



XỬ TRÍ CHUYỂN DẠ SINH NON

G C DI RENZO, MD PhD FRCOG (hon) FACOG (hon)
UNIVERSITY of PERUGIA, ITALY

SINH NON



- ❖ Sinh bệnh học - Chưa rõ
- ❖ Chẩn đoán - Khó
- ❖ Phòng ngừa – Còn tranh cãi
- ❖ Quản lý – Không thể dự đoán
- ❖ Chi phí – Lớn

18/06/2015

2

Hiệp hội châu Âu về Y học Chu sinh
“Nhóm nghiên cứu “Sinh non”



Hướng dẫn xử trí chuyển dạ sinh non

G. C. Di Renzo (Italy)

L. Cabero Roura (Spain)

F. Facchinetti (Italy)

A. Antsaklis (Greece), C. Sen (Turkey), R. Lamont (UK),

G. Breborowicz (Poland), S.C. Robson (UK), M. Robson (Ireland), A. Shennan (UK), F. Stamatian (Romania), A. Mikhailov (Russia), N. Montenegro (Portugal), E. Gratacos (Spain) P. Husslein (Austria), Y. Ville (France)

J Perinat Med 2006
18, 106-2015
J Mat Fet Neon Med 2011

MỞ ĐẦU

Tại hầu hết các quốc gia, việc xác định chuyển dạ sinh non chỉ dựa vào dữ liệu lâm sàng chủ quan



Xử trí quá mức:

Nằm viện
Sử dụng thuốc giảm gò
Corticosteroids



Gia tăng chi phí

Gia tăng can thiệp không cần thiết và những hệ quả xấu tiềm ẩn

Dự đoán chuyển dạ sinh non ở phụ nữ có triệu chứng Sự rút ngắn cổ tử cung (CTC)

- CL > 2.5 cm → ít có khả năng chuyển dạ thực sự
- CL < 1.5 cm → Nhiều khả năng chuyển dạ thực sự



Dự đoán chuyển dạ sinh non ở phụ nữ có triệu chứng Đánh giá ban đầu PartoSure (PAMG-1)

- Đối tượng nghiên cứu bao gồm 101 sản phụ mang đơn thai, tuổi thai từ 20 tuần đến 36 tuần 6 ngày, có triệu chứng của chuyển dạ sinh non, màng ối nguyên vẹn trên lâm sàng và CTC mở tối thiểu (≤ 3 cm)
- Test PartoSure dương tính ở sản phụ có dấu hiệu chuyển dạ sinh non, ối còn và CTC mở ≤ 3 cm cho thấy chuyển dạ tự nhiên sẽ xảy ra trong vòng 7 ngày với độ chính xác cao. Kết quả âm tính cho thấy khả năng chuyển dạ tự nhiên trong vòng 14 ngày là thấp

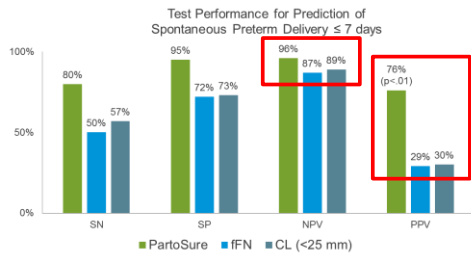
Table 2. PartoSure[®] time-to-delivery (TTD) test performance metrics.

TTD (days)	NPV	PPV	SN	SP
	(95% CI)*	(95% CI)*	(95% CI)*	(95% CI)*
<7	97.4% (91.0%–99.7%)	79.3% (56.3%–92.5%)	90.0% (68.3%–98.8%)	93.8% (86.2%–98.0%)
≤14	93.6% (85.7%–97.9%)	87.0% (66.4%–97.2%)	80.0% (59.3%–92.2%)	86.1% (88.9%–99.2%)

*The Clopper-Pearson procedure computed 95% confidence intervals (CI). NPV=negative predictive value, PPV=positive predictive value, SN=sensitivity, SP=specificity.

Nikolova T, Bayev O, Nikolova N, Di Renzo GC. Evaluation of a novel placental alpha microglobulin-1 (PAMG-1) test to predict spontaneous preterm delivery. J Perinat Med. 2014 Jul;42(4):472-7.

