

Nhận biết, phòng tránh và quản lý chuyển dạ sanh non

Thân Trọng Thạch¹, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang²

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

¹ Giảng viên bộ môn Phụ Sản, khoa Y, Đại học Y Dược tp HCM. e-mail: thachdc2002@yahoo.com

² Phó giáo sư, Phó trưởng bộ môn Phụ Sản, khoa Y, Đại học Y Dược tp HCM. e-mail: tranghnhk08@gmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được khái niệm về chuyển dạ sanh non
2. Trình bày được quan điểm căn bản về điều trị sanh non
3. Trình bày được nguyên lý thực hiện cortico steroid liệu pháp để dự phòng suy hô hấp cấp ở trẻ sanh non

Sanh non cùng với các hậu quả khác của nó là nguyên nhân gây tử vong sơ sinh hàng đầu.

Sinh non cũng là một yếu tố quan trọng dẫn đến nguy cơ mắc phải các bệnh lý khác trong tương lai ngắn hạn hoặc dài hạn sau này của trẻ.

ĐỊNH NGHĨA, NGUYÊN NHÂN, YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ CÁC TRIỆU CHỨNG NHẬN BIẾT SANH NON

Trẻ sanh non được định nghĩa là trẻ được sinh ra trước khi tuổi thai được 37 tuần^{0/7}.

- Sơ sinh đủ tháng được định nghĩa là sơ sinh với tuổi thai lúc sinh là từ 37 đến 42 tuần.
- Thai kỳ kéo dài quá ngày dự sinh được định nghĩa khi thai kỳ kéo dài > 42 tuần vô kinh.
- Trẻ sanh non được định nghĩa là trẻ được sinh ra trước 37 tuần^{0/7}.

Căn cứ trên tuổi thai khi sanh, có thể chia ra

- Tuổi thai dưới 28 tuần^{0/7}: được gọi là sơ sinh cực non. Chiếm khoảng 5% các trường hợp.
- Tuổi thai từ 28 tuần^{0/7} đến 31 tuần^{6/7}: được gọi là sơ sinh rất non. Chiếm khoảng 15% các trường hợp.
- Tuổi thai từ 32 tuần^{0/7} đến 33 tuần^{6/7}. Chiếm khoảng 20% các trường hợp.
- Tuổi thai từ 34 tuần^{0/7} đến 36 tuần^{6/7}. Chiếm khoảng 60% các trường hợp.

Sanh non có thể là do tự phát hay là hậu quả của chỉ định can thiệp y khoa.

Có 2 nhóm nguyên nhân lớn của sanh non:

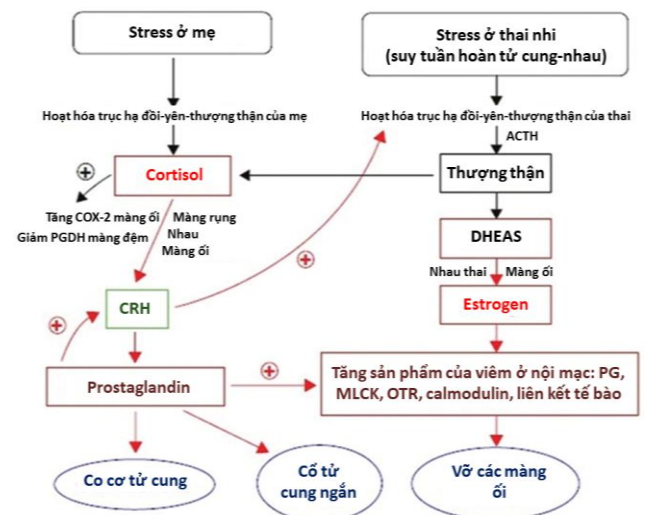
1. Sanh non do có chỉ định từ mẹ hoặc thai. Cuộc sanh được chỉ định vì một lý do y khoa như tiền sản giật, nhau tiền đạo, chậm tăng trưởng trong tử cung nặng gây suy thai. Nhóm này chiếm khoảng 20%.
2. Sanh non tự phát, chiếm khoảng 80% các trường hợp còn lại, đa phần liên quan đến chuyển dạ sanh non hoặc ối vỡ non trên thai non tháng (Preterm Premature Rupture Of Membranes - PPRM).

