn đoán chắc chắn** để tránh can thiệp nhầm vào thai còn sống; nếu chỉ nghi ngờ $\rightarrow$ hẹn siêu âm lại 7-14 ngày.
- Thứ ba: thể lâm sàng (CTC đóng/mở, còn mô không) $\rightarrow$ định hướng xử trí.

CLS: siêu âm ngả âm đạo ($\pm$ lặp lại), β -hCG định lượng ($\pm$ 48 giờ), CTM, nhóm máu ABO/Rh, đông máu (đặc biệt thai lưu lâu > 4 tuần – RL đông máu hiếm), CRP/cấy khi nghi nhiễm trùng; GPB mô (loại trừ thai trứng); sẩy thai liên tiếp: kháng thể kháng phospholipid, karyotype vợ chồng, siêu âm 3D/ HSG khảo sát TC, TSH, đường huyết.

4 Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán CHẮC CHẮN thai ngưng phát triển (SRU 2013 / ACOG)	GỢI Ý (ngghi ngờ - cần siêu âm lại)	
- CRL $\geq$ 7 mm không có hoạt động tim thai - Đường kính trung bình túi thai (MSD) $\geq$ 25 mm không có phôi - Không có phôi có tim thai $\geq$ 2 tuần sau siêu âm thấy túi thai không yolk sac - Không có phôi có tim thai $\geq$ 11 ngày sau siêu âm thấy túi thai có yolk sac	- CRL < 7 mm không tim thai - MSD 16–24 mm không phôi - Không phôi có tim thai 7–13 ngày sau SA thấy túi có yolk sac / 7–10 ngày sau SA thấy túi không yolk sac - Không phôi $\geq$ 6 tuần sau kinh chót - Túi ối rỗng / yolk sac lớn (> 7 mm) - Phôi nhỏ so với túi thai (MSD – CRL < 5 mm)	
Thể lâm sàng	CTC	Đặc điểm
Dọa sảy thai	Đóng	Ra huyết ít, thai còn sống
Sảy thai đang diễn tiến / không tránh được	Mở	Đau nhiều, ra huyết, có thể thấy mô ở lỗ CTC
Sảy thai không trọn	Mở	Đã ra một phần mô, còn sót trong lòng TC
Sảy thai trọn	Đóng	Đã ra hết, lòng TC trống, hết đau, ít máu
Thai ngưng phát triển / trứng trống	Đóng	Theo tiêu chuẩn siêu âm
Sảy thai nhiễm trùng	—	Sốt, đau, dịch hôi → nguy cơ nhiễm khuẩn huyết

Chẩn đoán mẫu: "Con lần 2, thai 10 tuần theo KC – Thai ngưng phát triển (CRL 9 mm không tim thai)".

Phân biệt: TNTC (túi thai giả), thai trong TC còn sống nhưng tuổi thai nhỏ hơn dự tính (sai ngày kinh), thai trứng, ra huyết do tổn thương CTC/âm đạo.

5 Cận lâm sàng → chẩn đoán xác định

- Siêu âm ngả âm đạo** đạt tiêu chuẩn chắc chắn → xác định thai nghén thất bại.
- β -hCG giảm dần hỗ trợ (không dùng đơn độc).
- Sảy thai trọn: chỉ xác định khi đã có siêu âm trước đó thấy thai trong TC (nếu không → theo dõi β -hCG đến âm tính để loại trừ TNTC).
- GPB mô nạo: gai nhau (xác định thai trong TC), loại trừ thai trứng.

6 Nguyên tắc điều trị và tiên lượng

Ba lựa chọn tương đương về hiệu quả cuối cùng (bệnh nhân ổn định, không nhiễm trùng) → **tư vấn cho bệnh nhân chọn**:

Phương pháp	Nội dung
Theo dõi (expectant)	Chờ tự sảy trong 2–4 tuần; thành công ~80% ở 8 tuần; phù hợp sảy không trọn.
Nội khoa	Mifepristone 200 mg uống , 24 giờ sau Misoprostol 800 μg đặt âm đạo (hiệu quả hơn misoprostol đơn thuần); hoặc misoprostol 800 μ g đặt Âm đạo đơn thuần (lặp lại 1 lần sau $\geq$ 3 giờ – 7 ngày nếu chưa ra). Siêu âm kiểm tra sau 7–14 ngày.
Ngoại khoa – hút chân không (MVA/EVA)	Chỉ định bắt buộc: băng huyết, huyết động không ổn, nhiễm trùng , bệnh lý tim mạch/RL đông máu, bệnh nhân muốn. Hiệu quả nhanh ~99%.

- Sảy thai nhiễm trùng: kháng sinh phổ rộng TM + hút sạch buồng TC sớm.
- Rh âm → anti-D** (khuyến cáo trong sảy thai ngoại khoa; nội khoa/tự nhiên tùy hướng dẫn).

- Dọa sẩy thai: nghỉ ngơi (không chứng minh hiệu quả); progesterone có lợi ở nhóm có tiền căn sẩy thai + ra huyết (PRISM).
- Tư vấn tâm lý; có thể có thai lại ngay sau chu kỳ kinh kế tiếp.

Tiên lượng

Chiếm 10–15% thai kỳ lâm sàng; đa số là biến cố đơn lẻ do bất thường NST ngẫu nhiên → khả năng thành công lần sau tốt (~80%). Nguy cơ tăng theo tuổi mẹ và số lần sẩy trước. ≥ 2 –3 lần liên tiếp → khảo sát sẩy thai liên tiếp. Biến chứng can thiệp: sót nhau, nhiễm trùng, thủng TC, dính buồng TC (Asherman).

Suy thai / bất thường tim thai trong chuyển dạ

Đánh giá tình trạng thai qua bằng ghi tim thai – cơn gò (CTG), phân loại 3 nhóm (ACOG/NICHD 2008) và hồi sức thai trong tử cung.

1 Khai thác bệnh và khám triệu chứng

Khai thác

- Tuổi thai, diễn tiến chuyển dạ: thời điểm chuyển dạ, **vỡ ối** (thời gian, **màu nước ối** – xanh/phân su, có máu, hôi), thuốc đang dùng (**oxytocin, misoprostol**, giảm đau ngoài màng cứng, MgSO₄, opioid), sốt.
- Yếu tố nguy cơ thai giảm dự trữ: FGR, TSG, ĐTĐ, thai quá ngày, thiếu ối, đa thai, thai non tháng, nhau bong non, sẹo mổ cũ, cử động thai giảm trước chuyển dạ, CTG trước đó.

Khám

- Mẹ:** mạch (phân biệt tim mẹ – tim thai), HA (tụt sau gây tê), nhiệt độ (nhiễm trùng ối), tư thế nằm ngửa.
- Cơn gò:** tần số, thời gian, trương lực nền → **cơn gò cường tính (tachysystole: > 5 cơn/10 phút, trung bình trong 30 phút)**, tử cung tăng trương lực (NBN).
- Tim thai:** nghe ngất quãng (Pinard/Doppler) hoặc CTG liên tục — đọc theo **DR C BRAVADO**: Determine Risk – Contractions – Baseline Rate – Variability – Accelerations – Decelerations – Overall.
- Khám âm đạo:** độ mở, ngôi – thế – kiểu thế – độ lọt, búi huyết thanh, chống khớp, **sa dây rốn** (sờ thấy dây rốn đập), màu nước ối; đánh giá tiến triển chuyển dạ (chuyển dạ kéo dài/tắc nghẽn).
- Dấu hiệu dọa vỡ/vỡ TC (vòng Bandl, đau trên xương mu ở sẹo mổ cũ).

2 Tóm tắt bệnh án - Hội chứng

Sản phụ 26 tuổi, con so, thai 39 tuần, chuyển dạ giai đoạn 1 pha hoạt động, CTC 6 cm, ối vỡ 3 giờ nước ối xanh, đang truyền oxytocin. CTG: 6 cơn gò/10 phút, TTCB 165 l/p, dao động nội tại 3 l/p, nhịp giảm muộn lặp lại sau mọi cơn gò.

- Hội chứng chuyển dạ** (giai đoạn, pha).
- Hội chứng bất thường nhịp tim thai** – CTG nhóm II / III.
- ± Cơn gò cường tính; ± nước ối phân su; ± hội chứng nhiễm trùng ối (sốt, tim thai nhanh).

3 Biện luận và đề nghị cận lâm sàng

- Đọc CTG hệ thống → xếp nhóm → **tìm nguyên nhân có thể đảo ngược**.
- Nhịp giảm muộn** = thiếu năng tuần hoàn tử cung – nhau (cơn gò cường tính, hạ HA mẹ, suy nhau, NBN). **Nhịp giảm bất định (biến đổi)** = chèn ép dây rốn (thiếu ối, sa dây rốn, dây rốn quấn cổ). **Nhịp giảm sớm** = chèn ép đầu – lành tính. **Nhịp chậm kéo dài** = NBN, vỡ TC, sa dây rốn, hạ HA nặng sau gây tê, cơn gò cường tính.
- Mất dao động nội tại** là dấu hiệu nặng nhất (toan chuyển hóa); cần loại trừ ngủ, thuốc (opioid, MgSO₄), sinh non.
- Nhịp tim thai nhanh: sốt mẹ/nhiễm trùng ối, thuốc (β-agonist), cường giáp, thiếu máu thai, thiếu oxy giai đoạn sớm.

CLS: CTG liên tục; kích thích da đầu thai / kích thích âm thanh (có nhịp tăng → pH ≥ 7,20 khả năng cao); **pH/lactate máu da đầu thai** (nơi có); siêu âm (tim thai, ối, nhau, ngôi); CTM, CRP mẹ khi sốt; sau sinh: **khí máu động mạch rốn**, Apgar.