PartoSure so với Fetal Fibronectin và Chiều dài CTC



“ PartoSure là xét nghiệm đơn độc chính xác nhất khi so sánh với IFN và chiều dài CTC trong dự đoán chuyển dạ tự nhiên sắp xảy ra ở sản phụ có triệu chứng lâm sàng hoặc than phiền về các dấu hiệu của chuyển dạ sinh non ”

Nikolova T, Bayev O, Nikolova N, Di Renzo GC. Comparison of a novel test for placental alpha microglobulin-1 with fetal fibronectin and cervical length measurement for the prediction of imminent spontaneous preterm delivery in patients with threatened preterm labor. J Perinat Med. 2015 Jan;6: (2):26-34.e1 of 10 pp.

Phương pháp MỚI dự đoán chuyển dạ sinh non ở phụ nữ có triệu chứng

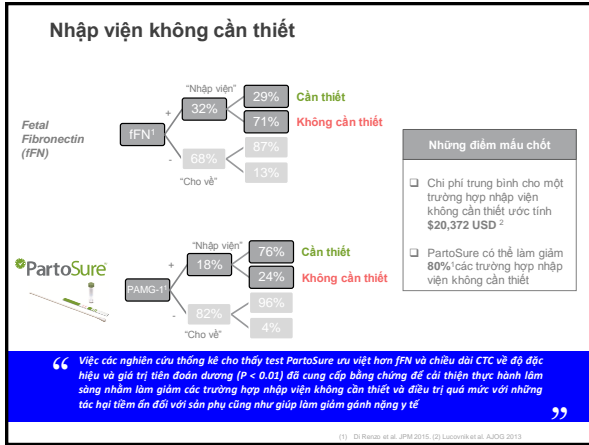
Phần tăng chiều dài CTC trong dự đoán chuyển dạ tự nhiên sắp xảy ra ở sản phụ có triệu chứng của chuyển dạ sinh non

	CL < 15 mm	CL 15- 30 mm	CL > 30 mm
% trên tổng số đối tượng NC	6% (3/49)	85% (42/49)	8% (4/49)
PartoSure (PAMG-1) +	100%	2% (1/42)	0
PartoSure (PAMG-1) -	0	98% (41/42)	100%
Chuyển dạ trong vòng 7 ngày	67% (2/3)	2% (1/42)	0
PartoSure dương tính ở sản phụ, chuyển dạ trong vòng 7 ngày	100%	100%	N/A

Sản phụ có chiều dài CTC trong khoảng 15 mm - 30 mm:

- 100% sản phụ có PartoSure (PAMG-1) (+) chuyển dạ trong vòng 7 ngày
- 100% sản phụ có PartoSure (PAMG-1) (-) không chuyển dạ trong vòng 7 ngày

Bolotskikh V.M. 2014



SỬ DỤNG THUỐC GIẢM GÒ HỢP LÝ

18/06/2015 12

- ## Chỉ định thuốc giảm gò
- Mục tiêu chính**
 - Trì hoãn chuyển dạ để dùng glucocorticoids nhằm làm giảm hội chứng suy hô hấp và/hoặc chuyển sản phụ đến trung tâm NICU khi thai nhi còn chưa ra đời
 - Mục tiêu phụ**
 - Trì hoãn chuyển dạ để thai nhi có cơ hội phát triển tối đa nhằm làm giảm tử suất và bệnh suất chu sinh
- 18/06/2015 13

Thuốc phù hợp cho sản khoa

- Có nhiều thuốc không được cấp phép sử dụng trong thai kỳ nhưng vẫn thường xuyên được sử dụng
- Chưa có hệ thống đủ mạnh để đánh giá mức độ an toàn của thuốc ngoài việc cấp phép dùng thuốc
- Sự thiếu sót này khiến việc thỏa thuận sử dụng thuốc với bệnh nhân trở nên khó khăn

