

# PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CHUYỂN ĐẠ SINH NON

## I. ĐỊNH NGHĨA

Sinh non là khi trẻ được sinh ra ở tuổi thai từ hết 22 tuần đến trước 37 tuần.

## II. PHÂN LOẠI - YẾU TỐ NGUY CƠ

### 2.1. Phân loại (theo WHO 2014)

- Sinh cực non: < 28 tuần.
- Sinh rất non: từ 28 - 31 tuần 6 ngày.
- Sinh non trung bình: từ 32 - 33 tuần 6 ngày.
- Sinh non muộn: từ 34 - 36 tuần 6 ngày.
- Thai gần đủ tháng: từ 37 - 38 tuần 6 ngày.
- Thai đủ tháng: từ 39 - 41 tuần.

### 2.2. Yếu tố nguy cơ

- Từ mẹ:
  - + Tiền căn sinh non
  - + Hở eo tử cung, chiều dài cổ tử cung (CTC) ngắn, tiền căn chấn thương CTC (như khoét chóp CTC), tiền căn phá thai to
  - + Bất thường tử cung: tử cung dị dạng bẩm sinh, u xơ cơ tử cung
  - + Tình trạng viêm nhiễm: viêm âm đạo, viêm nha chu, nhiễm trùng tiểu không triệu chứng
  - + Thời gian giữa 2 lần mang thai quá ngắn (< 6 tháng)
  - + Tuổi mẹ < 17 hay > 35
  - + Tình trạng kinh tế xã hội thấp
  - + Suy dinh dưỡng (BMI < 19 kg/m<sup>2</sup>), cân nặng trước khi mang thai < 50 kg
  - + Làm việc quá mức (> 80 giờ/tuần), công việc phải đứng > 8 giờ/ngày
  - + Hút thuốc, uống rượu
  - + Bệnh lý mẹ: hen phế quản, tăng huyết áp, đái tháo đường...
  - + Mẹ được can thiệp phẫu thuật trong thai kỳ
- Từ thai và phần phụ:
  - + Đa thai
  - + Đa ối, thiếu ối
  - + Nhiễm trùng ối, ối vỡ non
  - + Thai dị tật
  - + Nhau tiền đạo, nhau bong non

## III. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Lâm sàng

Dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- Đối với đơn thai:

Có cơn gò tử cung đều đặn (4 cơn gò tử cung trong 20 phút hay 8 cơn trong 60 phút) và:

- + CTC mở  $\geq 3$  cm, hoặc
- + Chiều dài kênh CTC < 20 mm (siêu âm ngả âm đạo), hoặc

+ Chiều dài kênh CTC từ 20 mm đến < 30 mm (siêu âm ngả âm đạo) và xét nghiệm fetal fibronectin (+).

- Đối với song thai:

Có cơn gò tử cung đều đặn (4 cơn gò tử cung trong 20 phút hay 8 cơn trong 60 phút) và:

+ CTC mở  $\geq$  3 cm, hoặc

+ Chiều dài kênh CTC < 25 mm (siêu âm ngả âm đạo), hoặc

+ Chiều dài kênh CTC từ 25 mm đến < 35 mm (siêu âm ngả âm đạo) và xét nghiệm fetal fibronectin (+).

- Có thể kèm các dấu hiệu khác: ra nhót hồng hoặc dịch nhầy CTC, đau thắt lưng, tràn nặng bụng.

- Nếu có vỡ ối: xem phác đồ “Chẩn đoán và xử trí ối vỡ non”.

### 3.2. Cận lâm sàng

- CTG: theo dõi tim thai, cơn gò tử cung.

- Siêu âm ngả âm đạo đo chiều dài kênh cổ tử cung.

- Xét nghiệm fetal fibronectin (fFN).

- Partosure: xét nghiệm sự hiện diện của placental alpha microglobulin-1 (PAMG-1) đã được Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration - FDA) cho phép để đánh giá nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày ở phụ nữ mang đơn thai có triệu chứng nghi ngờ sinh non, từ 24 tuần đến 34 tuần 6 ngày, ối còn và CTC < 3 cm.

## IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Mục tiêu: giảm bệnh suất và tử suất do sinh non.

### 4.2. Nguyên tắc điều trị

- Hạn chế nhập viện các thai kỳ không có nguy cơ sinh non cao.

- Tránh lao động nặng, không kích thích đầu vú và kiêng giao hợp.

- Nghỉ ngơi tại giường hiện không được khuyến cáo thường quy do chưa có bằng chứng cho thấy có lợi. Ngược lại còn cho thấy một số tác động bất lợi như: tăng nguy cơ thuyên tắc mạch, giảm mật độ xương.

- Ăn uống hợp lý đầy đủ dinh dưỡng, ăn nhiều trái cây, rau xanh, ngũ cốc để tránh táo bón.

- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh.

- Dùng thuốc cắt cơn gò ngắn hạn để đủ thời gian Liệu pháp Corticosteroids trước sinh.

- Dùng Magnesium sulfate bảo vệ não ở trẻ sinh non.

- Kháng sinh dự phòng Liên cầu khuẩn nhóm B (GBS) (khi có chỉ định).

- Phối hợp với bác sĩ Sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức và chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng.

### 4.1. Điều trị cắt cơn gò bằng thuốc

- Không sử dụng thuốc cắt cơn gò với mục đích kéo dài thai kỳ dài hạn do không hiệu quả và không cải thiện kết cục sơ sinh.

- Không phối hợp nhiều loại thuốc cắt cơn gò cùng lúc.

- Không sử dụng thuốc cắt cơn gò cho thai trên 34 tuần.

- Chống chỉ định tuyệt đối:
  - + Thai chết lưu trong tử cung
  - + Thai dị tật bẩm sinh nặng
  - + Thai suy cấp
  - + Tiền sản giật nặng hay sản giật
  - + Nhiễm trùng ối
  - + Mẹ chảy máu nhiều huyết động học không ổn định
- Chống chỉ định tương đối
  - + Thai suy dinh dưỡng nặng trong tử cung
  - + Đái tháo đường phụ thuộc insulin (có thể dùng Atosiban)
  - + Đa thai (tăng thể tích huyết tương, cường aldosteron) nguy cơ thuốc tác động nặng lên tim mạch, phù phổi cấp nên không sử dụng Nifedipine, có thể sử dụng Atosiban
  - + Ối vỡ non ở thai non tháng

Thuốc	Chống chỉ định	Liều dùng	Tác dụng phụ	Theo dõi
<b>Nifedipine</b>	Huyết áp (HA) mẹ < 90/50 mmHg, bệnh tim (thiếu máu cơ tim, suy thất trái), rối loạn chức năng gan, bệnh lý thận, đang dùng thuốc hạ áp khác. - Đa thai	- Liều tấn công uống 20-30 mg (dùng viên tác dụng nhanh) hiệu quả tác dụng giảm gò sau 20-30 phút. - Sau đó 10-20 mg mỗi 3-8 giờ trong tối đa 48 giờ. Liều tối đa: 180 mg/ngày.	- Hạ HA đặc biệt ở người bệnh tăng HA gây thiếu oxy cho thai nhi. - Nhịp tim nhanh, đánh trống ngực. - Nóng bừng mặt. Nhức đầu, chóng mặt. - Buồn nôn. - Thai suy.	- Theo dõi mạch, HA mẹ sau dùng thuốc mỗi 30 phút trong giờ đầu và 30 phút sau mỗi liều kế tiếp. - Theo dõi tim thai - con gò trên Monitor trong 1 giờ sau liều đầu và mỗi 6 giờ trong thời gian điều trị.
<b>Salbutamol</b>	- Mẹ hoặc thai bị bệnh tim nặng, mẹ bị đái tháo đường đang điều trị Insulin, bệnh tuyến giáp, dị ứng với thuốc. - Song thai, đa	- Truyền TM 5mg/5mL pha trong Glucose 5% (nồng độ 10 mcg/mL). TTM: 60 mL/giờ (20 giọt/phút, 10 mcg/phút), tăng thêm 20 mL/giờ (7 giọt/phút, 3,3 mcg/phút) mỗi 30 phút đến khi hết cơn gò	- Mẹ: tăng nhịp tim, hạ HA, run hoặc phù phổi cấp (3%), tăng đường huyết và hạ kali máu.	- Theo dõi mạch, HA mẹ mỗi 15 phút trong giờ đầu sau đó mỗi 4 giờ. Xét nghiệm ure, điện giải, Hct mỗi 24 giờ.