4 Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

Nhóm	Tiêu chuẩn (ACOG/NICHD 2008)	Ý nghĩa
I bình thường	Tất cả: TTCB 110-160 l/p ; dao động nội tại trung bình (6-25 l/p) ; không nhịp giảm muộn/bất định; có/không nhịp giảm sớm; có/không nhịp tăng	Không toan chuyển hóa → theo dõi thường quy
II trung gian	Mọi CTG không thuộc nhóm I hoặc III (VD: nhịp nhanh, nhịp chậm còn dao động, dao động tối thiểu, mất dao động không kèm nhịp giảm lặp lại, dao động tăng, nhịp giảm muộn/bất định lặp lại còn dao động trung bình, nhịp giảm kéo dài 2-10 phút, không có nhịp tăng khi kích thích...)	Chưa kết luận → đánh giá, hồi sức, theo dõi sát
III bất thường	Mất dao động nội tại kèm 1 trong: nhịp giảm muộn lặp lại, nhịp giảm bất định lặp lại, nhịp chậm; hoặc nhịp hình sin	Nguy cơ toan chuyển hóa cao → hồi sức + chuẩn bị sinh nhanh

Định nghĩa: dao động mất (không thấy), tối thiểu (≤ 5), trung bình (6-25), tăng (> 25). Nhịp tăng: ≥ 15 l/p kéo dài ≥ 15 giây (≥ 32 tuần; < 32 tuần: 10 l/p $\times$ 10 giây). "Lặp lại" = xảy ra $\geq 50\%$ cơn gò trong 20 phút. Nhịp giảm kéo dài: ≥ 2 phút, < 10 phút (≥ 10 phút = thay đổi TTCB).

Chẩn đoán mẫu: "Con so, thai 39 tuần, chuyển dạ giai đoạn 1 pha hoạt động - ối vỡ, nước ối xanh - CTG nhóm III (mất dao động, nhịp giảm muộn lặp lại) - cơn gò cường tính do oxytocin".

Hiện nay tránh dùng "suy thai" (fetal distress) vì giá trị tiên đoán dương thấp → dùng "tình trạng thai không đảm bảo" / "CTG nhóm II/III".

Phân biệt: ghi nhầm tim mẹ (mẹ nhịp nhanh), rối loạn nhịp tim thai (block nhĩ thất bẩm sinh - mẹ lupus; nhịp nhanh trên thất), nhịp giả hình sin (mút tay, opioid) vs nhịp hình sin thật (thiếu máu thai nặng, Rh, vỡ mạch máu tiền đạo, xuất huyết mẹ - thai).

5 Cận lâm sàng → chẩn đoán xác định

- CTG ghi ≥ 20 phút, đủ chất lượng → phân nhóm.
- Xác định toan hóa thai: pH máu da đầu $< 7,20$ (lactate $> 4,8$ mmol/L) → sinh ngay; 7,20-7,25 → lặp lại sau 30 phút.
- Sau sinh - tiêu chuẩn ngạt chu sinh gây tổn thương não: pH máu ĐM rốn $< 7,0$ và/hoặc BE ≤ -12 mmol/L; Apgar < 5 lúc 5 và 10 phút; bệnh não sơ sinh; tổn thương đa cơ quan.

6 Nguyên tắc điều trị và tiên lượng

Hồi sức thai trong tử cung (nhóm II/III)

Mục tiêu	Biện pháp
Tăng oxy hóa & tưới máu nhau	Nằm nghiêng trái ; bù dịch TM (500-1 000 mL); điều chỉnh hạ HA (ephedrin/phenylephrin sau gây tê); oxy cho mẹ (khi mẹ thiếu oxy - vai trò còn tranh cãi)
Giảm hoạt động tử cung	Ngưng oxytocin /lấy misoprostol ra; thuốc giảm gò cấp: Terbutaline 0,25 mg TDD (hoặc nitroglycerin)
Giảm chèn ép dây rốn	Đổi tư thế; truyền ối (amnioinfusion) khi nhịp giảm bất định lặp lại; sa dây rốn: đẩy ngò lên, tư thế gối - ngực, mổ cấp cứu
Đánh giá lại	Khám âm đạo loại trừ sa dây rốn, chuyển dạ nhanh; kích thích da đầu

- Nhóm I:** theo dõi thường quy (giai đoạn 1 mỗi 30 phút, giai đoạn 2 mỗi 15 phút với nguy cơ thấp).
- Nhóm II:** hồi sức + theo dõi liên tục; nếu có dao động trung bình hoặc nhịp tăng → có thể tiếp tục chuyển dạ; không cải thiện/tiến xấu → chấm dứt.

- **Nhóm III:** hồi sức ngay; **không cải thiện → sinh ngay** (mổ lấy thai hoặc giúp sinh bằng forceps/giác hút nếu đủ điều kiện ở giai đoạn 2). Mục tiêu từ quyết định đến sinh ~ 30 phút.
- Nước ối phân su: không hút nhót thường quy khi đầu ra; chuẩn bị hồi sức sơ sinh.
- Nhiễm trùng ối: kháng sinh (ampicillin + gentamicin), hạ sốt.

Tiên lượng

CTG nhóm I dự báo tốt tình trạng thai bình thường; nhóm III giá trị dự báo toan hóa cao nhưng vẫn nhiều dương tính giả. Thiếu oxy kéo dài → toan chuyển hóa, bệnh não thiếu oxy – thiếu máu cục bộ (HIE), bại não, tử vong chu sinh; hít ối phân su. CTG liên tục giảm co giạt sơ sinh nhưng làm tăng mổ lấy thai & sinh giúp, không giảm bại não.

Thai trứng

Bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ (GTD) lành tính: tăng sinh nguyên bào nuôi + thoái hóa nước gai nhau. Hai thể: toàn phần và bán phần.

1 Khai thác bệnh và khám triệu chứng

- **Trễ kinh + ra huyết âm đạo** (thường nhất, 6–16 tuần), máu sậm, rỉ rả, có thể ra **mô dạng chùm nho**.
- **Nghén nặng** (nôn nhiều), triệu chứng **cường giáp** (hồi hộp, run tay, sụt cân — do hCG kích thích thụ thể TSH), triệu chứng **TSG sớm trước 20 tuần** (nhức đầu, phù, THA), khó thở (thuyên tắc nguyên bào nuôi, suy tim).
- Không thấy cử động thai dù tử cung to.
- **Yếu tố nguy cơ**: tuổi mẹ < 20 hoặc > 35 (nhất là > 40), tiền căn thai trứng (nguy cơ tái phát 1–2%), tiền căn sảy thai, người châu Á, thiếu caroten/vitamin A.
- Hiện nay nhờ siêu âm & β -hCG sớm, nhiều ca chẩn đoán khi còn **không triệu chứng**.

Khám: thiếu máu, sinh hiệu (mạch nhanh, HA tăng); **tử cung to hơn tuổi thai**, mềm; không nghe tim thai (thể toàn phần); **nang hoàng tuyến 2 bên** (khối cạnh TC, > 6 cm); mô vệt: máu/mô trứng, **nhân di căn âm đạo** (tím, dễ chảy máu – không sinh thiết).

2 Tóm tắt bệnh án - Hội chứng

Phụ nữ 42 tuổi, PARA 2002, trễ kinh 11 tuần, ra huyết âm đạo rỉ rả 2 tuần, nôn nhiều. HA 150/95, mạch 110. Tử cung to tương đương thai 16 tuần, không nghe tim thai, 2 phần phụ có khối ~7 cm. β -hCG 450 000 mIU/mL.

- **Hội chứng thai nghén** (tăng β -hCG bất thường).
- **Hội chứng xuất huyết 3 tháng đầu**.
- Tử cung to hơn tuổi thai; $\pm$ hội chứng cường giáp; $\pm$ TSG sớm; $\pm$ thiếu máu; $\pm$ khối 2 phần phụ.

3 Biện luận và đề nghị cận lâm sàng

- Tử cung to hơn tuổi thai + ra huyết + nghén nặng/cường giáp/TSG < 20 tuần + β -hCG rất cao $\rightarrow$ nghĩ thai trứng.
- Xác định thể (toàn phần/bán phần) và yếu tố **nguy cơ cao** diễn tiến thành u nguyên bào nuôi (GTN).
- Đánh giá biến chứng: thiếu máu, cường giáp (nguy cơ cơn bão giáp khi gây mê/hút nạo), TSG, rối loạn điện giải, thuyên tắc phổi.

CLS: β -hCG định lượng; siêu âm; CTM, nhóm máu – Rh, đông máu; **TSH, FT4**; chức năng gan – thận, điện giải, TPTNT (đạm); **X-quang ngực** (tầm soát di căn phổi); ECG; GPB mô sau hút.

4 Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

	Thai trứng toàn phần	Thai trứng bán phần
Nhiễm sắc thể	46,XX (90%, 1 tinh trùng tự nhân đôi vào trứng không nhân) / 46,XY — toàn bộ nguồn gốc cha	Tam bội 69,XXY / XXX (1 trứng + 2 tinh trùng)
Mô thai	Không có	Có (thường dị dạng, FGR)
Thoái hóa nước gai nhau	Lan tỏa	Khu trú
p57 (nhuộm HMMD)	Âm tính	Dương tính
β -hCG	Rất cao (thường > 100 000)	Thấp hơn
Kích thước TC	Thường lớn hơn tuổi thai	Thường bằng/nhỏ hơn
Nguy cơ GTN	15-20%	0,5-5%

Chẩn đoán mẫu: "Thai trứng toàn phần nguy cơ cao – biến chứng cường giáp, TSG – nang hoàng tuyến 2 bên".