18/06/2015

14

THUỐC GIẢM GÒ

- **CÁC THUỐC ĐƯỢC CẤP PHÉP***
 - Atosiban
 - Beta mimetics
 - Cần theo dõi liên tục
- **CÁC THUỐC KHÔNG ĐƯỢC CẤP PHÉP**
 - Thuốc ức chế tổng hợp PG
 - Thuốc chẹn kênh Calci
 - Dẫn xuất từ Nitric oxide
 - Chưa rõ về tính an toàn
 - Một số tác dụng phụ trên mẹ đã được ghi nhận
 - Được sử dụng rộng rãi chỉ dựa trên một số nghiên cứu nhỏ
 - Magnesium sulphate

*Không được cấp phép tại Bắc Mỹ

18/06/2015

15

KHÔNG ĐÁP ỨNG

- ĐỘT BIẾN GEN
- NHIỄM TRÙNG
- LIỀU KHÔNG PHÙ HỢP
- TÁC ĐỘNG ĐỐI VẬN
- ĐƯỜNG DÙNG KHÔNG PHÙ HỢP
- KHÔNG TIN VÀO ĐIỀU TRỊ

18/06/2015

16

Cảnh báo về việc sử dụng betamimetics

18/06/2015

17

Sự chuyển đổi vĩnh viễn mức độ cân bằng từ giao cảm thành phó giao cảm, hệ quả của việc kích thích quá mức các thụ thể β_2 trong thời kỳ phát triển quan trọng trước sinh, là cơ chế sinh học qua đó các tác nhân đồng vận beta 2 adrenergic có thể gây ra dị tật bẩm sinh liên quan đến tâm thần và vận động

18/06/2015

18

Khoảng thời gian các thuốc độc cho thai gây hại nhiều nhất có thể liên quan đến thời gian não bộ phát triển tối đa - từ giữa hoặc cuối tam cá nguyệt thứ 2 đến ít nhất là đầu tam cá nguyệt thứ 3

Bên cạnh các rối loạn liên quan đến tự kỷ, các thuốc này còn có thể làm tăng nguy cơ các rối loạn tâm thần, kém nhận thức, chậm phát triển vận động, học kém và thay đổi huyết áp

18/06/2015

19

Các dữ liệu hiện có cho thấy có sự gia tăng nguy cơ tự kỷ ở trẻ phơi nhiễm với liều cao các thuốc này liên tục trong thời gian ≥ 2 tuần

18/06/2015

20

**VẤN ĐỀ:
SỬ DỤNG CÁC THUỐC MÀ TÁC
ĐỘNG GIẢM GÒ KHÔNG PHẢI
LÀ TÁC DỤNG CHÍNH ĐƯỢC
KHUYẾN CÁO**

18/06/2015

21

Hầu hết các nghiên cứu về nifedipine được công bố đều không được thiết kế dạng mù, bị định hướng bởi nghiên cứu viên (không đủ khách quan), chất lượng thấp, thiếu độ mạnh cần thiết và thiếu tính ngẫu nhiên

18/06/2015

Khan, Di Renzo, Lamont₂₂, 2007

Sai lệch do chọn mẫu và phân nhóm điều trị ở các nghiên cứu lần lượt là 77% và 71%

Chỉ có 6 nghiên cứu được thực hiện phân tầng ngẫu nhiên nhằm vô hiệu sai lệch do tuổi thai quá nhỏ

18/06/2015

Khan, Di Renzo, Lamont₂₃, 2007

Tác dụng phụ quan sát được sau 1 đợt điều trị đơn độc 1 loại thuốc giảm gò (n=1,333)

Thuốc giảm gò	N	Nặng	Nhẹ
Nifedipine	543	5 (0.9%)*	8 (1.5%)*
Đồng vận β	158	3 (1.9%)*	4 (2.5%)*
Atosiban	576	0 (0)	1 (0.2%)
Indomethacin	35	0 (0)	0 (0)

*Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh với Atosiban

18/06/2015
de Heus R, et al 2009

24

Thuốc giảm gò

Điều trị	Tác dụng phụ	Tác dụng có lợi
1 Indomethacin	++++	++++
2 Đồng vận β	+++	++
3 Chẹn kênh Calci	++	++
4 Đối vận Oxytocin	+	++

18/06/2015
Mg²⁺SO₄ dẫn xuất NO không có tác dụng

Visser 2014

Thuốc giảm gò và thai kỳ nguy cơ

Điều trị (%)	Atosiban	Nifedipine	Đồng vận β
Phân bố chung	43	40	12
Đa thai	50	40	10
Tiền sử bệnh tim mạch	41	42	10
Đái tháo đường	51	30	16
Tăng huyết áp thai kỳ/Tiền sản giật	43	26	24
Nhau tiền đạo	39	27	25

18/06/2015

R.De Heus et al. BMJ, 2009

26

Vì vậy...