Hiện nay người ta cho rằng chuyển dạ sanh non là một hội chứng gồm nhiều cơ chế khác nhau.

Cần lưu ý là trong đa số trường hợp, chúng ta không thể tìm được nguyên nhân hoặc yếu tố nguy cơ của chuyển dạ sanh non.

Có 4 quá trình bệnh sinh chủ yếu như sau:

1. Hoạt hóa trục hạ đồi-tuyến yên-tuyến thượng thận ở mẹ hoặc thai nhi do stress.

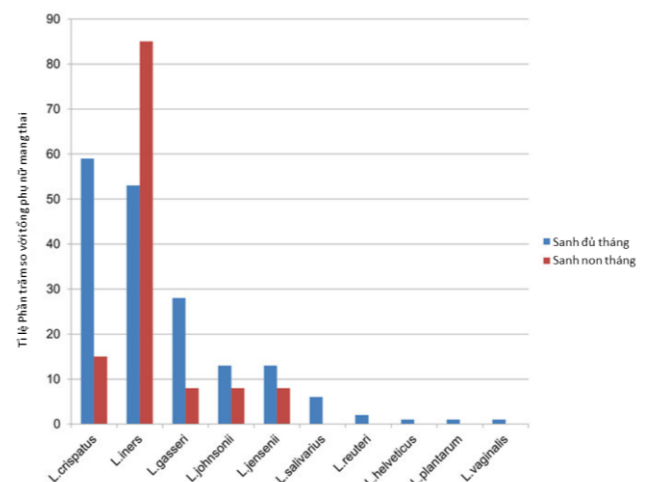


Sơ đồ 1: Cơ chế bệnh sinh của sanh non

Vai trò của stress trong hoạt hóa trục hạ đồi-tuyến yên-tuyến thượng thận, tăng tiết prostaglandin thông qua cortisol và CRH.

Nguồn: medind.nic.in

2. Nhiễm trùng (màng ối, màng rụng hoặc toàn thân) và microbiome bệnh lý.



Biểu đồ 1: Sự khác biệt giữa đặc điểm khuẩn hệ âm đạo ở người có sinh non (đỏ) và người không sinh non (xanh)
Khác biệt lớn về microbiome giải thích vai trò quan trọng của nhiễm trùng trong cơ chế hoạt động sinh non.

Nguồn: nature.com

3. Xuất huyết tại lớp màng rụng (bong nhau).
4. Căng dẫn tử cung quá mức do một tình trạng nào đó như đa thai, đa ối.

Chuyển dạ sinh non là hậu quả cuối cùng của các diễn tiến bệnh lý này.

Mọi can thiệp dự phòng chỉ có hiệu quả khi được tiến hành trước khi các hệ quả của tiến trình bệnh sinh trở thành không thể đảo ngược được nữa.

Một số yếu tố đã được nhận diện là yếu tố nguy cơ của sinh non. Các thai phụ có các đặc điểm sau được xem là có yếu tố nguy cơ cao sinh non:

- Tiền căn có sinh non, chuyển dạ sinh non, ối vỡ non.
- Hở eo cổ tử cung nguyên phát hoặc thứ phát sau can thiệp y khoa như sau khoét chóp cổ tử cung ...
- Nhiễm trùng như nhiễm trùng tiểu, nhiễm khuẩn âm đạo (Bacterial Vaginosis) (BV), nhiễm trùng ối.
- Căng dẫn tử cung quá mức như đa thai, đa ối.
- Tử cung bị biến dạng do u xơ-cơ trơn tử cung, tử cung có vách ngăn hay các dị tật cấu trúc khác của tử cung.
- Bất thường bánh nhau: nhau bong non, nhau tiền đạo.
- Mẹ hút thuốc lá.

Các triệu chứng của chuyển dạ sinh non là các dấu hiệu của chuyển dạ, xuất hiện sớm trước 37 tuần^{0/7}

Khi có các dấu chứng này, ta gọi là thai phụ có nguy cơ trực tiếp của sinh non.

Sản phụ có những cơn gò tử cung, thường không gây đau. Thông thường sản phụ cảm nhận rằng có những cơn trằn bụng giống như khi chuyển dạ hay khi ra kinh, hoặc cảm giác đau trằn vùng thắt lưng dưới, hoặc có cảm giác nặng vùng chậu, hoặc đau bụng có hay không kèm dấu kích thích tiêu hóa như tiêu chảy.

Sản phụ cũng ghi nhận tăng lượng hoặc thay đổi tính chất dịch âm đạo. Có thể thấy dấu hiệu của tổng xuất nút niêm dịch cổ tử cung: ra dịch nhầy, dịch loãng hoặc lẫn máu.

CÁC YẾU TỐ ĐÁNH GIÁ VÀ TIỀN LƯỢNG CỦA SANH NON

Fetal Fibronectin (fFN)

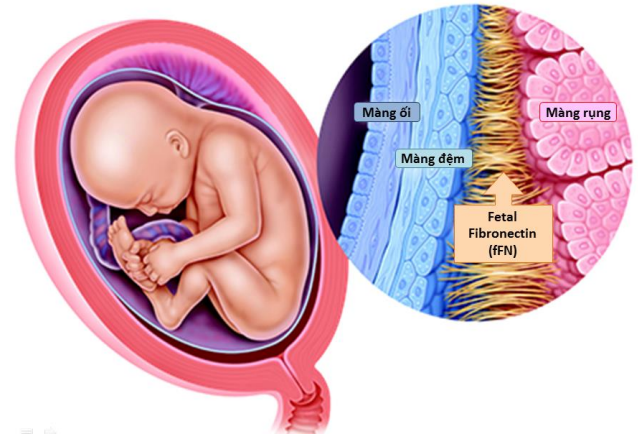
fFN là một khảo sát có giá trị dự báo âm sinh non rất cao.

Fibronectin thai nhi (fFN) là một loại glycoprotein ngoại bào thường tìm thấy trong dịch tiết cổ tử cung trong giai đoạn sớm của thai kỳ và khi thai kỳ gần đủ tháng.

Nồng độ fFN gia tăng trong dịch tiết cổ tử cung trong các trường hợp chuyển dạ sinh non. Độ nhạy của khảo sát là 90% và độ chuyên biệt của test là 93.8%.

Nếu thai chưa đủ tháng (khi tuổi thai 22-34 tuần) mà nồng độ fFN gia tăng thì có thể có liên quan với sự gia tăng nguy cơ sinh non, với khả năng sẽ sinh trong vòng 7-14 ngày từ khi thực hiện test. Giá trị dự báo dương của test là 78.3%.

Buộc phải lưu ý rằng mục tiêu khi thực hiện test fFN không nằm ở giá trị tiên đoán dương mà là ở giá trị tiên đoán âm. Nghĩa là, nếu khảo sát fFN âm tính trong dịch tiết âm đạo-cổ tử cung, thì khả năng thai phụ sẽ sinh non trong vòng 7 ngày kế tiếp là rất thấp, khoảng 1%, với giá trị dự báo âm là 97.4%.



Hình 1: Fibronectin thai nhi (fFN) là một loại glycoprotein ngoại bào có nhiệm vụ gắn kết các màng thai và màng rụng.

Hiện diện fFN trong dịch cổ tử cung chứng tỏ chất “keo” gắn kết này đang bị bong tróc, nói cách khác là có dấu hiệu của sinh non.