Phân biệt: sẩy thai/thai ngưng phát triển (thoái hóa nước bánh nhau – "thai trứng già"), đa thai (TC to, β -hCG cao), u xơ TC + thai, thai trứng kèm thai bình thường (song thai), u nguyên bào nuôi, nhau bị thoái hóa (mesenchymal dysplasia).

5 Cận lâm sàng → chẩn đoán xác định

- **Siêu âm:** toàn phần – buồng TC đầy phản âm hỗn hợp nhiều nang nhỏ **"hình bão tuyết / tổ ong"**, không có phôi thai; nang hoàng tuyến nhiều thùy 2 bên. Bán phần – bánh nhau dày có nang, có túi ối/thai (thường dị dạng).
- **β -hCG** cao bất thường so với tuổi thai.
- **Chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh** ($\pm$ p57, ploidy).

6 Nguyên tắc điều trị và tiên lượng

1. Ổn định nội khoa trước: điều trị thiếu máu, cường giáp (chẹn β), TSG, điện giải.
2. **Hút nạo buồng tử cung bằng ống hút chân không** (lựa chọn chính, bất kể kích thước TC) – nong CTC, hút; **truyền oxytocin sau khi bắt đầu hút** (tránh trước khi hút → truyền tắc nguyên bào nuôi); nạo nhẹ kiểm tra. Chuẩn bị máu. Không dùng misoprostol/khởi phát bằng thuốc.
3. **Cắt tử cung (để lại buồng trứng):** phụ nữ lớn tuổi (≥ 40), đủ con — giảm nguy cơ xâm lấn tại chỗ nhưng vẫn phải theo dõi β -hCG.
4. **Rh âm → anti-D.** Nang hoàng tuyến tự thoái triển sau 8–12 tuần (không mổ trừ khi xoắn/vỡ).
5. **Hóa trị dự phòng** (MTX hoặc Actinomycin D): không khuyến cáo thường quy; cân nhắc cho thai trứng toàn phần nguy cơ cao khi không bảo đảm theo dõi (tuổi > 40, β -hCG > 100 000, TC to hơn tuổi thai, nang hoàng tuyến > 6 cm).

Theo dõi sau hút nạo

- **β -hCG mỗi tuần** đến khi âm tính **3 lần liên tiếp**, sau đó **mỗi tháng trong 6 tháng** (toàn phần). Bán phần: sau khi âm tính, thử thêm 1 lần sau 1 tháng.
- **Tránh thai hiệu quả** trong suốt thời gian theo dõi — ưu tiên **thuốc viên tránh thai phối hợp** (không đặt DCTC khi β -hCG chưa âm).
- Khám lâm sàng, X-quang ngực khi nghi GTN.

Tiêu chuẩn chẩn đoán u nguyên bào nuôi sau thai trứng (FIGO 2000/2018)

- β -hCG **bình nguyên** ($\pm 10\%$) qua 4 lần đo trong 3 tuần (ngày 1, 7, 14, 21)
 - β -hCG **tăng $\geq 10\%$** qua 3 lần đo trong 2 tuần (ngày 1, 7, 14)
 - GPB là choriocarcinoma
 - (cũ) β -hCG vẫn còn sau 6 tháng
- Đánh giá giai đoạn FIGO + điểm tiên lượng WHO (≤ 6 : nguy cơ thấp – đơn hóa trị MTX/Act-D; ≥ 7 : nguy cơ cao – đa hóa trị EMA-CO).

Tiên lượng

Phần lớn khỏi sau hút nạo. Nguy cơ GTN 15–20% (toàn phần), $< 5\%$ (bán phần); GTN có tỉ lệ chữa khỏi gần 100% (nguy cơ thấp) nhờ nhạy hóa trị. Tái phát thai trứng lần sau 1–2% → siêu âm sớm lần có thai tới + β -hCG 6 tuần sau sinh.

Nhau tiền đạo

Bánh nhau bám một phần hoặc toàn bộ ở đoạn dưới tử cung, che một phần/toàn bộ lỗ trong CTC — nguyên nhân ra huyết không đau 3 tháng cuối.

1 Khai thác bệnh và khám triệu chứng

- **Ra huyết âm đạo đỏ tươi, không đau, tự nhiên** (thường khi ngủ dậy), lượng ít → nhiều, **tự cầm, tái phát** với lượng tăng dần; lần đầu thường ~ 28–34 tuần ("lần chảy máu báo động").
- Kết quả siêu âm quý 2 (nhau bám thấp? phần lớn "di chuyển" lên khi đoạn dưới thành lập).
- Con gò kèm theo (10–20% có thể có gò).
- **Yếu tố nguy cơ: tiền căn mổ lấy thai** (nguy cơ tăng theo số lần mổ), nạo hút buồng TC, bóc nhân xơ, tiền căn NTĐ, đa sản, tuổi ≥ 35 , đa thai, IVF, hút thuốc, cocaine.
- **Tầm soát nhau cài răng lược (PAS):** NTĐ + sẹo mổ cũ → nguy cơ PAS tăng rõ (3% với 0 sẹo, ~11% 1 sẹo, ~40% 2 sẹo, > 60% ≥ 3 sẹo).

Khám: sinh hiệu, thiếu máu tương xứng máu mất; tử cung **mềm, không đau; ngôi bất thường hoặc ngôi đầu cao lỏng** (ngôi ngang, ngôi mông); tim thai thường bình thường; mỏ vịt nhẹ nhàng xác định máu từ lỗ CTC. **Tuyệt đối không khám âm đạo bằng tay.**

2 Tóm tắt bệnh án - Hội chứng

Thai phụ 35 tuổi, PARA 2002, 2 lần mổ lấy thai, thai 32 tuần, vào viện vì ra huyết đỏ tươi không đau lượng ~100 mL, lần thứ 2. M 90, HA 110/70, tử cung mềm, ngôi ngang, tim thai 140 l/p.

- **Hội chứng xuất huyết 3 tháng cuối** (không đau, tái phát).
- $\pm$ Hội chứng thiếu máu.
- Ngôi bất thường.
- Yếu tố nguy cơ: 2 sẹo mổ cũ → theo dõi nhau cài răng lược.

3 Biện luận và đề nghị cận lâm sàng

- Ra huyết đỏ tươi không đau, tử cung mềm, ngôi bất thường → hướng NTĐ, phân biệt NBN (đau, TC cường tính), vỡ mạch máu tiền đạo, nguyên nhân CTC.
- Đánh giá mức độ chảy máu và huyết động → quyết định giữ thai hay chấm dứt.
- Có sẹo mổ cũ → khảo sát PAS vì thay đổi hoàn toàn kế hoạch mổ.

CLS: siêu âm ngả âm đạo (tiêu chuẩn vàng, an toàn — đo khoảng cách bờ bánh nhau – lỗ trong CTC), siêu âm Doppler màu (PAS, mạch máu tiền đạo), **MRI** (khi nghi PAS mặt sau/xâm lấn sâu), CTM, nhóm máu – Rh, chéo máu, đông máu, CTG, Kleihauer-Betke (Rh âm).

4 Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

Phân loại hiện hành (AIUM/SMFM - siêu âm)	Phân loại kinh điển (giải phẫu, khám lúc chuyển dạ)
• Nhau tiền đạo: bánh nhau che lỗ trong CTC (một phần hay toàn phần) • Nhau bám thấp: bờ bánh nhau cách lỗ trong CTC < 20 mm nhưng không che	• Bám thấp (bám đoạn dưới, chưa tới lỗ trong) • Bám mép (tới sát bờ lỗ trong) • Bám trung tâm (che một phần) • Trung tâm hoàn toàn (che toàn bộ)

Chẩn đoán NTĐ nên xác nhận lại ở ~32 tuần: > 90% nhau bám thấp phát hiện quý 2 sẽ hết khi đoạn dưới thành lập.

Chẩn đoán mẫu: "Con lần 3, thai 32 tuần, 2 lần mổ lấy thai – Nhau tiền đạo trung tâm – theo dõi nhau cài răng lược – ngôi ngang – thiếu máu nhẹ".

Phân biệt: nhau bong non, vỡ mạch máu tiền đạo, vỡ tử cung, chuyển dạ sinh non, nguyên nhân tại CTC – âm đạo (polyp, viêm, K CTC, tổn thương), vỡ xoang tĩnh mạch bờ bánh nhau.

5 Cận lâm sàng → chẩn đoán xác định

- **Siêu âm ngả âm đạo** xác định vị trí bờ bánh nhau so với lỗ trong CTC.
- PAS trên siêu âm: mất vùng echo kém sau nhau, hồ huyết bất thường (nhiều hồ huyết – "pho mát Thụy Sĩ"), cơ TC mỏng < 1 mm, gián đoạn thành bàng quang, tăng sinh mạch máu mặt tiếp xúc TC – bàng quang (Doppler), nhau lồi vào bàng quang. MRI hỗ trợ.
- Xác định sau sinh: vị trí màng rách cách bờ bánh nhau < 10 cm (chẩn đoán hồi cứu kinh điển).

6 Nguyên tắc điều trị và tiên lượng

Chảy máu nặng / huyết động không ổn / thai suy / chuyển dạ thật

Hồi sức + **mổ lấy thai cấp cứu** bất kể tuổi thai.