18/06/2015

27

Vì vậy...

- Không nên sử dụng đồng vận β nữa
- Không phối hợp các thuốc giảm gò
- Xem xét sử dụng Atosiban

18/06/2015

28

Vì vậy

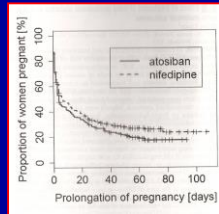
- Không nên sử dụng đồng vận β nữa
 - Không phối hợp các thuốc giảm gò
 - Xem xét sử dụng Atosiban
 - **Đặc biệt trong trường hợp đa thai, đái tháo đường, mẹ bệnh tim mạch**
 - Xem xét vấn đề của mẹ khi quyết định chọn dùng loại thuốc nào
- ★ Đánh giá lại vai trò của thuốc ức chế prostaglandin (ngoại trừ trường hợp song thai một bánh nhau)

18/06/2015

29

Nifedipine so với atosiban; RCT, n=500

- nifedipine atosiban
- Kết cục ban đầu (mẹ):
- Khả năng kéo dài thai kỳ
- 6 (1-38) 4 (1-30)
(median n days and IQR)



Vliet et al. AJOG 2015 (SMFM; Suppl Jan 2015, S4)
18/06/2015

30

Nifedipine so với atosiban; RCT, n=500

- nifedipine atosiban RR
 - Kết cục ban đầu (con):
 - Kết cục xấu chu sinh
 - - tử vong chu sinh
 - - BPD
 - - nhiễm trùng huyết
 - - PVH > grade 2
 - - NEC
- | | nifedipine | atosiban | RR |
|----------------------|------------|----------|----------------|
| Kết cục xấu chu sinh | 12% | 12% | |
| - tử vong chu sinh | 5% | 2% | 2.2 (0.86-5.8) |
| - BPD | 3% | 6% | |
| - nhiễm trùng huyết | 3% | 1% | |
| - PVH > grade 2 | 1% | 1% | |
| - NEC | 3% | 2% | |

Vliet et al. AJOG 2015 (SMFM; Suppl Jan 2015, S4)
18/06/2015

31

Chọn kênh Calci: Tác dụng phụ

Điều trị	N	Đa thai	Bệnh tim mạch	Ko bệnh lý	ĐTĐ	Các thuốc khác
Nhồi máu cơ tim	2					2
Phù phổi cấp	9	5	1		1	2
Khó thở nặng	8	6	1	4		3
Hạ huyết áp, IUFD	1					
Hạ huyết áp, trong MLT	18					

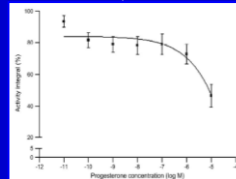
Rundgren 2015
Case reports: Oei, 1999; Hodges, 2004; Verhaert, 2004; Vaast, 2004; Van Geijn, 2005; Nassar, 2007; Gatault, 2008; Perbet, 2008

32

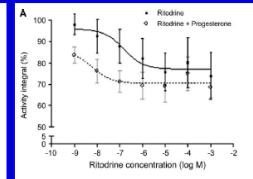
Thuốc giảm gò và progesterone

Progesterone làm tăng tác dụng giảm gò của ritodrine trên cơ tử cung có thai

Tác dụng cộng dồn của progesterone tự nhiên



Liên quan giữa progesterone và ritodrine



- Progesterone tự nhiên làm giảm tác động cơ cơ tử cung của oxytocin
- Dùng progesterone qua đêm làm giảm gò đáng kể
- Progesterone tự nhiên làm tăng tác dụng giãn cơ của ritodrine