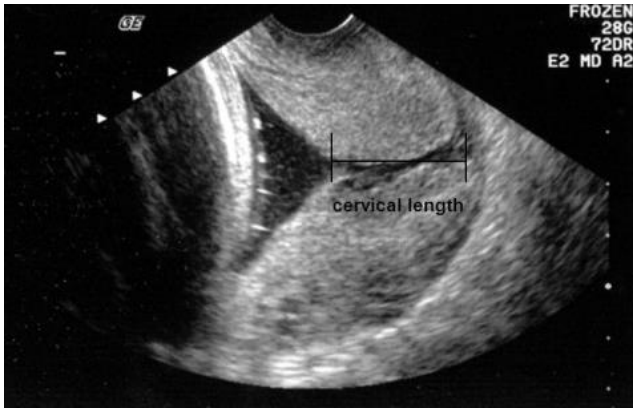
Nguồn: ffnest.com.au

Chiều dài kênh tử cung

Chiều dài kênh tử cung bị rút ngắn có ý nghĩa dự báo dương sinh non

Chiều dài (kênh) cổ tử cung đo qua siêu âm cũng được dùng làm yếu tố chẩn đoán. Trong giai đoạn giữa của thai kỳ, cổ tử cung dài khoảng 30-40 mm. Siêu âm đo chiều dài cổ tử cung được thực hiện qua đường âm đạo. Vào thời điểm này của thai kỳ, khi quan sát thấy cổ tử cung bị ngắn lại, thì hiện tượng này có liên quan với nguy cơ cao chuyển dạ sinh non.

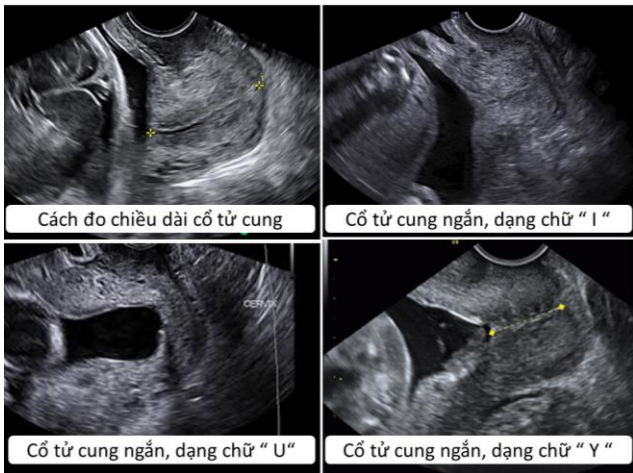
- Vào tuần lễ 24 của thai kỳ, trên một thai phụ không có triệu chứng, nếu chiều dài cổ tử cung ngắn < 25 mm thì nguy cơ sinh non sẽ tăng lên.
- Ngược lại, nếu một sản phụ có các cơn gò tử cung xuất hiện khi thai chưa đủ tháng nhưng chiều dài cổ tử cung vẫn còn dài hơn 30 mm thì nguy cơ có sinh non trong vòng 7 ngày kế tiếp chỉ là 1%.
- Năm 2015, FIGO khuyến cáo thực hiện việc khảo sát chiều dài kênh cổ tử cung thường qui ở tuổi thai 19-23 tuần^{+6/7} để tầm soát sinh non.



Hình 2: Chiều dài kênh cổ tử cung < 25 mm có PPV sinh non cao caolanahealthcare.com.au

Ngoài việc đo chiều dài kênh tử cung, người ta còn khảo sát hình dạng của lỗ trong và lỗ ngoài cổ tử cung.

Cổ tử cung có thể có dạng U, dạng Y là những dạng có nguy cơ cao. Dạng I thường có tiên lượng tốt hơn.



Hình 3a: Cổ tử cung ngắn, dạng U
Nguy cơ sinh non cao. Nguồn: babymed.com



Hình 4: Cổ tử cung ngắn, dạng Y
Nguy cơ sinh non cao <http://consult.mhealth.org>

Bất thường microbiome

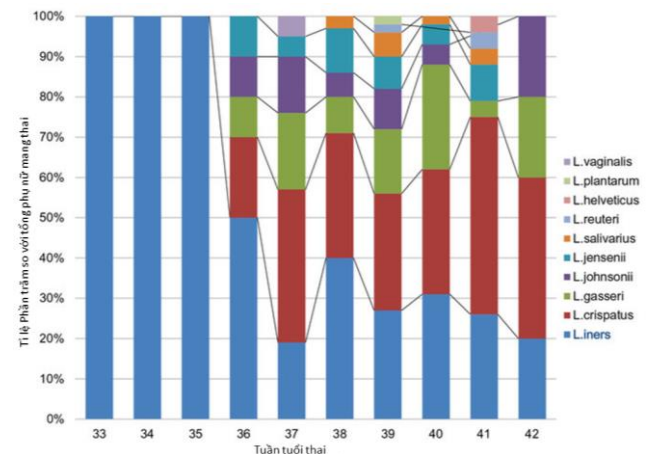
Viêm âm đạo do vi khuẩn (Bacterial Vaginosis) (BV) là tình trạng khá phổ biến. Ở những trường hợp có biểu hiện triệu chứng của nhiễm khuẩn âm đạo, chúng ta nên tiến hành điều trị đầy đủ.