Chảy máu ít, mẹ - thai ổn định, thai non tháng → điều trị bảo tồn

- Nhập viện, nằm nghỉ, theo dõi sinh hiệu – máu mất – tim thai; bổ sung sắt, truyền máu khi cần (Hb > 10 g/dL).
- **Corticoid** 24-34 tuần; **MgSO4 bảo vệ thần kinh < 32 tuần** nếu dự kiến sinh.
- Thuốc giảm gò: có thể dùng ngắn hạn khi có cơn gò và chảy máu ít, huyết động ổn (để hoàn tất corticoid).
- Rh âm → anti-D. Kiêng giao hợp, không thụt tháo.
- Có thể theo dõi ngoại trú nếu hết chảy máu, gần bệnh viện, có người hỗ trợ.

Chấm dứt thai kỳ chủ động (ACOG)

Tình huống	Thời điểm
NTĐ không biến chứng	36 0/7 - 37 6/7 tuần
Nghi nhau cài răng lược	34 0/7 - 35 6/7 tuần , mổ tại trung tâm có ekip đa chuyên khoa
Mạch máu tiền đạo	34 0/7 - 37 0/7 tuần

- **Phương pháp:** NTĐ (che lỗ trong) → **mổ lấy thai**. Nhau bám thấp: bờ nhau cách lỗ trong > 20 mm → sinh ngả âm đạo; 10-20 mm → có thể thử sinh ngả âm đạo tại nơi sẵn sàng mổ; < 10 mm → thường mổ.
- Kỹ thuật mổ: rạch da, rạch TC tránh bánh nhau (thân TC nếu nhau mặt trước che toàn bộ đoạn dưới); chuẩn bị máu, **băng huyết sau sổ nhau do đoạn dưới co kém** → oxytocin, carbetocin, khâu mũi chữ B/khâu ép đoạn dưới, bóng chèn, thắt động mạch TC/hạ vị, **cắt tử cung**.
- PAS: mổ lấy thai + cắt tử cung để nguyên bánh nhau tại chỗ (không cố bóc nhau).

Tiên lượng

Mẹ: băng huyết trước – trong – sau sinh, truyền máu, cắt tử cung (nhất là PAS), nhiễm trùng hậu sản, thuyên tắc; tử vong mẹ hiện thấp nhờ chẩn đoán trước sinh. Thai: sinh non (nguyên nhân chính của bệnh suất), FGR nhẹ, ngôi bất thường, thiếu máu thai. Tái phát ở thai kỳ sau tăng 4-8 lần.

Thiếu máu thai kỳ & nhiễm trùng bào thai thường gặp

Phần A: thiếu máu (thiếu sắt, thalassemia). Phần B: nhiễm trùng truyền dọc mẹ – con (TORCH, giang mai, HBV, HIV, GBS).

1 Khai thác bệnh và khám triệu chứng

A. Thiếu máu

- Mệt, chóng mặt, hồi hộp, khó thở khi gắng sức, giảm tập trung, móng dễ gãy, thèm ăn đá/đất (pica).
- Chế độ ăn, bổ sung sắt – acid folic (liều, tuân thủ, tác dụng phụ), nghén nặng.
- Khoảng cách giữa các lần sinh ngắn, đa thai, mất máu (trĩ, giun móc, rong kinh trước mang thai, xuất huyết thai kỳ).
- Tiền căn bản thân/gia đình thalassemia**, truyền máu, lách to, kết quả điện di Hb; dân tộc/vùng miền nguy cơ cao; kết quả tầm soát của chồng.
- Bệnh mạn: thận, viêm, nhiễm trùng; ăn chay.

Khám: da niêm nhợt, móng, lưỡi mất gai, nhịp tim nhanh, âm thổi tâm thu; **vàng da, gan lách to, bộ mặt thalassemia** (tán huyết); BCTC, tim thai (FGR).

B. Nhiễm trùng bào thai

- Triệu chứng nhiễm trùng mẹ trong thai kỳ và **tuổi thai lúc nhiễm**: sốt, **phát ban** (rubella, thủy đậu, parvovirus B19, sởi), hạch sau tai – cổ (rubella, toxoplasma), hội chứng giống cúm/mono (CMV, toxoplasma), mụn nước sinh dục (HSV), săng/loét sinh dục (giang mai).
- Tiếp xúc: trẻ nhỏ (CMV, parvovirus – giáo viên mầm non), mèo, thịt tái, rau sống (toxoplasma), người bệnh phát ban.
- Tiêm chủng trước mang thai (rubella, thủy đậu, HBV), kết quả XN tiền sản (HBsAg, HIV, giang mai, rubella IgG).
- Hành vi nguy cơ, bạn tình.

Khám: ban, hạch, gan lách, tổn thương sinh dục (săng, sùi, mụn nước), BCTC (FGR), lượng ối.

2 Tóm tắt bệnh án - Hội chứng

Thai phụ 25 tuổi, thai 20 tuần, mệt, da xanh. Hb 9,2 g/dL, MCV 65 fL, MCH 20 pg. Chồng MCV 68 fL. — hoặc — Thai phụ 30 tuổi thai 10 tuần sốt nhẹ, phát ban, hạch sau tai 3 ngày trước, chưa tiêm ngừa rubella.

- Hội chứng thiếu máu** (mạn): thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc ± **hội chứng tán huyết**.
- Hội chứng nhiễm trùng / hội chứng phát ban - sốt** trong thai kỳ; ± **hội chứng bất thường thai trên siêu âm** (FGR, vô hóa, não thất dẫn, phù thai).

3 Biện luận và đề nghị cận lâm sàng

A. Thiếu máu

- Xác định có thiếu máu theo ngưỡng thai kỳ → phân loại theo MCV: **hồng cầu nhỏ** (thiếu sắt – thường nhất ~75%; thalassemia), **to** (thiếu folate/B12), bình thường (mất máu cấp, bệnh mạn, tán huyết).
- MCV < 80 fL / MCH < 27 pg → phân biệt thiếu sắt vs thalassemia: **ferritin + điện di Hb**; chỉ số Mentzer (MCV/RBC < 13 → thalassemia).
- Nếu mẹ mang gen thalassemia → **tầm soát chồng**; cả hai cùng mang gen cùng nhóm (α hoặc β) → nguy cơ thai bệnh nặng 25% → chẩn đoán trước sinh.

CLS: CTM + chỉ số HC, hồng cầu lưới, phết máu, **ferritin** ($\pm$ sắt HT, độ bão hòa transferrin), điện di Hb, xét nghiệm gen α/β -thalassemia, folate/B12, bilirubin, LDH, soi phân tìm giun; chồng: CTM, điện di Hb.

B. Nhiễm trùng bào thai

- Xác định mẹ có nhiễm **tiền phát trong thai kỳ** không (IgM, IgG, **ái lực IgG - avidity**, chuyển đổi huyết thanh), thời điểm nhiễm → ước lượng nguy cơ lây truyền & tổn thương thai.
- Xác định thai có bị nhiễm (chọc ối PCR sau 18-21 tuần và ≥ 6-8 tuần sau nhiễm mẹ) và có tổn thương (siêu âm).

CLS: huyết thanh TORCH (IgM, IgG, avidity), VDRL/RPR + TPHA/TPPA, HBsAg (± HBeAg, HBV-DNA, men gan), HIV (test nhanh → khẳng định, tải lượng, CD4), **cấy GBS âm đạo - trực tràng ở 36 0/7-37 6/7 tuần**; siêu âm hình thái, Doppler ĐMNG (thiếu máu thai - parvovirus); chọc ối PCR.

4 Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

Thiếu máu thai kỳ	Ngưỡng
Quý 1 và quý 3	Hb < 11,0 g/dL (Hct < 33%)
Quý 2	Hb < 10,5 g/dL (Hct < 32%)
Mức độ (WHO)	Nhẹ 10-10,9; trung bình 7-9,9; nặng < 7 g/dL
Thiếu sắt	Ferritin < 30 µg/L (< 15 = cận kiệt dự trữ)
Thalassemia thể ẩn	HC nhỏ, ferritin bình thường, số lượng HC bình thường/cao; β-thal: HbA2 > 3,5%; α-thal: HbA2 bình thường/thấp → XN gen

Tác nhân	Tổn thương thai điển hình	Ghi chú
Rubella	HC rubella bẩm sinh: đục thủy tinh thể, điếc, tim bẩm sinh (còn ống ĐM, hẹp ĐM phổi) , FGR, gan lách to	Nhiễm < 12 tuần nguy cơ dị tật ~80-90%; > 20 tuần hầu như không
CMV (thường gặp nhất)	Vôi hóa quanh não thất, đầu nhỏ, dẫn não thất, ruột tăng âm, FGR; điếc tiếp nhận di chứng thường gặp	Lây nhiều nhất quý 3, nặng nhất khi nhiễm quý 1
Toxoplasma	Tam chứng: não úng thủy, vôi hóa nội sọ lan tỏa, viêm hắc võng mạc	Lây tăng theo tuổi thai, nặng khi nhiễm sớm
Giang mai	Thai lưu, phù thai, gan lách to, nhau to; giang mai bẩm sinh sớm/muộn	Lây mọi tuổi thai
Parvovirus B19	Thiếu máu thai → phù thai không do miễn dịch	ĐMNG PSV > 1,5 MoM
Thủy đậu	HC thủy đậu bẩm sinh (sẹo da, thiếu sản chi) nếu < 20 tuần; sơ sinh nặng nếu mẹ phát bệnh 5 ngày trước - 2 ngày sau sinh	
HBV, HIV, HSV, GBS	Lây chủ yếu lúc sinh / chu sinh	Dự phòng hiệu quả

5 Cận lâm sàng → chẩn đoán xác định

- **Thiếu máu thiếu sắt:** Hb dưới ngưỡng + HC nhỏ nhợt sắc + ferritin thấp. **Thalassemia:** điện di Hb + phân tích gen; thai: CVS/chọc ối xét nghiệm gen; α-thal đồng hợp (Hb Bart) → phù thai, tim to, nhau dày trên siêu âm.
- **Nhiễm tiền phát mẹ:** chuyển đổi huyết thanh (IgG âm → dương) hoặc IgM (+) + **IgG ái lực thấp** (ái lực cao → nhiễm > 3-4 tháng trước, loại trừ nhiễm trong quý 1 nếu làm sớm).
- **Nhiễm thai:** PCR dịch ối. Giang mai: RPR/VDRL + TPHA (+). HBV: HBsAg (+), HBV-DNA. HIV: theo quy trình khẳng định quốc gia.