Source: Chanrachakul et al. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192, 350-9

Sử dụng kết hợp beta-mimetics và progesterone

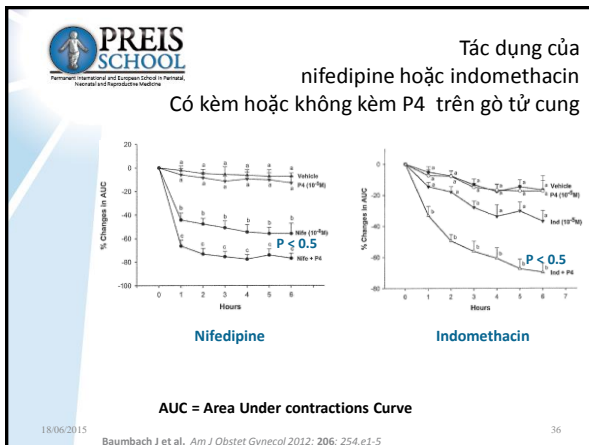
- 47 (β-mimetics)
- Tuổi thai: 30,5 (3,2)
- Ritodrine (100 mg in saline 0,1-0,3 mg/min)
- Chuyển dạ sau 48 h: 87%
- Chuyển dạ sau 7 ngày: 65%
- 42 (β-mimetics + P)
- Tuổi thai: 30,3 (2,7)
- Ritodrine (50 mg in saline 0,1-0,3 mg/min) + P (200 mg die)
- Chuyển dạ sau 48 h: 85%
- Chuyển dạ sau 7 ngày: 68%

Di Renzo et al., BJOG 2005

Sử dụng kết hợp beta-mimetics và progesterone

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • β-mimetics • Nhịp nhanh: 97% • Buồn nôn & nôn: 28% • Run: 26% • Hồi hộp: 32% • Đau ngực: 15% • Tăng đường huyết: 47% • Hạ Kali/máu: 92% | <ul style="list-style-type: none"> • β-mimetics + P • Nhịp nhanh: 42% • Buồn nôn & nôn: 6% • Run: 12% • Hồi hộp: 12% • Đau ngực: 8% • Tăng đường huyết: 28% • Hạ Kali máu: 23% |
|--|--|

Di Renzo et al., BJOG 2005



Thuốc giảm gò được cấp phép atosiban

- Hiệu quả có thể so sánh: không chuyển dạ và không cần thuốc giảm gò thay thế tại thời điểm 48 giờ (Grade A)
- Tốt hơn có ý nghĩa so với đồng vận beta tại thời điểm 7 ngày (Grade A)
- Ít hơn có ý nghĩa các tác dụng phụ trên tim mạch và các tác hại gây ra do ngưng dùng thuốc vì các tác dụng phụ không thể chấp nhận
- Ít hơn có ý nghĩa số lượng sản phụ phải dùng các thuốc giảm gò thay thế khác
- Atosiban cho thấy bước tiến trong liệu pháp điều trị giảm gò và nên được xem như thuốc điều trị đầu tay (Grade A)

PARAMETERS	P-PROM		MP	
	AT (36)	RT (33)	AT (36)	RT (33)
Tuổi thai* (khoảng, trung bình)	21-32 (27.5)	21-33 (28)	22-31 (26.0)	21-33 (28)
Cân nặng lúc sinh (g) (trung bình ± SD)	1350 ± 332	1270 ± 375	1370 ± 227	1235 ± 355
Tử suất chu sinh	0	2	2/59	3/54
NICU (ngày-trung bình)	29	34	37	42
Thời gian điều trị (hrs-mean, range)	188 (97-256)	146 (78-242)	164 (78-317)	122 (72-201)
Ngưng điều trị	12 (6-38)	11 (6-37)	27 (4-46)	19 (4-27)

P-PROM preterm premature rupture of membranes
 MP multiple pregnancy
 AT atosiban
 RT ritodrine
 NICU neonatal intensive care unit