	thai	<p>hoặc nhịp tim mẹ <math>\geq</math> 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 180 mL/giờ (60 giọt/phút, 30 mcg/phút).</p> <p>- Dùng bơm tiêm điện: Pha Salbutamol 5 mg/5mL trong 95 mL NaCl 0,9% (dd 50 mcg/mL Salbutamol). BTĐ 12 mL/giờ (10 mcg/phút). Tăng 4 mL/giờ (3,3 mcg/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ <math>\geq</math> 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền tối đa 36 mL/giờ (30 mcg/phút).</p>	- Thai: tim thai nhanh, hạ đường huyết và kali máu.	<p>Đo đường huyết mỗi 4 giờ.</p> <p>- Theo dõi tim thai - con gò trên monitor trong 1 giờ đầu và mỗi 6 giờ trong thời gian điều trị.</p>
<b>Atosiban</b>	Mẹ dị ứng với các thành phần của thuốc	<p><b>-Bước 1:</b> Liều tấn công: lọ 1 (37,5 mg/5 ml) lấy 6,75 mg Atosiban (0,9 mL) pha 10 ml Ringer Lactat tiêm tĩnh mạch chậm &gt; 1 phút (còn 4,1 mL)</p> <p><b>-Bước 2:</b> Liều duy trì: lọ 1 còn 30,75 mg (4,1 mL) Atosiban pha 36,9 mL Ringer Lactat, truyền bơm tiêm điện (BTĐ) 24 mL/giờ. Sau đó pha lọ 2 (37,5 mg/5 ml) trong 45 mL Ringer Lactat truyền BTĐ 24 mL/giờ trong 3 giờ đầu</p> <p><b>-Bước 3:</b> Lọ 2 còn 19 ml ở bước 2 truyền BTĐ 8 mL/giờ. Từ Lọ 3: pha với 45 mL</p>	Thường nhẹ: buồn nôn, nhức đầu, chóng mặt, bừng nóng, nôn, nhịp tim nhanh... phản ứng dị ứng thuốc	Theo dõi tim thai - con gò trên monitor trong 1 giờ đầu điều trị.

		Ringer Lactat được 50 ml dung dịch truyền với tốc độ 8 mL/giờ. Thời gian dùng thuốc tối đa là 45 giờ.		
--	--	---	--	--

- Không khuyến cáo sử dụng Betamimetics (Salbutamol, Terbutaline) để giảm gò do nhiều tác dụng phụ, có thể ảnh hưởng đến tính mạng.

#### 4.2. Liệu pháp Corticosteroids trước sinh

- Chỉ định: thai 24 tuần đến 33 tuần 6 ngày có nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày

- + Thường quy cho thai 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày.
- + Cân nhắc sử dụng khi thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.
- + Cân nhắc lặp lại 1 đợt Corticosteroids khi thai < 34 tuần, có nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày và đợt hỗ trợ phổi đầu tiên cách trên 7-14 ngày.
- + Sử dụng liệu pháp Corticosteroids ngay cả khi không chắc chắn có đủ thời gian để hoàn thành đủ liều Corticosteroids.

- Liều dùng:

- + Betamethasone 12 mg tiêm bắp (TB) 2 liều cách nhau 24 giờ.
- + Hoặc Dexamethasone 6 mg TB 4 liều cách nhau 12 giờ.