6 Nguyên tắc điều trị và tiên lượng

A. Thiếu máu

- **Dự phòng:** sắt nguyên tố 30–60 mg/ngày + acid folic 400 µg/ngày suốt thai kỳ (folic từ trước mang thai).
- **Điều trị thiếu sắt:** sắt uống 60–120 mg/ngày (xa bữa ăn, với vitamin C, tránh trà/sữa/canxi cùng lúc), đánh giá Hb sau 2–4 tuần (tăng ≥ 1 g/dL). Không đáp ứng/không dung nạp/thiếu máu nặng ở quý 2–3 → **sắt truyền TM** (sắt sucrose, ferric carboxymaltose). Truyền máu khi Hb < 7 g/dL hoặc có triệu chứng, gần sinh, mất máu cấp.
- **Thalassemia:** không bổ sung sắt nếu không thiếu sắt; acid folic liều cao (5 mg); tư vấn di truyền, chẩn đoán trước sinh khi cả hai vợ chồng mang gen; thai bệnh nặng (Hb Bart, β -thal thể nặng) → tư vấn chấm dứt thai kỳ.

B. Nhiễm trùng bào thai

Tác nhân	Xử trí
Rubella	Không có điều trị; nhiễm tiên phát < 12–16 tuần → tư vấn chấm dứt thai kỳ. Phòng: tiêm MMR trước mang thai ≥ 1 tháng (vaccine sống – chống chỉ định khi mang thai; tiêm sau sinh).
CMV	Chưa có điều trị chuẩn (valacyclovir liều cao có thể giảm lây nhiễm nếu nhiễm tiên phát quý 1); vệ sinh tay khi tiếp xúc trẻ nhỏ; tư vấn tùy tổn thương.
Toxoplasma	Mẹ nhiễm, thai chưa nhiễm: Spiramycin ; thai nhiễm (PCR ối +): Pyrimethamine + Sulfadiazine + Acid folinic (sau 18 tuần).
Giang mai	Benzathine penicillin G 2,4 triệu đơn vị TB (1 liều cho giang mai sớm; 3 liều cách tuần cho muộn/không rõ); dị ứng → giải mẫn cảm (không có thuốc thay thế tương đương); điều trị cả bạn tình; theo dõi phản ứng Jarisch–Herxheimer.
HBV	HBV-DNA $\geq 200\,000$ IU/mL (hoặc HBeAg +) → Tenofovir (TDF) từ 24–28 tuần đến sau sinh; con: HBIG + vaccine VGB trong 12–24 giờ đầu ; vẫn cho con bú.
HIV	ARV cho mẹ càng sớm càng tốt, suốt đời; tải lượng > 1 000 copies/mL gần sinh → mổ lấy thai chủ động 38 tuần + AZT TM; con dự phòng ARV; tư vấn nuôi con.
GBS	Cấy (+) / tiền căn con nhiễm GBS / GBS niệu → Penicillin G (hoặc ampicillin) TM trong chuyển dạ ≥ 4 giờ trước sinh.
Thủy đậu	Phơi nhiễm, chưa miễn dịch → VZIG trong 10 ngày; mẹ bệnh → acyclovir.

Tiên lượng

Thiếu máu: nặng làm tăng sinh non, FGR, băng huyết sau sinh chịu đựng kém, nhiễm trùng hậu sản, tử vong mẹ; con thiếu sắt sơ sinh. Nhiễm trùng bào thai: tùy tác nhân & tuổi thai lúc nhiễm — nhiễm càng sớm càng nặng (rubella, CMV, toxoplasma); di chứng muộn (điếc, chậm phát triển, mù). Nhiều bệnh có thể **dự phòng hiệu quả** (vaccine rubella/HBV, sàng lọc giang mai – HIV – HBV – GBS).

Tư vấn kết quả tầm soát bất thường / NT dày

Tầm soát lệch bội (T21, T18, T13) quý 1 – quý 2 và cách tư vấn khi kết quả "nguy cơ cao" hoặc độ mờ da gáy (NT) tăng.

1 Khai thác bệnh và khám

- **Tuổi mẹ** (nguy cơ lệch bội tăng theo tuổi) – tuổi thai chính xác (CRL).
- Kết quả cụ thể: **NT (mm), CRL (mm)** lúc đo; free β -hCG, PAPP-A (MoM); nguy cơ tính toán T21/T18/T13; các dấu hiệu siêu âm khác (xương mũi, phổ ống tĩnh mạch, hở van 3 lá, dị tật lớn); NIPT (nếu có).
- **Tiền căn:** con trước lệch bội/dị tật, sảy thai liên tiếp, vợ chồng mang chuyển đoạn NST cân bằng, bệnh di truyền gia đình (thalassemia, Noonan...), hôn nhân cận huyết.
- Thuốc, nhiễm trùng, ĐTD (dị tật tim), IVF, đa thai.
- **Mong muốn – giá trị của thai phụ/cặp vợ chồng:** thai quý hiếm? quan điểm về chấm dứt thai kỳ? chấp nhận nguy cơ sảy do thủ thuật? khả năng chi trả.

Khám: tổng quát, sản khoa thường quy (bệnh cảnh chủ yếu dựa vào kết quả CLS).

2 Tóm tắt - "Hội chứng"

Thai phụ 37 tuổi, con so (IVF), thai 12 tuần 3 ngày, CRL 62 mm, NT 4,2 mm, xương mũi không thấy; Combined test: nguy cơ T21 = 1/45.

- **Kết quả tầm soát lệch bội nguy cơ cao (T21).**
- **Tăng độ mờ da gáy (NT $\geq 3,5$ mm).**
- $\pm$ Dấu hiệu chỉ điểm (soft markers) bất thường.

3 Biện luận và đề nghị

- **Tầm soát $\neq$ chẩn đoán.** Nguy cơ 1/45 nghĩa là trong 45 thai có kết quả như vậy, khoảng 1 thai bị T21, 44 thai bình thường.
- NT đo đúng chuẩn FMF: CRL **45-84 mm** (11 0/7 – 13 6/7 tuần), mặt cắt dọc giữa, đầu trung gian, phóng đại đầu – ngực chiếm $\geq 75\%$ màn hình, đo khoảng trống lớn nhất, bờ trong – bờ trong.
- **NT $\geq 3,5$ mm ($\approx > p99$)** là bất thường độc lập với nguy cơ tính toán $\rightarrow$ tăng nguy cơ: lệch bội (T21, T18, T13, Turner 45,X), vi mất đoạn, **tim bẩm sinh**, hội chứng di truyền (Noonan...), dị tật khác, sảy thai/thai lưu. Nguy cơ tăng theo độ dày NT.
- Không có NST bất thường + hình thái bình thường ở 20 tuần $\rightarrow$ tiên lượng tốt ($> 90\%$ trẻ bình thường nếu NT $< 4,5$ mm).

Đề nghị: tư vấn di truyền, lựa chọn **xét nghiệm chẩn đoán xâm lấn** (CVS/chọc ối: QF-PCR + karyotype $\pm$ **CMA** khi NT dày/dị tật) hoặc **NIPT** (cfDNA, nếu chấp nhận không chẩn đoán); siêu âm hình thái sớm 16 tuần + **siêu âm hình thái 18-22 tuần + siêu âm tim thai**.

4 Chẩn đoán và "chẩn đoán phân biệt" (diễn giải kết quả)

Phương pháp tầm soát	Thời điểm	Tỉ lệ phát hiện T21 (dương tính giả)
Tuổi mẹ đơn thuần	—	~30% (5%)
Combined test: tuổi + NT + free β -hCG + PAPP-A	11–13 6/7 tuần	~85–90% (5%); + xương mũi, ống TM, van 3 lá: ~95% (3%)
Triple test (AFP, hCG, uE3) / Quadruple (+ inhibin A)	15–20 tuần (tốt nhất 16–18)	~70% / ~80% (5%)
NIPT (cfDNA)	≥ 10 tuần	> 99% (< 0,1%); T18 ~97%, T13 ~92%

Mẫu hình sinh hóa	Gợi ý
Free β -hCG $\uparrow$, PAPP-A $\downarrow$ (quý 1); hCG $\uparrow$, inhibin $\uparrow$, AFP $\downarrow$, uE3 $\downarrow$ (quý 2)	Trisomy 21
Free β -hCG $\downarrow\downarrow$, PAPP-A $\downarrow\downarrow$; quý 2 cả 3 chất đều $\downarrow$	Trisomy 18 (và T13)
AFP $\uparrow$ đơn độc (quý 2, $\geq 2,0$ – $2,5$ MoM)	Dị tật ống thần kinh hở , thoát vị thành bụng, sai tuổi thai, đa thai, thai chết
PAPP-A thấp đơn độc	Nguy cơ TSG, FGR, sinh non

Ngưỡng phân nhóm (mô hình phối hợp theo FME, bộ môn hay dùng): nguy cơ $\geq 1/100$ (hoặc **1/250 tùy trung tâm**): **cao** $\rightarrow$ đề nghị xét nghiệm xâm lấn (hoặc NIPT nếu từ chối); **1/100 – 1/1 000**: **trung gian** $\rightarrow$ NIPT; **< 1/1 000**: **thấp** $\rightarrow$ theo dõi thường quy.

