

19. CHUYỂN DẠ SINH NON

I. Định nghĩa và phân loại

- Sinh non là khi trẻ được sinh ra ở tuổi thai từ hết **22 đến trước khi hết 37 tuần**.
- Là nguyên nhân chính gây bệnh suất và tử suất sơ sinh.

Phân loại:

- Sinh non muộn: 34 – 36 tuần 6 ngày.
- Sinh rất non: 28 – 33 tuần 6 ngày.
- Sinh cực non: < 28 tuần.

II. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- **Tuổi thai từ hết tuần 22 đến trước 37 tuần với 1 trong những yếu tố**
 - 4 cơn gò TC trong 20 phút hay 8 cơn gò TC trong 60 phút.
 - Cổ tử cung mở $\geq 2\text{cm}$ hoặc xóa $\geq 80\%$.
 - Có sự tiến triển CTC được ghi nhận bởi cùng một người khám qua nhiều lần.
 - Vỡ ối.
- **Cận lâm sàng**
 - CTG theo dõi cơn gò, tim thai.
 - S.Â: S.Â thai-nhau-ối, đo chiều dài kênh CTC ngả âm đạo <25mm.
 - Fetal fibronectin (fFN) (+) trong dịch tiết âm đạo khi >50ng/ml: *fFN: Protein ngoại bào giúp gắn kết màng thai với màng rụng, dương tính khi có cơn gò tử cung hoặc viêm nhiễm. Điều kiện thử fFN (ACOG 2001): màng ối còn nguyên, cổ tử cung < 3cm, không thực hiện ở tuổi thai < 24 tuần hay > 34 tuần 6 ngày.*

III. Xử trí

1. Nguyên tắc chung

- Nằm nghỉ tuyệt đối.
- Tư vấn: Không kích thích đầu vú. Ăn uống đủ chất, nhiều trái cây, rau xanh, ngũ cốc để tránh táo bón.
- Dùng thuốc cắt cơn co tử cung, cố gắng làm chậm cuộc sinh ít nhất trong 24 giờ (Dùng Nifedipin, Salbutamol hoặc Atosiban để làm chậm cuộc sinh).
- Dùng betamethasone để hỗ trợ phổi thai nhi.
- Phối hợp với Bác sĩ sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức, chăm sóc sơ sinh thiếu tháng.

Lưu ý: Không điều trị dọa sinh non cho thai từ 36 tuần trở lên.

2. Thuốc cắt cơn co

Chống chỉ định

- **Tuyệt đối: kéo dài thai kỳ sẽ có hại**

- Biểu hiện nhiễm trùng tử cung trên lâm sàng.
- Thai dị tật bẩm sinh nặng.
- Tiền sản giật nặng.
- Tình trạng mẹ - thai nhi cần sinh ngay.
- Suy thai.

- **Tương đối: cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích.**

- Chảy máu trước sinh nặng (cân nhắc trong nhau tiền đạo).
- Vỡ ối (không sử dụng khi thai > 36 tuần).
- Tim thai biểu hiện không tốt trên monitor.
- Suy thai trường diễn.
- Tiểu đường tít 1 ổn định: có thể dùng Atosiban.
- Đa thai (tăng thể tích huyết tương, cường aldosteron), nguy cơ tim mạch, OAP, không sử dụng beta-agonist và CCB.

a. Nifedipin

- Nên dùng trong trường hợp tiểu đường, chảy máu trong nhau tiền đạo, đa thai:
- Chống chỉ định: Mẹ bệnh tim, huyết áp thấp, rối loạn chức năng gan, đang dùng Salbutamol truyền tĩnh mạch hoặc Magnesium Sulfate, đang dùng thuốc hạ áp khác hoặc nitrate, dị ứng với Nifedipin.
- Liều tấn công: Nifedipin 10 mg, ngậm dưới lưỡi. Nếu còn cơn co, cứ 20 phút ngậm 1 viên, tổng liều không quá 4 viên.
- Liều duy trì: sau viên cuối của liều tấn công 3 giờ, dùng Nifedipin tác dụng chậm 20 mg, uống 1 viên, cứ 6 giờ đến 8 giờ lập lại một lần.
- Nếu Nifedipin thất bại, sau liều cuối 2 giờ có thể dùng Salbutamol.
- Phải theo dõi huyết áp sau khi dùng Nifedipin mỗi 15 phút.

b. Salbutamol

- Chống chỉ định:
 - + Mẹ hoặc thai nhi bị bệnh tim nặng.
 - + Bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin.
 - + Bệnh tuyến giáp.
 - + Dị ứng thuốc.
 - + Song thai, đa thai (chống chỉ định tương đối).
- Tác dụng phụ:
 - + Nhịp tim mẹ nhanh.