#### 4.3. Dùng Magnesium sulfate bảo vệ não ở trẻ sinh non

- Chỉ định: thai 24 tuần đến 31 tuần 6 ngày có nguy cơ sấp sinh non trong vòng 24 giờ (bao gồm cả những trường hợp đã vỡ ối), áp dụng cho cả đơn thai và đa thai

- + Thường quy cho thai 28 tuần đến 31 tuần 6 ngày.
- + Cân nhắc sử dụng khi thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.
- Chống chỉ định: mẹ bị nhược cơ.
- Thận trọng: tiền căn mẹ bị thiếu máu cơ tim, rối loạn dẫn truyền tim.
- Trường hợp tăng huyết áp hoặc tiền sản giật (sử dụng theo phác đồ “Chẩn đoán và xử trí tăng huyết áp thai kỳ”).
- Liều lượng: Magnesium sulfate 4,5g liều duy nhất, truyền tĩnh mạch chậm trong 20-30 phút.
- Giảm liều ở người bệnh có thiếu niệu hoặc dấu hiệu khác của suy thận.
- Khi đã chỉ định dùng Magnesium sulfate, không tiếp tục dùng thuốc cắt cơn gò tử cung.
- Khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ vì nguyên nhân của mẹ hoặc thai, Magnesium sulfate được chỉ định lý tưởng nhất trước sinh 4 giờ.

#### 4.4. Dùng kháng sinh dự phòng GBS khi có chỉ định

Xem phác đồ “Nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B và thai kỳ”.

### V. DỰ PHÒNG

- Xác định nhóm người bệnh có nguy cơ cao.
- Hướng dẫn sản phụ các yếu tố nguy cơ và khám thai định kỳ theo lịch hẹn.

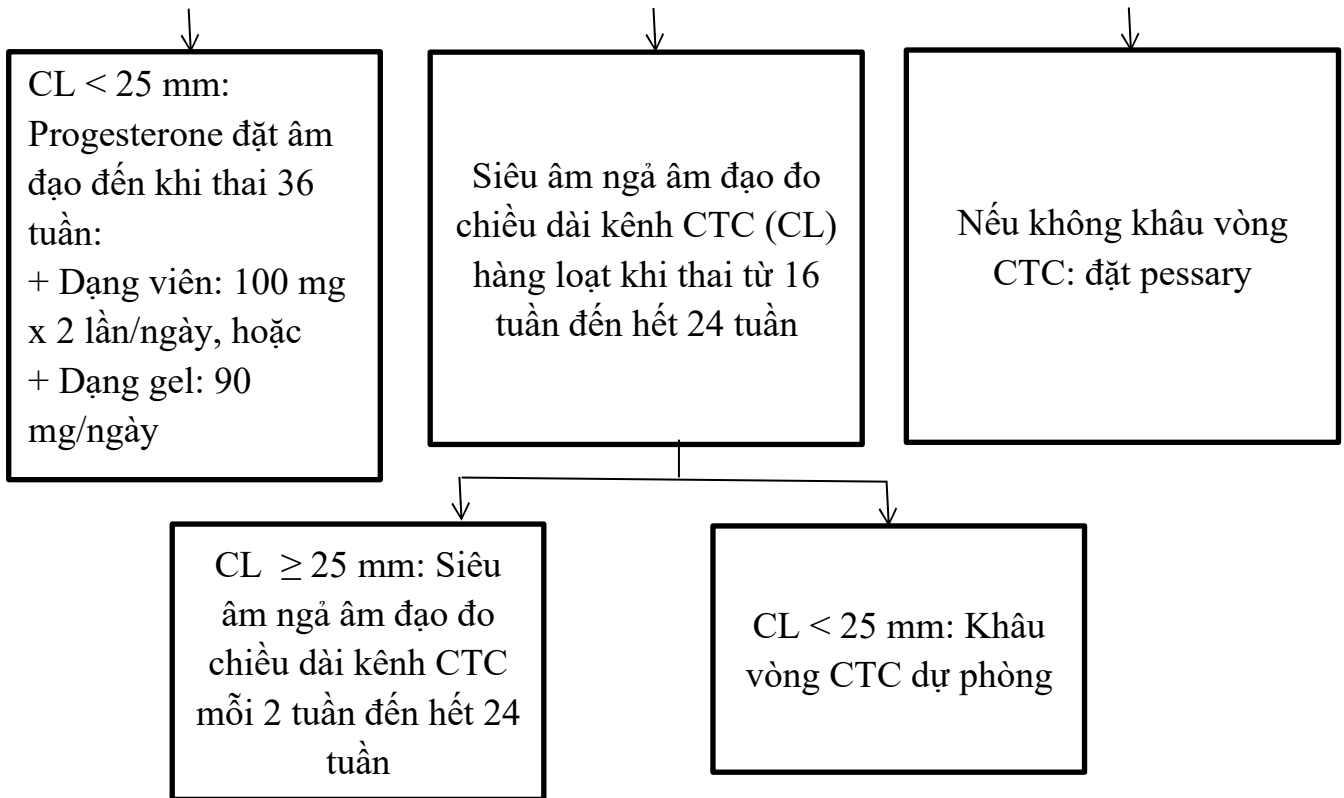
- Chế độ ăn uống hợp lý, đầy đủ dinh dưỡng.
- Không hút thuốc, uống rượu, nghỉ ngơi, giảm vận động nặng.
- Hạn chế số lượng phôi chuyển ở những phụ nữ có hỗ trợ sinh sản nhằm hạn chế đa thai.
- Điều trị sớm tình trạng viêm nhiễm trước và trong thai kỳ.
- Khâu vòng CTC hoặc đặt pessary dự phòng sinh non hoặc khi sản phụ bị hở eo tử cung.

