

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 48

DỰ PHÒNG SINH NON



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 48

DỰ PHÒNG SINH NON

- 06 < Phòng ngừa chuyển dạ sinh non tự phát Lê Thị Thu Hà
- 12 < Cập nhật chứng cứ dự phòng sinh non Đặng Quang Vinh
- 18 < Sinh non và yếu tố di truyền Lê Long Hồ
- 20 < Giá trị của đo chiều dài kênh cổ tử cung trên song thai Phạm Thị Phương Anh
- 24 < Nhiễm khuẩn trong thai kỳ và sinh non Lê Tiểu My
- 27 < Dự phòng sinh non ở phụ nữ có bất thường tử cung bẩm sinh Hê Thanh Nhã Yến
- 30 < Dấu ấn sinh học dự báo chuyển dạ sinh non Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 33 < Cận ối: yếu tố tiên lượng sinh non tự nhiên Nguyễn Duy Linh
- 36 < "AFS – Cận ối" yếu tố tiên lượng sinh non Trần Thế Hùng
- 39 < Quan điểm mới trong điều trị chuyển dạ sinh non Hê Thanh Nhã Yến
- 42 < Thực hư vai trò giảm gò của magnesium sulfate trong chuyển dạ sinh non Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 45 < Magnesium sulfate – Vai trò bảo vệ não thai nhi sinh non Huỳnh Vĩnh Phạm Uyên
- 51 < Vai trò của sản khoa hiện đại đối với thai kỳ ở ranh giới có khả năng sống Nguyễn Mai An
- 55 < Chăm sóc trẻ non tháng Phạm Thị Thanh Tâm
- 58 < Những ảnh hưởng dài hạn của sinh non Lê Tiểu My
- 62 < Vỡ ối sớm ở tam cá nguyệt II của thai kỳ Phan Hà Minh Hạnh
- 66 < Quản lý thai kỳ tăng huyết áp mạn tính theo nhóm nguy cơ Bùi Quang Trung
- 70 < Thuyên tắc mạch trong thai kỳ Trần Thế Hùng
- 74 < Sảy thai liên tiếp và những hướng tiếp cận mới trong nghiên cứu Võ Như Thanh Trúc
- 80 < Xuất tinh sớm – Cập nhật chẩn đoán và điều trị Từ Thành Trí Dũng
- 84 < Điều trị thay thế testosterone theo EAU 2018 Dương Quang Huy
- 91 < Stand-up meeting: Kiến tạo văn hóa LEAN Võ Thị Hà
- JOURNAL CLUB
- 94 < Kích thích buồng trứng kẹp trong cùng một chu kỳ kinh nguyệt ở nhóm bệnh nhân có tiên lượng đáp ứng kém
- 96 < Vai trò của HbA1C trong dự đoán tiền sản giật ở thai phụ đái tháo đường type I
- 97 < Nguy cơ ung thư buồng trứng, ung thư vú và ung thư thân tử cung ở những phụ nữ điều trị hỗ trợ sinh sản
- 98 < Vỡ ối trước chuyển dạ
- 100 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 02 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 49: "MÃN KINH"
Tập 49 sẽ xuất bản vào tháng 3/2019.
Hạn gửi bài cho tập 49 là 30/11/2018.

Chuyên đề tập 50: "HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG"
Tập 50 sẽ xuất bản vào tháng 6/2019.
Hạn gửi bài cho tập 50 là 28/02/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 - 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 - 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). Journal Club là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500 - 1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để được tư vấn quảng bá trên Y học sinh sản, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2018



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



Abbott



PHÒNG NGỪA CHUYỂN DẠ SINH NON TỰ PHÁT

Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Từ Dũ



MỞ ĐẦU

Sinh non là nguyên nhân chính (70%) của bệnh suất và tử suất sơ sinh. Bệnh suất và tử suất trẻ sinh non tỷ lệ nghịch với tuổi thai và cân nặng lúc sinh. Sinh non dẫn đến chứng suy hô hấp trẻ sơ sinh do phổi chưa trưởng thành, tăng nguy cơ xuất huyết trong các não thất, nhiễm khuẩn huyết, viêm ruột hoại tử.

Tại Hoa Kỳ, sinh non chiếm khoảng 12% thai kỳ. Trong đó, 20% của sinh non là chủ ý; chúng được thực hiện do các biến chứng y tế hoặc sản khoa được cho là gây nguy hiểm cho mẹ hoặc thai nhi (ví dụ, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, tiền sản giật, nhau tiền đạo, nhiễm sắc thể bất thường); 80% còn lại của sinh non là tự phát, liên quan đến chuyển dạ sinh non hoặc ối vỡ non.