Phân biệt khi NT dày: đo sai kỹ thuật (nhầm màng ối, gập cổ/ngửa cổ), nang bạch huyết vùng cổ (cystic hygroma có vách – nguy cơ Turner, phù thai), phù thai sớm.

5 Cận lâm sàng $\rightarrow$ chẩn đoán xác định

Xét nghiệm chẩn đoán	Thời điểm	Nguy cơ sẩy thai do thủ thuật
Sinh thiết gai nhau (CVS)	11–14 tuần	~0,2–0,5% (khảm nhau ~1–2%)
Chọc ối	≥ 15 –16 tuần	~0,1–0,3%
Chọc cuống rốn	≥ 18 tuần	~1–2%

- Kỹ thuật di truyền: QF-PCR/FISH (nhANH 24–48 h, các NST 13, 18, 21, X, Y), **karyotype** (chuẩn), **CMA/microarray** (phát hiện vi mất đoạn/vi lặp đoạn – ưu tiên khi có dị tật hoặc NT $\geq 3,5$ mm), giải trình tự (Noonan panel, exome) khi CMA bình thường mà NT rất dày/có dị tật.
- NIPT dương tính $\rightarrow$ **bắt buộc xác nhận bằng chọc ối** trước mọi quyết định chấm dứt thai kỳ (dương tính giả do khảm nhau, mẹ khảm, song thai tiêu biến, u ác mẹ). NIPT "không có kết quả" (fetal fraction thấp) $\rightarrow$ nguy cơ lệch bội tăng $\rightarrow$ tư vấn xâm lấn.

6 Nguyên tắc xử trí – tư vấn và tiên lượng

Nguyên tắc tư vấn

- Không định hướng** (non-directive), tôn trọng quyền tự quyết; thông tin trung thực, dễ hiểu, dùng tần suất tuyệt đối ("1 trong 45").
- Giải thích rõ: tầm soát là ước lượng nguy cơ, không phải chẩn đoán; ưu – khuyết điểm từng lựa chọn (độ chính xác, thời gian có kết quả, nguy cơ sẩy thai, chi phí).
- Bảo mật; có mặt cả hai vợ chồng; cho thời gian suy nghĩ; ghi nhận quyết định vào hồ sơ.
- Khi chẩn đoán xác định bất thường: giải thích tiên lượng của bệnh, lựa chọn tiếp tục thai kỳ (kế hoạch sinh tại nơi có hỗ trợ nhi – tim mạch) hoặc chấm dứt thai kỳ theo luật định; hỗ trợ tâm lý.

- NT dày, NST bình thường → siêu âm hình thái chi tiết 18–22 tuần + **siêu âm tim thai**; nếu tất cả bình thường → trấn an: tiên lượng tốt.
- Lần có thai sau: nguy cơ lặp lại lệch bội ~1% (thuần) hoặc cao nếu cha/mẹ mang chuyển đoạn → karyotype vợ chồng.

Tiên lượng

Phụ thuộc chẩn đoán cuối cùng: T21 sống được nhưng chậm phát triển trí tuệ, tim bẩm sinh ~40–50%; T18/T13 phần lớn tử vong trong năm đầu; Turner thường sảy/phù thai, trẻ sống có trí tuệ bình thường. NT dày với NST + hình thái + tim bình thường → > 90% kết cục bình thường.

Chuyển dạ tắc nghẽn / chuyển dạ ngưng tiến / sản đồ

Đánh giá tiến triển chuyển dạ bằng sản đồ; nhận diện chuyển dạ kéo dài, ngưng tiến triển và tắc nghẽn (bất xứng đầu - chậu) để xử trí kịp thời, tránh vỡ tử cung.

1 Khai thác bệnh và khám triệu chứng

- Tuổi thai, con so/rạ, **cân nặng các con trước**, tiền căn sinh khó, sinh giúp, **mổ lấy thai**, gãy xương chậu, còi xương, chiều cao mẹ (< 145-150 cm).
- Thời điểm bắt đầu chuyển dạ (gò đều, đau), vỡ ối (giờ, màu), **diễn tiến độ mở CTC** theo thời gian, thuốc dùng (oxytocin, giảm đau ngoài màng cứng).
- Sản phụ mệt mỏi, mót rặn sớm, bí tiểu, sốt.
- ĐTĐ, thai to trên siêu âm.

Khám - theo 3P

Power (cơn gò)	Passenger (thai)	Passage (khung chậu, phần mềm)
Tần số, thời gian, cường độ (đủ: ≥ 3 cơn/10 phút, hoặc ≥ 200 đơn vị Montevideo nếu có catheter áp lực buồng ối)	Ước lượng cân nặng (BCTC, Leopold, siêu âm), ngôi - thế - kiểu thế (chấm sau, ngôi mặt, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi ngang), độ lọt (phần nằm trên bờ xương mu/độ lọt theo gai hông), bướu huyết thanh, chồng khớp sọ , đầu không cúi, không xoay	Khám khung chậu: nhô, gai hông nhon, đường vô danh, eo dưới (góc vòm vể < 90°, đường kính lưỡng ụ ngồi); khối u tiền đạo (u xơ, u buồng trứng), vách âm đạo, CTC phù nề

- Dấu hiệu chuyển dạ tắc nghẽn / dọa vỡ tử cung:** sản phụ đau liên tục, vật vã, mạch nhanh, sốt, mất nước; **vòng Bandl** (vòng co thắt giữa thân và đoạn dưới - bụng hình quả bầu nậm) + **dây chằng tròn căng (dấu Frommel)**; đoạn dưới căng mỏng ấn đau; cầu bàng quang, tiểu máu; tim thai bất thường; CTC phù nề, đầu thai không lọt dù rặn; bướu huyết thanh to, chồng khớp độ 3.

2 Tóm tắt bệnh án - Hội chứng

Sản phụ 30 tuổi, con so, cao 148 cm, thai 40 tuần, ước lượng 3 600 g. Chuyển dạ 14 giờ, ối vỡ 6 giờ, CTC 7 cm không tiến triển 5 giờ dù oxytocin, cơn gò 4-5 cơn/10 phút. Đầu cao -2, bướu huyết thanh lớn, chồng khớp độ 2-3, CTC phù nề. Tim thai 170 l/p.

- Hội chứng chuyển dạ** (giai đoạn 1 pha hoạt động).
- Chuyển dạ ngưng tiến triển** (ngừng mở CTC / ngừng xuống của ngôi) - đường biểu diễn trên sản đồ vượt đường hành động.
- Hội chứng bất xứng đầu chậu / tắc nghẽn;** $\pm$ hội chứng dọa vỡ tử cung; $\pm$ suy thai; $\pm$ nhiễm trùng ối.

3 Biện luận và đề nghị cận lâm sàng

- Chuyển dạ bất thường = **kéo dài** (tiến triển chậm hơn bình thường) hoặc **ngưng** (không tiến triển). Nguyên nhân phân tích theo 3P.
- Cơn gò không đủ $\rightarrow$ tăng co (oxytocin) nếu không có bất xứng. **Cơn gò đủ mà không tiến triển + dấu bất xứng** $\rightarrow$ tắc nghẽn $\rightarrow$ **chống chỉ định oxytocin**, mổ lấy thai.
- Pha tiềm thời kéo dài không phải chỉ định mổ.
- Nhận diện kiểu thế chấm sau, ngôi thóp trước/trán/mặt cằm sau $\rightarrow$ cơ chế đẻ bất lợi.

CLS: sản đồ (công cụ chính), CTG liên tục, siêu âm (ngôi, kiểu thể – vị trí chẩm/hốc mắt, ước lượng cân nặng, ối; siêu âm trong chuyển dạ – góc tiến triển), TPTNT (ceton, máu), CTM, CRP khi sốt, nhóm máu – chuẩn bị mổ, điện giải.

4 Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

Sản đồ WHO (kinh điển)

- Pha tiềm thời: CTC < 3 cm (WHO cũ; hiện nay pha hoạt động bắt đầu từ ~5-6 cm), tối đa 8 giờ.
- Pha hoạt động: vẽ **đường báo động** (tốc độ 1 cm/giờ) bắt đầu từ điểm độ mở lúc vào pha hoạt động; **đường hành động** song song, cách 4 giờ về bên phải.
- Vượt đường báo động → chuyển tuyến/đánh giá lại; vượt đường hành động → phải can thiệp (tăng co/mổ).
- Ghi: tim thai, nước ối (C/V/M/ Máu), chống khớp (0, +, ++, +++), độ mở, độ lọt (phần nằm), cơn gò, oxytocin, mạch – HA – nhiệt, nước tiểu.

Bất thường (ACOG/SMFM 2014; WHO 2018 – LCG 2020)	Tiêu chuẩn
Pha tiềm thời kéo dài	> 20 giờ (con so), > 14 giờ (con rạ)
Ngưng tiến triển giai đoạn 1 (arrest of dilation)	CTC ≥ 6 cm, ối đã vỡ và ≥ 4 giờ cơn gò đủ không mở thêm, hoặc ≥ 6 giờ cơn gò không đủ dù đã dùng oxytocin
Ngưng tiến triển giai đoạn 2 (arrest of descent)	Con so: rặn ≥ 3 giờ (≥ 4 giờ nếu gây tê); con rạ: ≥ 2 giờ (≥ 3 giờ nếu gây tê) — không xuống/không xoay
Chuyển dạ tắc nghẽn	Ngôi không xuống dù cơn gò tốt do cản trở cơ học (bất xứng đầu chậu, ngôi bất thường, u tiền đạo) ± dấu hiệu dọa vỡ TC

Chẩn đoán mẫu: "Con so, thai 40 tuần, chuyển dạ giai đoạn 1 pha hoạt động – ngưng tiến triển (ngưng mở CTC) do bất xứng đầu chậu (khung chậu hẹp + thai to) – CTG nhóm II – theo dõi nhiễm trùng ối".

Phân biệt: chuyển dạ giả (gò không đều, CTC không thay đổi), cơn gò không đủ đơn thuần (đáp ứng oxytocin), ngôi bất thường cần xử trí riêng, CTC không mở do sẹo/xơ, **vỡ tử cung đã xảy ra** (mất cơn gò, sờ phần thai dưới da, ngôi lên cao).

5 Cận lâm sàng → chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán chủ yếu bằng **lâm sàng + sản đồ** (khám âm đạo đánh giá độ mở, độ lọt định kỳ 2-4 giờ).
- Siêu âm xác định kiểu thể (chẩm sau), ngôi, thai to.
- Không dùng X-quang đo khung chậu thường quy.

6 Nguyên tắc điều trị và tiên lượng

- **Nâng đỡ tổng trạng:** bù dịch, năng lượng, đi tiểu (thông tiểu), giảm đau, tư thế.
- **Cơn gò không đủ, không bất xứng** → bấm ối + **oxytocin** tăng co, đánh giá lại sau 2-4 giờ.
- **Ngưng tiến triển giai đoạn 1 / tắc nghẽn / dấu hiệu dọa vỡ TC** → **mổ lấy thai**. Dọa vỡ TC: ngưng oxytocin, giảm gò cấp, mổ ngay.
- **Giai đoạn 2 kéo dài:** đủ điều kiện (CTC tròn, ối vỡ, ngôi lọt thấp ≥ +2, xác định kiểu thể, không bất xứng) → **giúp sinh bằng giác hút/forceps**; xoay tay kiểu thể chẩm sau; không đủ điều kiện → mổ lấy thai.
- Kháng sinh khi ối vỡ lâu/nhiễm trùng ối; dự phòng **băng huyết sau sinh (đờ TC do chuyển dạ kéo dài)**; kiểm tra tổn thương đường sinh dục.
- Không đẩy bụng (Kristeller).

Tiên lượng

Mẹ: vỡ tử cung, băng huyết sau sinh, nhiễm trùng ối - hậu sản, **dò bàng quang - âm đạo / trực tràng - âm đạo** (hoại tử do chèn ép kéo dài), tổn thương tầng sinh môn, tử vong. **Thai:** ngạt, toan chuyển hóa, bầm huyết thanh/bầm máu, chấn thương (kẹt vai, gãy xương đòn, liệt đám rối cánh tay), nhiễm trùng sơ sinh, tử vong. Sản đồ giúp phát hiện sớm → giảm đáng kể biến chứng.

Ối vỡ non trên thai non tháng (PPROM)

Ối vỡ trước khi có chuyển dạ ở thai < 37 tuần — cân bằng giữa nguy cơ sinh non và nguy cơ nhiễm trùng.

1 Khai thác bệnh và khám triệu chứng

- **Ra nước âm đạo:** thời điểm chính xác (tính thời gian ối vỡ), đột ngột "ồ ạt" hay rỉ rả, liên tục, tăng khi thay đổi tư thế/ho, màu (trong, xanh phân su, lẫn máu), mùi hôi.
- **Tuổi thai chính xác** (quyết định toàn bộ xử trí).
- Cơn gò/đau bụng, ra huyết (nhau bong non đi kèm), **sốt**, cử động thai.
- **Yếu tố nguy cơ:** tiền căn PPROM/sinh non (quan trọng nhất), CTC ngắn, khâu vòng CTC, nhiễm trùng đường sinh dục (viêm âm đạo do vi khuẩn, GBS, lậu, Chlamydia), NTĐT, hút thuốc, ra huyết thai kỳ, đa ối, đa thai, thủ thuật (chọc ối), dinh dưỡng kém (thiếu vitamin C, đồng), BMI thấp.
- Phân biệt với: tiểu không kiểm soát, huyết trắng nhiều, dịch nhầy CTC.

Khám

- Sinh hiệu, **nhệt độ** (theo dõi mỗi 4–8 giờ), mạch mẹ.
- Bụng: tử cung ấn đau (nhiễm trùng ối), cơn gò, BCTC, ngôi (ngôi bất thường thường gặp), tim thai (> 160 → nhiễm trùng).
- **Mỏ vịt vô khuẩn** (chìa khóa): thấy **nước ối chảy từ lỗ CTC** hoặc động ở cùng đồ sau, làm nghiệm pháp Valsalva/ho hoặc đẩy nhẹ đáy TC; đánh giá độ mở CTC bằng mắt, **sa dây rốn**, lấy mẫu làm XN.
- **Nguyên tắc**
Hạn chế tối đa khám âm đạo bằng tay (tăng nhiễm trùng, rút ngắn thời gian tiềm thời) khi chưa chuyển dạ và không dự định cho sinh ngay.

2 Tóm tắt bệnh án - Hội chứng

Thai phụ 27 tuổi, PARA 1001 (sinh non 33 tuần), thai 30 tuần, vào viện vì ra nước âm đạo ồ ạt 6 giờ, không gò. T° 37,2 °C, M 86. Tử cung không đau, tim thai 145 l/p. Mỏ vịt: nước ối trong chảy từ lỗ CTC, CTC đóng. Siêu âm: AFI 4 cm.

- **Hội chứng ối vỡ** (ra nước âm đạo + thấy nước ối qua mỏ vịt).
- **Thai non tháng** (30 tuần).
- ± Hội chứng thiếu ối; ± hội chứng nhiễm trùng (nhiễm trùng ối); ± hội chứng chuyển dạ sinh non.

3 Biện luận và đề nghị cận lâm sàng

1. **Có thật sự ối vỡ?** (lâm sàng + test).
2. **Tuổi thai bao nhiêu?** → < 24 (trước ngưỡng sống) | 24 – 33 6/7 | ≥ 34 tuần.
3. **Có nhiễm trùng ối (Triple I), chuyển dạ, nhau bong non, suy thai, sa dây rốn không?** → nếu có: chấm dứt thai kỳ bất kể tuổi thai.
4. Ngôi thai, lượng ối còn lại, ước lượng cân nặng.

CLS: test xác định ối vỡ (**nitrazine** – pH > 6,5 [dương tính giả: máu, tinh dịch, nước tiểu kiềm, viêm âm đạo]; **dương xỉ (fern test)**; **AmniSure (PAMG-1)**, Actim PROM / ROM Plus (IGFBP-1) — độ nhạy, đặc hiệu cao); siêu âm (AFI/ô ối sâu nhất, ngôi, sinh trắc, nhau); **cấy GBS** âm đạo – trực tràng; soi tươi/nhuộm Gram dịch âm đạo, lậu – Chlamydia; CTM, CRP (theo dõi động học); TPTNT – cấy nước tiểu; CTG; hiếm: bơm indigo carmine vào buồng ối.

4 Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán mẫu: "Con lần 2, thai 30 tuần, ngôi đầu - Ổi vỡ non 6 giờ trên thai non tháng - chưa chuyển dạ - chưa ghi nhận nhiễm trùng ối - thiếu ối".

Nhiễm trùng ối (Triple I - NICHD 2015 / ACOG)

Sốt mẹ $\geq 39,0$ °C (1 lần) hoặc 38,0–38,9 °C lặp lại sau 30 phút + ≥ 1 trong: **tim thai** > **160 l/p** kéo dài ≥ 10 phút; **bạch cầu mẹ** > **15 000/mm³** (không dùng corticoid); **dịch ối chảy từ lỗ CTC**. (Kèm theo: mạch mẹ nhanh, tử cung ấn đau, nước ối hôi). Xác định: cấy/Gram dịch ối, glucose ối thấp.

Phân biệt: tiểu không tự chủ (thai kỳ muộn), huyết trắng nhiều/viêm âm đạo, dịch nhầy CTC (xóa mờ CTC), tinh dịch, vỡ màng ối giả (nước giữa màng ối và màng đệm - "ối túi đôi"), thiếu ối do nguyên nhân khác (FGR, bất sản thận).

5 Cận lâm sàng → chẩn đoán xác định

- **Lâm sàng khám mở vết thấy nước ối từ lỗ CTC** là đủ chẩn đoán.
- Không rõ → **nitrazine + fern**; vẫn không rõ → PAMG-1/IGFBP-1; siêu âm thiếu ối hỗ trợ (không đặc hiệu).
- Chẩn đoán nhiễm trùng ối theo tiêu chuẩn Triple I.