Chứng cứ cho thấy việc điều trị BV có triệu chứng sớm trước tuần 20 có làm giảm tần suất sinh non, thông qua hiệu quả làm giảm vỡ ối do viêm mạn các màng thai.

Đối với bệnh nhân có nguy cơ cao chuyển dạ sinh non và có dấu hiệu lâm sàng của BV, có thể cân nhắc điều trị nhiễm khuẩn âm đạo. Việc điều trị phải được tiến hành trước 20 tuần tuổi thai.

Tuy nhiên, không có khuyến cáo điều trị những trường hợp bacterial vaginosis không có triệu chứng và nguy cơ thấp vì tỷ lệ sinh non không giảm so với nhóm chứng.

Các nghiên cứu về *microbiome* gần đây cho thấy rằng tương quan vi khuẩn bất thường trong microbiome là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tiến trình viêm và kích hoạt bệnh sinh của sinh non. Khi đã có triệu chứng của sinh non thì việc điều trị nhiễm khuẩn là không còn hiệu quả nữa. Khắc phục các rối loạn trong microbiome phải trúng đích, đúng thời điểm thì mới có thể có hiệu quả trong dự phòng sinh non.



Hình 5: Khác biệt trong microbiome ở người sinh non và sinh đủ tháng.
Ưu thế tuyệt đối của *L. iners* trong microbiome liên quan rõ rệt với tình trạng sinh non.
Nguồn: nature.com

Các bước đánh giá chuyển dạ sinh non:

1. Tuổi thai
2. Nguy cơ sinh non

Khi nghi ngờ một trường hợp chuyển dạ sinh non, yếu tố quan trọng nhất là tuổi thai và nguy cơ có thể đi xa hơn đến chuyển dạ sinh non không ngăn cản được. Tuổi thai được đánh giá bằng các thông tin có được từ đầu thai kỳ. Cổ tử cung được khám bằng mỏ vịt, qua siêu âm hoặc bằng tay. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng, khám bằng tay có thể vô tình làm tăng nguy cơ sinh non do vô tình tách các màng ối. Vì thế, nên khám bằng mỏ vịt trước nếu nghi ngờ có vỡ màng ối qua khai thác bệnh sử. Chiều dài và tình trạng kênh tử cung sẽ được đánh giá qua siêu âm khảo sát kênh cổ tử cung. Thay đổi tình trạng cổ tử cung giúp ta chẩn đoán và theo dõi đáp ứng điều trị.

Ngoài ra, chúng ta có thể theo dõi bằng monitor sản khoa để đánh giá tần số và cường độ cơn gò.

Bên cạnh việc xác định độ dài kênh tử cung, siêu âm giúp kiểm định lại tuổi thai, phát triển bào thai, lượng dịch ối, ngôi thai, và vị trí bánh nhau, cũng như khảo sát dị tật của thai nhi.

Cũng nên theo dõi tình trạng xuất huyết của bệnh nhân, vì nhau bong non và nhau tiền đạo có liên quan đến chuyển dạ sinh non.

ĐIỀU TRỊ SANH NON NHẪM MỤC ĐÍCH TRỊ HOẢN CHUYỂN DẠ ĐỂ CHỜ HIỆU LỰC CỦA CORTICOID

Khi có dấu hiệu nguy cơ trực tiếp của sinh non, phải thực hiện đo chiều dài kênh cổ tử cung và fFN.

Chỉ định điều trị tùy thuộc vào fFN và chiều dài, tính chất kênh tử cung.

Nếu các test cho kết quả dương tính thì phải tiến hành dùng giảm cơn và thực hiện corticosteroid liệu pháp nhằm mục đích dự phòng hội chứng suy hô hấp cấp ở sơ sinh (Respiratory Distress Syndrome) (RDS).

Việc điều trị là không cần thiết nếu fFN âm tính và chiều dài kênh cổ tử cung > 30 mm.

