CHUYỂN DẠ SANH NON (Preterm birth)

1. **Đại cương**
2. **Định nghĩa**: Trẻ sanh non được định ng hĩa là trẻ sinh ra trước khi tuổi thai được 37 tuần 0/7
3. **Phân loại**: WHO 2014

* Sinh cực non: < 28w
* Sinh rất non: 28 - <32w
* Sinh non TB: 32 - < 34w
* Sinh non muộn: < 37w
* Sinh đủ tháng : 37 - 42w
* Trẻ nhẹ cân (LBW) : BW ≤ 2500g
* Rất nhẹ cân (Very LBW) : BW ≤ 1500g
* Cực nhẹ cân : BW ≤ 1000g

1. **Nguyên nhân:**
2. Sanh non do có chỉ định CDTK từ mẹ hoặc thai (20%)
3. Sanh non tự phát (80%): *xét yếu tố nguy cơ*
   * **Mẹ:** tuổi <19 hay >40t, cân nặng trước mang thai thấp, bệnh ĐTĐ,THA,tim. *(slide th.Kh Trang)*
   * **Tiền căn** có sanh non, chuyển dạ sinh non, ối vỡ non.

PUSI: Placenta, Uterine, Smoker, Infection

* + **Placenta**: bất thường bánh nhau: nhau bong non, nhau tiền đạo.
  + **Uterine:** bất thường tử cung:
    - **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.
    - **Căng dãn tử cung quá mức** như đa thai, đa ối.
    - **Hở eo tử cung** nguyên phát hoặc thứ phát sau can thiệp y khoa như sau khoét chóp cổ tử cung …
  + **Smoker:** Mẹ hút thuốc lá/ các chất gây nghiện
  + **Infection:** nhiễm trùng tiểu, nhiễm khuẩn âm đạo (lậu cầu, Chlamydia, BV, trichomonas, Group B Strep), nhiễm trùng ối.

*Lưu ý: Sanh non hiện nay được xem là một hội chứng gồm nhiều cơ chế khác nhau.   
 4 quá trình bệnh sinh trong sanh non :*

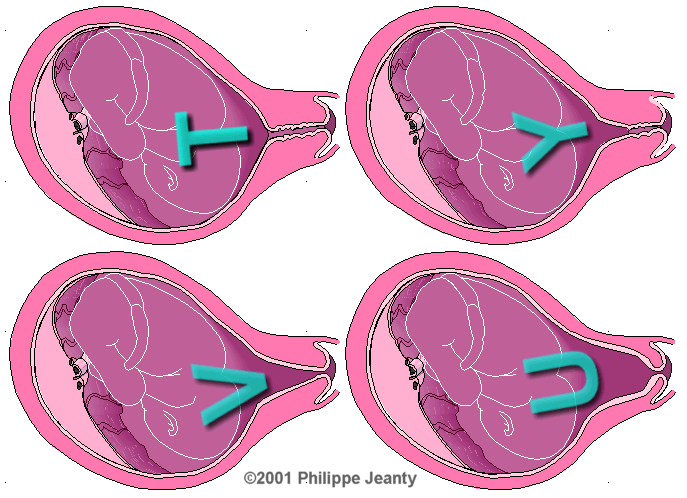
* *Hoạt hóa trục hạ đồi-tuyến yên-tuyến thượng thận ở mẹ hoặc thai nhi do stress à ↑ cortisol à ↑ tiết PGs à co TC và chín muồn CTC.*
* *Nhiễm trùng (màng đệm, màng rụng hoặc toàn thân) và microbiome bệnh lý à viêm à kích hoạt bệnh sinh sanh non.*
* *Xuất huyết tại lớp màng rụng (bong nhau).*
* *Căng dãn tử cung quá mức (đa thai, đa ối)*

*è* ***CD sanh non là hệ quả cuối cùng,*** *can thiệp chỉ có hiệu quả trước khi hệ quả bệnh sinh trở nên không thể đảo ngược.*

1. **Tiếp cận sanh non**

Sản phụ có dấu hiệu chuyển dạ trước 37w (cơn gò tử cung, tống xuất nút niêm dịch cổ tử cung…, *slide thầy Kh Trang : gò TC 4 cơn/ 20ph, CTC mở >1cm, CTC xóa ≥80%*): gọi là có nguy cơ trực tiếp của sanh non à cần đánh giá:

1. **Tuổi thai**
2. **Nguy cơ sanh non**
3. **Đo CTG**: đánh giá tần số và cường độ cơn gò
4. **Đánh giá cổ tử cung:** 
   * ***Khám bằng mỏ vịt*** 
     + Không nên khám bằng tay, do có thể vô tình làm tăng nguy cơ sanh non do tách các màng ối
   * ***Siêu âm TVS khảo sát kênh cổ tử cung:***
     + ***Chiều dài kênh CTC*** : **âm cao, dương cao**
       - Giữa thai kỳ, CTC dài khoảng : 30-40mm
       - **CTC ngắn < 25 mm,** dù ko có triệu chứng: nguy cơ sinh non sẽ tăng lên (PPV sanh non)
       - Có cơn gò TC, nhưng CTC vẫn > 30 mm : nguy cơ sinh trong vòng 7 ngày kế tiếp là 1%
       - FIGO 2015 khuyến cáo khảo sát chiều dài kênh CTC thường qui ở tuổi thai 19- <24w để tầm soát sanh non.
     + ***hình dạng CTC*** :   
        **dạng U, dạng Y** là những dạng có nguy cơ cao. Dạng I có tiên lượng tốt hơn.



1. **Fetal Fibronectin (fFN):** 
   * *Đại cương* : Fibronectin thai nhi là 1 loại glycoprotein ngoại bào có nhiệm vụ gắn kết các màng thai và màng rụng à bình thường có **trong dịch tiết CTC** ở gđ **đầu và cuối thai kỳ**; gđ giữa ko có.
   * *Giá trị* : **âm cao, dương thấp hơn (NPV >95%, PPV # 78%),** dùng cho thai 22-34w
     + Nếu (−): khả năng sinh trong vòng 7 ngày kế tiếp là rất thấp, khoảng 1% **(NPV)**
     + Nếu (+): tăng nguy cơ sinh trong vòng 7-14 ngày tới **(PPV)**
   * *Slide thầy Khánh trang:*

* bình thường nồng độ rất thấp, tăng khi > 50ng/mL
* **Có triệu chứng dọa sanh non:**
* **Nếu FFN(-),99,2% sẽ chưa sanh trong 7 ngày**
* *Nếu FFN(+), 16,7% sẽ sanh trong 14 ngày*
* **Không có triệu chứng dọa sanh non:**
* **FFN(-), 93,9% sẽ không sanh trước 37 tuần**
* *FFN(+), 46,3% sẽ sanh trước 37 tuần*

1. **Theo dõi tình trạng xuất huyết** (liên quan đến nhau bong non, nhau tiền đạo)
2. **Xử trí: *dựa vào kết quả fFN và siêu âm***

**Nguyên tắc**:

* fFN (−) *và* chiều dài kênh CTC > 30 mm: không cần điều trị; nếu có cơn co có thể lặp lại các lần đo chiều dài kênh CTC.
* fFN (+) *và* chiều dài kênh CTC < 25mm: dùng *giảm co* trong 48h (cố gắng trì hoãn cuộc sanh **≥ 24h**) và thực hiện *corticoidsteroid liệu pháp, ±MgSO4 liệu pháp*
* Biện pháp chung: Hướng dẫn sản phụ nằm nghỉ ngơi tuyệt đối, **không kích thích đầu vú và tránh giao hợp.**

1. **Giảm gò :**  chỉ có tác dụng kéo dài thai kỳ vài ngày (≈ 48h)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thuốc | Tác dụng phụ | | Cách dùng |
| **Đối vận thụ thể oxytocin**: Atosiban | Ko ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng | | Thuốc **duy nhất** được dán nhãn điều trị sanh non.  Liều dùng: lọ 37,5 mg/5 ml (dùng 3 lọ, thời gian dùng tối đa ***45h***)  -Liều tấn công: lấy 6,75mg Atosiban (**0,9**ml) pha **10**ml Ringer lactat tiêm TMC > 1 phút -Liều duy trì: pha thuốc với LR theo tỉ lệ **1:9**  +**3**h đầu: truyền **24** ml/h  +sau đó: truyền **8** ml/h |
| Chẹn kênh Ca  (Nifedipine) | Hạ HA, nhức đầu | **Off- labelled** vì nhiều tác dụng phụ | - Liều tấn công: uống **30mg** (hiệu quả sau 30p-60 p). - Sau đó: 10-20mg mỗi 4-6 giờ trong 24- 48 giờ (1v x 4/ngày, liều max của TSG áh) |
| Đồng vận beta  (beta –mimetic agent) | -Hạ HA, tim nhanh, loạn nhịp, đau ngực, NMCT.  - phù phổi  - Hạ ĐH, hạ K máu  -Việc dùng kéo dài với liều điều trị sanh non bị nghi ngờ gây tự kỷ ở bé. | Thuốc làm tăng nồng độ cAMP trong tế bào à giảm nồng độ Ca  Liều dùng: dài quá, ít xài, chắc khỏi học |