Di Renzo et al, SGI 2005

TÁC DỤNG PHỤ Ở BẤT KÌ THỜI ĐIỂM NÀO	P-PROM + MP AT (64 TRƯỜNG HỢP)	P-PROM + MP RT (59 TRƯỜNG HỢP)
Nhịp tim nhanh (mẹ)	4	51 *
Tim thai nhanh (trên CTG)	0	35 *
Run	1	42 *
Buồn nôn & nôn	8	30 *
Chóng mặt	3	24 *
Ngưng điều trị	1	7 *

P-PROM preterm premature rupture of membranes
 MP multiple pregnancy
 AT atosiban
 RT ritodrine

* p < 0.01

Di Renzo et al, SGI 2005



HỒI SỨC THAI TRONG TỬ CUNG

Tractocile e.v. bolus 13,5 mg

Làm ngưng cơn gò tử cung trong chuyển dạ trong < 3 phút

(32 trường hợp)

Vấn đề	Số trường hợp	NR FHR	CTC (cm)	NR FHR giảm	Gò trở lại(phút, trung bình)	Thời gian vào chuyển dạ (phút, trung bình)	Phương thức sinh MLT/sinh thường*	Appar 1 phút < 7
> gò	16	16	6 ± 2	15	2.5	55	8 / 8	1
Gò cường tính	10	6	4 ± 3	4	3	78	1 / 9	0
Ba dây rốn	6	5	5 ± 1	4	3	15	6 / 0	1

ĐÁNH GIÁ LỢI ÍCH KINH TẾ

- Việc chọn thuốc giảm gò còn phụ thuộc vào vấn đề kinh tế. Tại Đức và Áo, dùng atosiban mang lại lợi ích kinh tế cao hơn betamimetic nhờ vào tính an toàn cao hơn hẳn
- Tại Anh, bằng chứng về tác dụng phụ của nifedipine khi sử dụng nhằm mục đích giảm gò được đánh giá về mặt kinh tế; cho thấy sử dụng atosiban kết hợp với test fFN mang lại hiệu quả kinh tế cao hơn việc dùng đơn độc nifedipine

- Dựa vào 3 nghiên cứu có chất lượng cao, hiệu quả trị hoãn chuyển dạ sinh non cho đến 48 giờ của atosiban tương đương với betamimetics (lần lượt là 88.1% và 88.7% (p=0.910) (O.R= 93.5 [59.3, 1.48])
- Các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thành công hơi cao hơn đối với atosiban và thấp hơn đối với betamimetics (90.1% so với 88.6%), nhưng đều không có ý nghĩa thống kê (p=0.61) (O.R= 1.09 [0.79, 1.50])

QUAN ĐIỂM TẠI Ý

Khi phân tích lợi ích kinh tế, đứng trên quan điểm người trả tiền thuốc, người ta thấy rằng sử dụng atosiban giúp tiết kiệm 657 € trên mỗi bệnh nhân so với ritodrine.

Nếu đứng trên quan điểm của bệnh viện, mức độ tiết kiệm chi phí khi dùng atosiban so với ritodrine dao động từ 299€ khi dùng giảm gò trong 18 giờ cho đến 189€ khi dùng giảm gò trong 48 giờ. Chi phí tiết kiệm so với dùng isoxuprine lần lượt là 303€ and 199€.

(Wex, Graham, Di Renzo, 2011)

- Với khoảng 40.000 trường hợp sinh non mỗi năm tại Ý và dựa trên giả thuyết rằng chỉ ½ số phụ nữ sinh non được điều trị bằng thuốc giảm gò, con số chi phí tiết kiệm được có thể lên tới 20 triệu euro đối với người phải trả tiền thuốc và 2-12 triệu euro cho các bệnh viện.

HƯỚNG DẪN CHÂU ÂU: CÁC ĐIỂM MẪU CHỐT



RCOG khuyến cáo dùng Atosiban

RCOG Guideline (2011)

A Nifedipine and atosiban have comparable effectiveness in delaying birth for up to seven days.

Ritodrine and atosiban are licensed in the UK for the treatment of threatened preterm labour; nifedipine for preterm labour is an unlicensed indication.

A Beta-agonists have a high frequency of adverse effects.