### 5.1 Đặt vòng pessary âm đạo dự phòng sẩy thai to, sinh non

- Chỉ định: Khi có chỉ định khâu vòng CTC nhưng không thỏa điều kiện khâu (nhau tiền đạo không chảy máu, thai phụ từ chối thủ thuật, thai > 20 tuần).
- Chống chỉ định:
  - + Viêm nhiễm sinh dục tiến triển
  - + Đang ra huyết âm đạo
  - + Có dấu hiệu chuyển dạ: ối rỉ hoặc vỡ, CTC đã xóa và mở  $\geq 3\text{cm}$ , có cơn gò tử cung đều đặn  $\geq 2$  cơn/10 phút, đầu ối sa vào âm đạo
- Thời điểm đặt pessary:
  - + Từ 14 - 32 tuần.
  - + Hoặc 2 tuần trước thời điểm sẩy thai to hoặc sinh non lần trước
- Biến chứng
  - + Tiêu/ tiểu khó
  - + Đau cộm trong âm đạo
  - + Viêm âm đạo
  - + Xuất huyết âm đạo do viêm trợt, xói mòn
- Theo dõi:
  - + Không cần kháng sinh dự phòng.
  - + Khám thai định kỳ: kiểm tra tình trạng tiêu/tiểu, khám mỏ vịt kiểm tra viêm nhiễm sinh dục, ra huyết âm đạo, vị trí vòng pessary.
  - + Lấy vòng pessary: sau 37 tuần hoặc khi chuyển dạ, ối rỉ/vỡ.
  - + Sử dụng tiếp progesterone đến hết 36 tuần.

### 5.2. Lưu đồ dự phòng sinh non:





### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, trang 119-121.
2. ACOG (2010), Committee opinion number 455, Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection.
3. ACOG (2016), Practice bulletin No 171: management of preterm labor.
4. Charles J Lockwood (2021), Preterm labor: Clinical findings, diagnostic evaluation, and initial treatment, Uptodate.
5. F. Gary Cunningham, (2014), William obstetrics 24th, McGraw-Hill Education, US, page 829-861.
6. NICE (2019), Guideline: preterm labour and birth.
7. SOGC clinical practice guideline (2011), No258, Magnesium sulphate for fetal neuroprotection.
8. WHO (2015), WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes.