SANH NON

# Đại cương

**Định nghĩa**: Trẻ sanh non được định nghĩa là trẻ được sinh ra trước khi tuổi thai được 37 tuần 0 ngày

**Phân loại**: WHO 2014

* Sinh cực non: < 28 tuần
* Sinh rất non: từ < 32 tuần
* Sinh non trung bình: < 34w
* Sinh non muộn: < 37w

**Nguyên nhân**

* Sanh non do có chỉ định từ mẹ hoặc thai (20%)
* Sanh non tự phát (80%): xét yếu tố nguy cơ
  + 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: nhớ từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới
    - 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 cổ tử cung nguyên phát hoặc thứ phát sau can thiệp y khoa như sau khoét chóp cổ tử cung …
  + Smoker: Mẹ hút thuốc lá
  + Infection: nhiễm trùng tiểu, nhiễm khuẩn âm đạo (BV), nhiễm trùng ối.

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
* Nhiễm trùng (màng đệm, màng rụng hoặc toàn thân) và microbiome bệnh lý
* Xuất huyết tại lớp màng rụng (bong nhau).
* Căng dãn tử cung quá mức do một tình trạng nào đó như đa thai, đa ối

# Tiếp cận sanh non

Sản phụ với thai non tháng có dấu hiệu chuyển dạ (cơn gò tử cung, tống xuất nút niêm dịch cổ tử cung…): gọi là có nguy cơ trực tiếp của sanh non 🡪 cần đánh giá:

## Tuổi thai

## Nguy cơ sanh non

* Đo CTG: đánh giá tần số và cường độ cơn gò
* Đánh giá cổ tử cung:
  + Khám bằng mỏ vịt trước
    - khám bằng tay có thể vô tình làm tăng nguy cơ sanh non do vô tình tách các màng ối
  + Siêu âm khảo sát kênh cổ tử cung
    - Chiều dài kênh tử cung: **âm cao, dương cao**
      * cổ tử cung ngắn < 25 mm: nguy cơ sinh non sẽ tăng lên 🡪 có ý nghĩa dự báo dương sanh non
      * nếu một sản phụ có các cơn gò tử cung xuất hiện khi thai chưa đủ tháng nhưng chiều dài cổ tử cung vẫn > 30 mm thì nguy cơ có sinh non trong vòng 7 ngày kế tiếp chỉ là 1%
      * Trong giai đoạn giữa của thai kỳ, cổ tử cung dài khoảng 30-40 mm.
      * 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 ngày để tầm soát sanh non
    - hình dạng cổ tử cung: dạng U, dạng Y là những dạng có nguy cơ cao. Dạng I thường có tiên lượng tốt hơn
* Fetal Fibronectin (fFN)
  + Đại cương: Fibronectin thai nhi là một loại glycoprotein ngoại bào có nhiệm vụ gắn kết các màng thai và màng rụng 🡪 bình thường có trong dịch tiết CTC trong gđ đầu và cuối của thai kỳ; gđ giữa ko có
  + Giá trị: dùng cho thai 22-34w
    - Giá trị dự báo **âm cao**: nếu âm tính 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%
    - Giá trị dự báo **dương thấp hơn**: nếu dương tính thì sẽ tăng nguy cơ sinh trong vòng 7-14 ngày từ khi thực hiện test, với PPV là 78.3%

# Xử trí: dựa vào kết quả fFN và siêu âm

Nguyên tắc:

* fFN âm tính và chiều dài kênh cổ tử cung > 30 mm: không cần thiết điều trị; có thể thực hiện lặp lại các lần đo chiều dài kênh tử cung
* Các test cho kết quả dương tính: dùng giảm co trong 48h (cố gắng trì hoãn cuộc sanh ít nhất 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

## Giảm gò

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thuốc | Tác dụng phụ | Cách dùng |
| Đối vận thụ thể oxytocin: Atosiban | Không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng | Là thuốc duy nhất được dán nhãn cho 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 (0,9ml) pha 10ml Ringer lactat tiêm TMC > 1 phút -Liều duy trì: pha thuốc với LR theo tỉ lệ 1:9  +3h đầu: truyền 24ml/h  +sau đó: truyền 8ml/h |
| Ức chế canxi  (Nife) | Hạ HA, nhức đầu | - Liều tấn công: uống 30mg (hiệu quả sau 30p-60 p). - Sau đó: 10-20mg mỗi 4-6 giờ trong 24- 48 giờ (1vx4/ngày, liều max của TSG áh) |
| Đồng vận beta | Hạ HA, tim nhanh, đau ngực.  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 🡪 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, xuất huyết âm đạo lượng nhiều, tiền sản giật nặng…
* 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

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

## Corticoids

Nguyên tắc:

* 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 24 và 34.
* Khi thực hiện ở chuyển dạ sanh 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.
* Một đợt điều trị Corticosteroid khẩn cấp duy nhất có thể được cân nhắc *một cách vô*  
  *cùng cẩn trọng* nếu đã điều trị >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 1 tuần.
* 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 có khả năng gây apoptosis trên khu vực hồi hải mã 🡪 ảnh hưởng mạnh đến năng lực trí tuệ sau này của trẻ)
  + cho mẹ: rối loạn chuyển hóa carbonhydrate, 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

## MgSO4

Nguyên tắc:

* Magnesium sulfate có vai trò bảo vệ thần kinh cho thai rất non, dưới 32 tuần
* Không dùng MgSO4 kéo dài trên 48 giờ.
* Chống chỉ định khi bệnh nhân có hạ calcium máu hoặc có bệnh nhược cơ

# Dự phòng

## Progesterone

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

Cách dùng:

* Thời gian sử dụng thuốc từ 16-36 tuần
* tiêm 17 α Hydroxy progesteron caproate 250mg/ tuần hoặc đặt âm đạo 200mg Progesteron/ngày
* Urogestal 200 mg 1v x2 (u)

## Khâu vòng CTC

* Có thể dùng khi: ***tiền căn sanh non + hiện có kênh tử cung ngắn +*** ***hở eo tử cung*** (theo phương pháp Mc Donald), thường tiến hành ở tuần 16
* Nghiên cứu cho thấy: nếu có tiền căn sanh non thì thủ thuật này làm giảm nguy cơ sanh non, nếu ko có thì ko thấy lợi ích gì của thủ thuật
* Ở những trường hợp song thai, khi khâu cổ tử cung sẽ làm tăng nguy cơ chuyển dạ sinh non 🡪 ko dùng

## Pessary (dụng cụ nâng đỡ)

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

## Điều trị BV

* Có triệu chứng thì điều trị bằng clindamycin uống. Điều trị trước tuần 20 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 không làm giảm tỉ lệ sanh non, ối vỡ non