Beta-agonists reduce the risk of giving birth within 48 hours (11 trials, 1320 women, RR 0.65; 95% CI 0.53-0.75) compared with placebo,¹³ but there is no clear evidence that they are any more effective at preventing preterm birth than other tocolytic drugs.^{14,15}

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynecologists, UK

RCOG khuyến cáo dùng Atosiban

RCOG Guideline (2011)



A suggested dose of **atosiban** of an initial bolus dose of 6.75 mg over 1 minute, followed by an infusion of 18 mg/hour for 3 hours, then 6 mg/hour for up to 45 hours (to a maximum of 330 mg).

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynecologists, UK

Atosiban: thuốc được khuyến cáo hàng đầu

EJOG Resource Centre

Guidelines

Comparative Guidelines

Many national and international OSOYN organisations issue and regularly update **guidelines** for the management of a range of clinical problems. These are usually evidence-based, but supplemented and interpreted by a panel of experts, in the light of national history and priorities. **Differences between countries** and changes over time may be illuminating. In this section of the EJOG Resource Centre we publish **full versions of guidelines** in three areas, **preterm labour**, induction of labour and post-partum haemorrhage.

Preterm Labour

Calcium channel blockers and **atosiban are the most recommended tocolytics**, but alternatives such as beta-mimetics, indomethacin and magnesium sulphate remain recommended alternatives in some national guidelines.

EJOG – European Journal of Obstetrics & Gynecology

Atosiban: khuyến cáo sử dụng tại châu Âu

Country	Date	Guideline(s)	Recommendation(s)
Austria	2005	OEGGG	1. Atosiban 2. Beta-mimetics or calcium channel blockers
Belgium	2014	GGOLF KCE VVOG	1. Atosiban (with the option of three repetitive treatments) 1. Calcium channel blockers or oxytocin antagonists 1. Atosiban
Czech Republic	2012	ČGOS ČLS JEP	No first-line recommendation: Beta-mimetics or atosiban
Denmark	2013	DSOG	1. Atosiban 2. Calcium channel blockers, beta-mimetics or non-steroidal anti-inflammatory drugs
France	2014	CNGOF	No first-line recommendation: Atosiban , beta-mimetics or calcium channel blockers
Germany	N/A	DGGG	No first-line recommendation: Atosiban , fenoterol or nifedipine
Greece	2014	HSDG	No first-line recommendation: Nifedipine or atosiban
Italy	2013	N/A	No first-line recommendation, treatments recommended according gestational week: • 24–28 weeks: Indomethacin • 29–32/34 weeks: Atosiban • 32/34–37 weeks: Nifedipine • High risk or twins: Atosiban • Neuroprotection: Magnesium sulphate Beta-mimetics are strongly not recommended

EJOG – European Journal of Obstetrics & Gynecology

Atosiban: khuyến cáo sử dụng tại châu Âu

Country	Date	Guideline(s)	Recommendation(s)
The Netherlands	2012	NVOG	No first-line recommendation: Atosiban or nifedipine Atosiban has a slight preference in complicated pregnancies
Norway	2014	NSF	1. Atosiban 2. Nifedipine 3. Indomethacin
Portugal	N/A	N/A	1. Atosiban 2. Nifedipine 3. Indomethacin
Spain	2014	SEGO	No first-line recommendation: • Atosiban has fewer failures within 48 hours • Nifedipine may be associated with a longer postponement of delivery • Nifedipine has a higher risk of adverse events compared with atosiban • Atosiban is the choice of treatment for twin deliveries
Sweden	N/A	N/A	• Atosiban is used as first-line treatment at university hospitals & most regional hospitals
United Kingdom	2011	RCOG	Atosiban or nifedipine

EJOG – European Journal of Obstetrics & Gynecology

THÔNG ĐIỆP CẦN NHỚ

- Sử dụng các thuốc giảm gò an toàn (atosiban) trong thời gian ngắn nhất
- Sử dụng thuốc giảm gò với mục tiêu rõ ràng
- Nên nhận thức là việc không đáp ứng với thuốc giảm gò có thể do có tình trạng nhiễm trùng
- Chỉ sử dụng steroids 1 lần và chỉ khi cần thiết
- Phối hợp thuốc (có thể làm giảm IVH)