Nếu có cơn co tử cung, nhưng fFN âm tính, có thể thực hiện lặp lại các lần đo chiều dài kênh tử cung.

Mục đích của điều trị là nhằm trì hoãn cuộc chuyển dạ sinh non, ngăn cản cuộc sanh cho khi corticosteroids đạt được hiệu quả.

Mục đích của điều trị là nhằm trì hoãn cuộc chuyển dạ sinh non, ngăn cản cuộc sanh cho khi corticosteroids đạt được hiệu quả. Thời gian này là 48 giờ. Các thuốc giảm cơn thường giúp kéo dài thai kỳ thêm khoảng vài ngày.

Các chống chỉ định của thuốc giảm cơn bao gồm chuyển dạ đã tiến triển nhiều, thai nhi đã trưởng thành, thai nhi dị tật, nhiễm trùng trong tử cung, xuất huyết âm đạo lượng nhiều, và tiền sản giật nặng.

Thuốc đối vận với thụ thể oxytocin là thuốc duy nhất được dán nhãn cho điều trị chuyển dạ sinh non.

Trong các thuốc dùng để cắt cơn co tử cung trong chuyển dạ sinh non, chỉ có oxytocin receptor antagonist là được dán nhãn cho điều trị sinh non (labelled).

Dù từng được dùng rất rộng rãi trong điều trị sinh non, cả đồng vận beta-adrenergic lẫn ức chế kênh calcium đều không được dán nhãn này (off-labelled). Các thuốc này có khá nhiều tác dụng phụ. Vì vậy, cần cân nhắc và tôn trọng chỉ định khi quyết định dùng cho điều trị sinh non.

Riêng trong trường hợp của *Salbutamol*, một đồng vận của beta-adrenergic, bên cạnh vấn đề nguy cơ cao có tác dụng phụ về tim mạch, việc dùng kéo dài với liều điều trị sinh non bị nghi ngờ có thể gây chứng tự kỷ ở trẻ sau này.

Magnesium sulfate có vai trò bảo vệ thần kinh cho thai rất non, dưới 32 tuần.

Trước nay, người ta có nói nhiều về $MgSO_4$ trong điều trị sinh non. Hiện nay, người ta không còn đề cập nhiều đến vai trò của $MgSO_4$ trong điều trị sinh non nữa, trái lại

người ta nói đến nó như một chất có vai trò bảo vệ thần kinh thai cho các trường hợp chuyển dạ sinh non trước 32 tuần¹.

Corticosteroid liệu pháp nhằm mục đích dự phòng hội chứng suy hô hấp cấp ở sơ sinh

Betamethason và Dexamethason là những corticosteroid được nghiên cứu rộng rãi nhất và chúng được lựa chọn cho thúc đẩy trưởng thành cơ quan thai nhi. Cả 2 đều qua nhau thai với dạng hoạt động sinh học gần như giống hệt nhau. Cả 2 đều không đủ tính mineracorticoid và có tính ức chế miễn dịch tương đối ngắn với thời hạn sử dụng ngắn.

Mục đích của corticosteroid liệu pháp là làm tần suất xảy ra hội chứng suy hô hấp cấp ở sơ sinh sau sanh, là nguyên nhân hàng đầu của tử vong sơ sinh ở trẻ non tháng.

Corticoid liệu pháp là không cần thiết sau 34 tuần vô kinh. Khi thực hiện ở chuyển dạ sinh non thai dưới 34 tuần, NNT của điều trị này là 8. Khi thực hiện sau 34 tuần, NNT của corticosteroid dự phòng RDS khoảng gần 100.

Corticoid không phải là một liệu pháp vô hại, thậm chí có thể nguy hiểm cho thai.

Hiện đã có đủ bằng chứng để chứng minh rằng corticosteroid liệu pháp có khả năng gây tác hại cho hệ thần kinh thai nhi khi bị lạm dụng.

Liều lặp lại corticosteroid có khả năng gây apoptosis trên khu vực hồi hải mã, gây giảm tổng khối tế bào thần kinh có chức năng ký ức và phân xạ có điều kiện (học tập) ảnh hưởng mạnh đến năng lực trí tuệ sau này của trẻ.