- + Hạ huyết áp.
- + Run, phù phổi.
- + Tăng đường huyết và hạ kali máu.
- Liều tấn công:
 - Đường dùng
 - + Truyền tĩnh mạch: Salbutamol 5mg/5ml pha 500ml Glucose 5% (nồng độ # 10 μ g/ml). TTM: 60ml/h (# 20 giọt/phút #10 μ g /phút). Tăng thêm: 20ml/h (# 7 giọt/phút # 3.3 μ g/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ đạt 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 180ml/h (# 60 giọt/phút # 30 μ g/phút).
 - + Bơm tiêm điện: Salbutamol 5mg (ống 5ml) pha 95ml NaCl 0,9% sẽ được dung dịch Salbutamol 50 μ g/ml. Bơm tiêm điện: 12ml/h (# 10 μ g/phút). Tăng thêm 4ml/h (# 3,3 μ g/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ đạt 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 36ml/h (# 30 μ g/phút).
- Liều duy trì:
 - + Salbutamol viên 2 mg, ngậm 2 viên đến 4 viên/ngày nếu cơn co tử cung nhẹ hay tiếp theo sau khi truyền tĩnh mạch.
 - + Sabultamol đặt hậu môn 1mg, 3viên – 4 viên/ngày.

c. *Atosiban*

- Chống chỉ định: Mẹ suy gan.
- Liều tấn công: 6,75mg Tractocile (ống màu xanh) pha 1ml Lactate Ringer – tiêm TM chậm > 1 phút.
- Liều duy trì: lọ 37,5mg Tractocile (5ml) + 45ml Lactate Ringer. Bơm tiêm điện, tốc độ 24ml/giờ (#300mcg/phút) đến khi hết cơn gò 1 giờ (trung bình khoảng 3 giờ). Sau đó duy trì tiếp 8ml/giờ (#100mcg/phút).
- Tổng thời gian dùng thuốc trong 1 đợt là 18 – 24 giờ.
- Chi phí cao. Tư vấn cho thai phụ và gia đình trước dùng.

d. *Dùng corticosteroids*

- Chỉ định một đợt duy nhất cho tuổi thai từ 26 đến hết 36 tuần, chỉ dùng một đợt.
- Hoặc cho betamethasone 12 mg, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ (hoặc mỗi 12g).
- Hoặc cho dexamethasone 6 mg/lần, tiêm bắp 4 lần, cách nhau 12 giờ (hoặc mỗi 6g).

IV. Dự phòng chuyển dạ sinh non

- Cần loại bỏ các yếu tố nguy cơ: ngưng hút thuốc, điều trị viêm nha chu, điều trị viêm tiết niệu, điều trị viêm âm đạo.
- Dự phòng sinh non: khâu eo tử cung, progesterone đặt âm đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anotayanonth S, Subhedar NV, Garner P, et al. Betamimetics for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; :CD004352.
2. Ashworth MF, Spooner SF, Verkuyl DA, et al. Failure to prevent preterm labour and delivery in twin pregnancy using prophylactic oral salbutamol. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97:878.
3. Crowther CA. Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; :CD000110.
4. Ferguson JE 2nd, Hensleigh PA, Kredenster D. Adjunctive use of magnesium sulfate with ritodrine for preterm labor tocolysis. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 148:166.
5. Guinn DA, Goepfert AR, Owen J, et al. Management options in women with preterm uterine contractions: a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:814.
6. Gyetvai K, Hannah ME, Hodnett ED, Ohlsson A. Tocolytics for preterm labor: a systematic review. *Obstet Gynecol* 1999; 94:869.
7. Haas DM, Imperiale TF, Kirkpatrick PR, et al. Tocolytic therapy: a meta-analysis and decision analysis. *Obstet Gynecol* 2009; 113:585.
8. Helfgott AW, Willis D, Blanco J. Is sedation beneficial in the treatment of threatened preterm labor? A preliminary report. *J Matern Fetal Med* 1994; 3:37.
9. Hobel CJ, Ross MG, Bemis RL, et al. The West Los Angeles Preterm Birth Prevention Project. I. Program impact on high-risk women. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:54.
10. Ingemarsson I. Tocolytic therapy and clinical experience. Combination therapy. *BJOG* 2005; 112 Suppl 1:89.
11. Sosa C, Althabe F, Belizán J, Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; :CD003581.
12. Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. Hospitalization for women with arrested preterm labor: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005; 106:14.