***Chống chỉ định của thuốc giảm gò*** :

* *Chống chỉ định kéo dài thai kỳ*: nhiễm trùng trong tử cung, XH nặng hoặc abrupt placenta, RL huyết động mẹ, TSG nặng, IUGR nghiêm trọng, suy thai…
* *Không cần kéo dài thêm thai kỳ*: thai nhi đã trưởng thành, thai nhi dị tật
* *Muốn kéo dài thêm cũng ko được* (giảm gò ko hiệu quả nữa): chuyển dạ đã tiến triển nhiều (mở >4cm)

Chú ý: phác đồ ghi:

* ối vỡ non là CCĐ tương đối của giảm gò
* BN có bệnh tim mạch, ĐTĐ đang điều trị insulin, ĐA THAI: không dùng ức chế canxi, đồng vận beta
* Không phối hợp nhiều thuốc giảm gò cùng lúc

1. **Corticoids**  *kích thích tế bào nhỏ ở phế nang tiết surfactant*

***Nguyên tắc:***

* Chỉ thực hiện **1 đợt duy nhất** corticosteroid cho thai phụ đang có nguy cơ trực tiếp của sinh non trong vòng **7 ngày**, hiện đang ở giữa tuần 24- 34.
* Ko cần thiết khi thai ≥ 34w
* Một đợt điều trị Corticoid khẩn cấp duy nhất có thể được cân nhắc *một cách vô* *cùng cẩn trọng* nếu đã điều trị **> 2w trước đó**  VÀ tuổi thai **< 33w** VÀ đánh giá LS sẽ sinh trong vòng **1w**.
* Cũng cần nhắc khi: mẹ RLCH carbohydrate, nhiễm trùng.
* *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 corticoid liệu pháp có khả năng gây tác hại cho hệ thần kinh thai nhi khi bị lạm dụng (liều lặp lại có khả năng gây apoptosis trên khu vực hồi hải mã à ảnh hưởng mạnh đến năng lực trí tuệ sau này của trẻ)*
  + *cho mẹ: RLCH carbohydrate, tăng nguy cơ nhiễm trùng*

***Cách xài:***

* Betamethasone (12 mg) tiêm bắp, 2 liều, cách 24 giờ. Betene 5.2 mg 3 ống TB
* Dexamethasone (6 mg) tiêm bắp, 4 liều, cách 12 giờ

1. **MgSO4**

***Nguyên tắc***:

* Không nằm trong điều trị sanh non, nhưng có vai trò bảo vệ thần kinh cho thai rất non (< 32 tuần)
* **Không** dùng MgSO4 kéo dài **> 48 giờ**.
* **Chống chỉ định**: *hạ calcium máu* hoặc *nhược cơ nặng*  hoặc *suy thận*

1. **Dự phòng**
2. **Progesterone**

Chỉ định: ***tiền căn sanh non + hiện có kênh tử cung ngắn*** (< 25mm)

Cách dùng:

* Thời gian sử dụng thuốc **từ 16w**
* tiêm 17 α Hydroxy progesteron caproate 250mg/ tuần, hoặc đặt âm đạo Progesteron 200mg /ngày
* Urogestal 200 mg 1v x2 (u)

1. **Khâu vòng CTC**

* Chỉ có tác dụng khi có: ***tiền căn sanh non + hiện có kênh tử cung ngắn*** ***+ hở eo tử cung*** *(ko có lợi ích trên thai phụ ko có tiền căn sinh non)*
* thường tiến hành ở **16w**
* Ko dùng/ trường hợp **song thai**, khâu CTC sẽ làm tăng nguy cơ chuyển dạ sinh non

1. **Pessary (dụng cụ nâng đỡ)**

Tác dụng giống như khâu vòng CTC thôi, nhưng được đặt qua đường âm đạo, ko cần khâu

1. **Điều trị BV**

* Có triệu chứng thì điều trị bằng clindamycin uống. Điều trị **trước 20w** làm giảm nguy cơ sanh non.
* Nếu ko có triệu chứng, **có tiền căn sanh non**: TBL phụ khoa ghi là điều trị; còn bài a Thạch viết ghi là điều trị BV nguy cơ thấp và ko triệu chứng không làm giảm tỉ lệ sanh non, ối vỡ non.