6 Nguyên tắc điều trị và tiên lượng

Tuổi thai	Xử trí (ACOG 2020)
< 23-24 tuần (trước ngưỡng sống)	Tư vấn: chấm dứt thai kỳ hoặc điều trị bảo tồn (tiên lượng rất kém: thiếu sản phổi, biến dạng chi). Kháng sinh có thể xem xét từ 20 0/7 tuần. Không dùng GBS/corticoid/MgSO ₄ trước ngưỡng sống.
24 0/7 - 33 6/7 tuần	Điều trị bảo tồn (nếu không có chống chỉ định): • Nhập viện, theo dõi dấu nhiễm trùng (nhiệt độ, mạch, tim thai, CTG, BC, CRP), nhau bong non, chuyển dạ. • Corticoid: Betamethason 12 mg TB × 2 liều cách 24 giờ (hoặc Dexamethason 6 mg × 4 liều/12 giờ); 1 đợt nhắc lại có thể cân nhắc. • Kháng sinh kéo dài thời gian tiềm thời (7 ngày): Ampicillin 2 g TM mỗi 6 giờ + Erythromycin 250 mg TM mỗi 6 giờ × 48 giờ, tiếp theo Amoxicillin 250 mg uống mỗi 8 giờ + Erythromycin 333 mg uống mỗi 8 giờ × 5 ngày (có thể thay Erythromycin bằng Azithromycin 1 g uống 1 liều). Tránh Amoxicillin-clavulanate (tăng viêm ruột hoại tử sơ sinh). • MgSO₄ bảo vệ thần kinh khi dự sinh < 32 tuần. • Kháng sinh dự phòng GBS khi vào chuyển dạ (nếu chưa rõ/dương tính). • Thuốc giảm gò: không khuyến cáo (có thể dùng ngắn hạn để hoàn tất corticoid nếu không nhiễm trùng - còn tranh cãi).
≥ 34 0/7 tuần	Chấm dứt thai kỳ (khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin); có thể cân nhắc theo dõi đến 37 tuần nếu mẹ - thai ổn và bệnh nhân hiểu rõ nguy cơ (PPROMT). Dự phòng GBS. Corticoid 34–36 6/7 tuần tùy điều kiện.
Mọi tuổi thai - chấm dứt ngay	Nhiễm trùng ối, nhau bong non, CTG không đảm bảo/suy thai, sa dây rốn, chuyển dạ tiến triển → kháng sinh điều trị (Ampicillin + Gentamicin; bổ thêm Clindamycin/Metronidazol), không cần chờ corticoid ; mổ chỉ khi có chỉ định sản khoa.

Tiền lượng

Thời gian tiềm thời thường ngắn: ~50% sinh trong 1 tuần; tuổi thai càng nhỏ, tiềm thời càng dài. **Mẹ:** nhiễm trùng ối (15–25%), nhau bong non (2–5%), viêm nội mạc TC hậu sản, sốt nhau. **Thai - sơ sinh:** biến chứng sinh non (suy hô hấp, xuất huyết não thất, viêm ruột hoại tử, nhiễm trùng sơ sinh sớm), sa/chèn ép dây rốn, thiếu sản phổi & biến dạng chi (PPROM < 24 tuần, thiếu ối nặng kéo dài), thai chết lưu (1–2%). Tái phát PPRM ở thai kỳ sau → dự phòng sinh non (progesterone, đo CTC).

Suy thai / bất thường tim thai trong chuyển dạ — ôn tập theo ca

Bài 14 trùng tên Bài 7. Lý thuyết đầy đủ ở Bài 7; phần này luyện lại 6 câu hỏi qua 4 tình huống điển hình hay gặp khi thi lâm sàng.

1 Khai thác & khám — checklist khi được giao 1 băng CTG

Hỏi / khám	Vì sao
Tuổi thai, giai đoạn chuyển dạ, con so/rạ	Tiêu chuẩn nhịp tăng (≥ 32 tuần: 15×15), khả năng sinh ngã âm đạo nhanh
Oxytocin / misoprostol đang dùng?	Cơn gò cường tính $\rightarrow$ nguyên nhân có thể đảo ngược
Vừa gây tê ngoài màng cứng?	Hạ HA mẹ $\rightarrow$ nhịp chậm kéo dài
Vỡ ối? màu nước ối? thiếu ối?	Chèn ép dây rốn, phân su, sa dây rốn
Nhiệt độ mẹ, mạch mẹ	Nhiễm trùng ối $\rightarrow$ nhịp nhanh; nhảm tim mẹ
Ra huyết + đau bụng liên tục, sẹo mổ cũ	Nhau bong non, vỡ tử cung
Nguy cơ nền: FGR, TSG, ĐTĐ, quá ngày	Thai giảm dự trữ, dễ toan hóa
Khám âm đạo	Sa dây rốn, độ mở – độ lọt $\rightarrow$ có thể giúp sinh ngay?

2 Tóm tắt - Hội chứng theo từng ca

Ca A. Con so 40 tuần, CTC 5 cm, ối vỡ 10 giờ, $T^{\circ} 38,6^{\circ}\text{C}$. CTG: TTCB 175 l/p, dao động 8 l/p, có nhịp tăng, không nhịp giảm.

Ca B. Con rạ 39 tuần, CTC 8 cm, ối vỡ, AFI 3 cm. CTG: TTCB 140, dao động 10, nhịp giảm bất định (dạng chữ V, hình vai) sau $> 50\%$ cơn gò, hồi phục nhanh.

Ca C. Con so 41 tuần, đang truyền oxytocin, 6 cơn gò/10 phút. CTG: TTCB 150, dao động 2 l/p, nhịp giảm muộn sau mọi cơn gò.

Ca D. Con rạ 38 tuần, CTC 4 cm, vừa bấm ối, ngôi cao. Ngay sau đó tim thai 80 l/p kéo dài 4 phút; khám âm đạo sờ thấy dây rốn đập.

- Ca A: hội chứng chuyển dạ + **hội chứng nhiễm trùng (nhiễm trùng ối)** + nhịp tim thai nhanh.
- Ca B: hội chứng chuyển dạ + thiếu ối + nhịp giảm bất định lặp lại.
- Ca C: hội chứng chuyển dạ + **cơn gò cường tính** + CTG bất thường.
- Ca D: hội chứng chuyển dạ + **sa dây rốn** + nhịp chậm kéo dài.

3 Biện luận & cận lâm sàng

Ca	Cơ chế	CLS/đánh giá thêm
A	Sốt mẹ, nhiễm trùng → tăng chuyển hóa thai → nhịp nhanh; dao động còn → chưa toan	CTM, CRP, cấy máu; theo dõi CTG liên tục
B	Chèn ép dây rốn do thiếu ối; dao động trung bình → oxy hóa thai còn tốt	Đổi tư thế, xem đáp ứng; khám tiến triển
C	Thiếu năng tuần hoàn tử cung - nhau do cơn gò dày + thai quá ngày giảm dự trữ; mất dao động + giảm muện lặp lại	Không cần chờ thêm CLS — hồi sức và chuẩn bị sinh
D	Dây rốn bị ép giữa ngôi và khung chậu → giảm đột ngột máu thai	Chẩn đoán lâm sàng; không trì hoãn vì CLS

4 Chẩn đoán & chẩn đoán phân biệt

- **Ca A:** CTG **nhóm II** (nhịp nhanh) – nhiễm trùng ối (Triple I). Phân biệt: sốt do gây tê NMC, nhịp nhanh do thuốc (terbutaline), nhầm tim mẹ.
- **Ca B:** CTG **nhóm II** (giảm bất định lặp lại, dao động trung bình). Phân biệt với giảm sớm (soi gương cơn gò, đầu bị ép) và giảm muện.
- **Ca C:** CTG **nhóm III** + cơn gò cường tính do oxytocin. Phân biệt: mất dao động do ngủ/thuốc (không kèm giảm muện).
- **Ca D:** **Sa dây rốn** → nhịp chậm kéo dài (nhóm II → nếu mất dao động: III). Phân biệt: nhau bong non, vỡ TC, hạ HA mẹ.

5 Cận lâm sàng → chẩn đoán xác định

- CTG đủ 20 phút, đọc theo DR C BRAVADO → phân nhóm ACOG.
- Kích thích da đầu có nhịp tăng → loại trừ toan hóa (ca A, B).
- Sau sinh: khí máu ĐM rốn (pH, BE), Apgar — xác định có toan chuyển hóa thật sự.
- Ca A: cấy dịch ối/nhau, GPB nhau (viêm màng ối) xác định nhiễm trùng.

6 Xử trí & tiên lượng

Ca	Xử trí	Tiên lượng
A	Kháng sinh (Ampicillin 2 g TM/6 giờ + Gentamicin 5 mg/kg/24 giờ), hạ sốt (paracetamol), bù dịch; tiếp tục chuyển dạ ngả âm đạo, nhiễm trùng ối không phải chỉ định mổ ; báo nhi.	Nguy cơ nhiễm trùng sơ sinh, bại não tăng; mẹ: băng huyết, viêm nội mạc TC
B	Đổi tư thế, bù dịch; truyền ối nếu tiếp diễn; theo dõi liên tục; tiếp tục sinh ngả âm đạo nếu dao động còn tốt.	Tốt nếu dao động duy trì
C	Ngưng oxytocin , nằm nghiêng trái, bù dịch, terbutaline 0,25 mg TDD ; không cải thiện nhanh → mổ lấy thai cấp cứu (hoặc giúp sinh nếu đủ điều kiện ở giai đoạn 2).	Nguy cơ toan chuyển hóa, HIE cao
D	Gọi hỗ trợ; tay đẩy ngôi lên liên tục , tư thế gối - ngực/Trendelenburg, ($\pm$ bơm 500–700 mL NaCl vào bàng quang), không cố đẩy dây rốn vào; mổ lấy thai cấp cứu ngay (sinh ngả âm đạo nếu CTC trợn và sinh được ngay).	Tử vong chu sinh cao nếu chậm trễ; thời gian từ chẩn đoán đến sinh quyết định kết cục

Mẹo nhớ

VEAL CHOP - Variable → Cord compression · Early → Head compression · Accelerations → OK · Late → Placental insufficiency.

Hồi sức thai trong TC: "**Nghiêng - Ngưng - Nước - Nâng HA - Nới gò - (Oxy)**": nằm nghiêng trái, ngưng oxytocin, bù dịch, điều chỉnh hạ HA, thuốc giảm gò, $\pm$ oxy.