Một đợt điều trị Corticosteroid trước sinh duy nhất phải thực hiện cho những thai phụ ối vỡ non trước 34 tuần thai nhằm giảm nguy cơ xảy ra hội chứng suy hô hấp cấp, tử vong chu sinh và các bệnh tật khác.

Một đợt điều trị Corticosteroid khẩn cấp duy nhất có thể được cân nhắc *một cách vô cùng cẩn trọng* nếu đã điều trị hơn 2 tuần trước đó VÀ tuổi thai nhỏ hơn 32 tuần 6 ngày VÀ thai phụ được đánh giá trong thực tế lâm sàng sẽ sinh trong vòng một tuần.

Việc điều trị lặp lại hơn một đợt một cách hệ thống được cho rằng có thể gây nhiều tác hại hơn là mang lại lợi ích. Thời gian để corticoid liệu pháp đạt được hiệu quả dự phòng RDS là 48 giờ.

Corticoid có thể có tác hại trên mẹ, nên lưu ý khi dùng trên thai phụ có rối loạn chuyển hóa carbohydrate hay có tình trạng nhiễm trùng.

Chưa có dữ liệu về hiệu quả của việc dùng corticosteroid trước khi thai nhi có khả năng nuôi sống được.

Chỉ thực hiện duy nhất một đợt corticosteroid cho thai phụ đang có nguy cơ trực tiếp của sinh non trong vòng 7 ngày, hiện đang ở giữa tuần thai 24 và 34.

¹ $MgSO_4$ cạnh tranh với calcium để vào tế bào, vì thế có khả năng ức chế cơn co. Có độ an toàn cao. Tuy nhiên, nó có nhiều tác dụng phụ. Có thể gây nhức đầu hoặc đỏ bừng mặt, nồng độ cao có thể gây ức chế hô hấp hoặc tim mạch. Vai trò quan trọng nhất của nó là có tác dụng bảo vệ thần kinh cho thai nhi nếu tuổi thai dưới 28 tuần. Nếu dùng với mục đích này thì không dùng $MgSO_4$ kéo dài trên 48 giờ. Chống chỉ định khi bệnh nhân có hạ calcium máu hoặc có bệnh nhược cơ.

Corticosteroid được dùng với 1 trong 2 lựa chọn sau:

1. Betamethasone (12 mg) tiêm bắp, 2 liều, cách 24 giờ hoặc
2. Dexamethasone (6 mg) tiêm bắp, 4 liều, cách 12 giờ

DỰ PHÒNG SANH NON

Có nhiều biện pháp có thể được dùng cho dự phòng sanh non. 3 biện pháp dự phòng được đề cập nhiều nhất là:

1. Progesterone
2. Khâu vòng cổ tử cung
3. Pessary

Có thể dùng Progesterone để dự phòng sanh non cho thai phụ có tiền căn sanh non và hiện có kênh tử cung ngắn.

Các nghiên cứu gần đây ủng hộ việc thực hiện dự phòng sanh non bằng progesterone cho một số nhất định thai phụ có nguy cơ cao: cụ thể là thai phụ với tiền căn sanh non đồng thời có chiều dài kênh tử cung ngắn dưới 25 mm trong thai kỳ hiện tại. Ở các thai phụ này, progesterone tự nhiên dùng qua đường âm đạo được chỉ định.

Trong những trường hợp khác, việc dùng progesterone không được chứng minh là có lợi.

Có thể khâu vòng cổ tử cung để dự phòng sanh non cho thai phụ có hở eo tử cung và hiện có kênh tử cung ngắn.

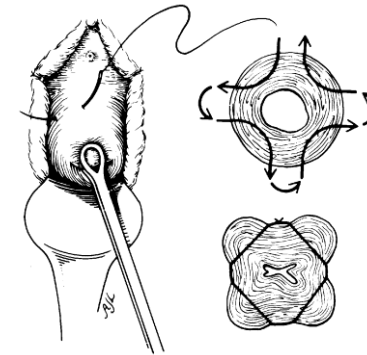
Hở eo tử cung là một bệnh lý có thể liên quan đến gia tăng nguy cơ chuyển dạ sinh non và sinh non.

Một phân tích gộp khảo sát hiệu quả của khâu vòng cổ tử cung ở những bệnh nhân có tiền căn sinh non đồng thời cũng có cổ tử cung ngắn < 25 mm trong thai kì hiện tại, thì cerclage có làm giảm nguy cơ sinh non trước tuần lễ 35.

Tuy nhiên, những trường hợp có cổ tử cung ngắn nhưng không có tiền căn sinh non thì không thấy lợi ích nào khi tiến hành thủ thuật này. Ở những trường hợp song thai, khi khâu cổ tử cung sẽ làm tăng nguy cơ chuyển dạ sinh non.

Cerclage pessary (dụng cụ nâng đỡ) là một dụng cụ có nhiệm vụ như một mũi khâu vòng túi ở cổ tử cung, được đặt qua đường âm đạo.

Gần đây, các nghiên cứu về khả năng dự phòng sanh non của dụng cụ nâng đỡ cổ tử cung cho thấy phương pháp này có khá nhiều hứa hẹn, cũng như một số điểm nổi trội khi so sánh với khâu vòng cổ tử cung. Hiệu quả của chúng tùy thuộc vào nguyên nhân cụ thể và trong trường hợp tổng quát, hiệu quả chúng vẫn chưa được chứng minh rõ ràng.



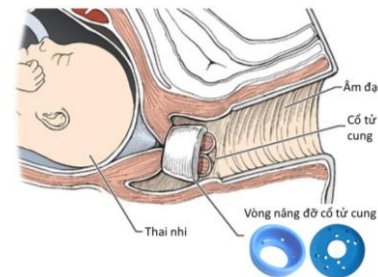
Hình 6: Khâu vòng túi cổ tử cung

Hình trình bày phương pháp khâu vòng túi cổ tử cung dự phòng sanh non theo phương pháp Mc Donald.

Thông thường, phẫu thuật được tiến hành vào khoảng 16 tuần vô kinh. Chỉ được dùng là một chỉ to bản, khâu ở vị trí cao nhất có thể được.

Hiệu quả của cerclage là rõ rệt nhất cho trường hợp hở eo tử cung.

Nguồn: obfocus.com



Hình 7: Pessary và phương cách mà nó giữ cổ tử cung

Cơ chế hoạt động của pessary tương tự như khâu vòng túi cổ tử cung. Vì thế, nó còn được gọi là cerclage pessary.

Nguồn: Churchill Livingstone, từ media.livdn.com và cdn2.bigcommerce.com

Một cách tổng quát, không có một biện pháp dự phòng chung cho mọi trường hợp sanh non.

Phải đánh giá cẩn thận nguy cơ sanh non ở mỗi thai phụ và tiến hành các biện pháp phòng tránh sanh non thích hợp.

Bảng 1: Các thuốc có thể dùng để cắt cơn co trong sanh non

Nhóm thuốc	Tác động	Tác dụng phụ	Lưu ý
Đối vận với thụ thể oxytocin	Đối vận với thụ thể của oxytocin trên cơ tử cung, ngăn cản tác dụng co cơ tử cung của oxytocin nội sinh	Hiện không tác dụng phụ quan trọng được ghi nhận	Là thuốc duy nhất được dán nhãn (labelled) cho điều trị sanh non
Ức chế kênh calcium	Ngăn chặn Ca^{++} đi vào tế bào	Hạ huyết áp và nhức đầu; có thể làm giảm lưu lượng máu nhau-tử cung, giảm oxygen và tăng CO_2 ở thai nhi	Có thể làm nặng thêm các tác dụng phụ của magnesium sulfate Không được dán nhãn cho điều trị sanh non
Đồng vận β -adrenergic	Tăng nồng độ cAMP (cyclic Adenosine MonoPhosphate) trong tế bào, làm giảm nồng độ calcium	Hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, nặng ngực hoặc đau ngực, thay đổi trên ECG Có thể gây phù phổi, đặc biệt khi có quá tải tuần hoàn Chống chỉ định tương đối ở bệnh nhân có bệnh mạch vành và suy thận	Thường ít dùng do các tác dụng phụ của thuốc Salbutamol không được dán nhãn cho điều trị sanh non Việc dùng kéo dài Salbutamol không được xem là an toàn cho thai nhi

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.