Các can thiệp có tiềm năng nhằm giảm tỷ lệ sinh non tự phát có thể được phân loại như sau: chính yếu (nhằm vào tất cả phụ nữ), thứ yếu (nhằm loại bỏ hoặc giảm nguy cơ ở phụ nữ có tiền căn sinh non trước đó), hoặc thứ ba (nhằm vào trẻ non tháng). Trong khi khả năng của các nhà sản khoa để xác định phụ nữ có nguy cơ sinh non đã được cải thiện trong ba thập kỷ qua, việc áp dụng can thiệp chính yếu và thứ yếu đã không làm giảm tỷ lệ sinh non, mà thực tế đã tăng lên. Trong phần lớn các trường hợp, các loại thuốc sản khoa nhằm ngăn ngừa sinh non không hiệu quả trong điều trị. Tuy nhiên, kết quả sơ sinh đã được cải thiện trong khoảng thời gian này do sử dụng rộng rãi glucocorticoids trước sinh

và những tiến bộ trong chăm sóc sơ sinh (ví dụ, điều trị surfactant ngoại sinh, phương pháp thông khí cơ học mới).

XÁC ĐỊNH NHỮNG YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY SINH NON

Về lý thuyết, xác định các yếu tố nguy cơ gây sinh non trước khi thụ thai hoặc trong thai kỳ sớm tạo cơ hội can thiệp để ngăn ngừa biến chứng này (Bảng 1). Tuy nhiên, nhiều trường hợp sinh non xảy ra ở phụ nữ không có yếu tố nguy cơ và có rất ít can thiệp đã được chứng minh là kéo dài thai kỳ ở phụ nữ có nguy cơ.

NHỮNG CAN THIỆP HIỆU QUẢ CÓ LỢI

Bổ sung progesterone

Bổ sung progesterone để giảm sinh non tự phát đã được nghiên cứu trong một loạt các quần thể có nguy cơ cao. Bằng chứng tốt nhất cho việc giảm nguy cơ sinh non ở phụ nữ có tiền sử sinh non trước đó hoặc cổ tử cung ngắn trên siêu âm. Nó có thể có hiệu quả trong việc ngăn chặn giai đoạn chuyển dạ sinh non, nhưng bằng chứng chưa đủ mạnh. Không có bằng chứng cho thấy việc bổ sung progesterone có lợi trong các điều kiện khác (đa thai, ối vỡ non) hoặc làm giảm nguy cơ tử vong chu sinh.

Thuốc ức chế chuyển dạ sinh non cấp tính

Điều trị giảm co đối với chuyển dạ sinh non cấp

Bảng 1.

Các yếu tố nguy cơ không thể sửa đổi
Tiền căn sinh non
Chủng tộc
Tuổi < 18 hoặc > 40 tuổi
Dinh dưỡng kém/trọng lượng thấp
Tình trạng kinh tế xã hội thấp
Chấn thương cổ tử cung hoặc dị thường
Bất thường tử cung hoặc u xơ tử cung
Cổ tử cung mở > 2 cm hoặc xóa trên 80%
Tử cung căng giãn quá mức (đa thai, đa ối)
Bệnh nha chu
Các yếu tố nguy cơ có thể sửa đổi
Hút thuốc lá
Lạm dụng chất gây nghiện
Không chăm sóc tiền sản
Khoảng cách giữa những lần sinh ngắn
Thiếu máu
Nhiễm khuẩn đường tiểu
Nhiễm khuẩn sinh dục
Công việc căng thẳng

tính thường là cắt các cơ co thắt tạm thời, nhưng không loại bỏ các kích thích cơ bản gây khởi phát tiến trình chuyển dạ. Hiệu quả thực tế là thuốc giảm co không thể kéo dài thời gian mang thai theo tuần hoặc tháng. Tuy nhiên, cuộc sinh thường có thể bị trì hoãn trong ít nhất 48 giờ để sử dụng glucocorticoid giúp cho người mẹ có thể đạt được hiệu quả tối đa.

Chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn niệu không triệu chứng

Phụ nữ có thai với nhiễm khuẩn niệu không có triệu chứng nên được điều trị bằng kháng sinh để giảm nguy cơ sinh non. Phân tích tổng hợp 14 thử nghiệm ngẫu nhiên so sánh điều trị kháng sinh với giả dược hoặc không điều trị ở phụ nữ mang thai có nhiễm khuẩn niệu không triệu chứng cho thấy điều trị kháng sinh có hiệu quả trong việc giải quyết nhiễm khuẩn niệu không triệu chứng (OR 0,07; KTC 95%, 0,05 – 0,10), giảm tỷ lệ viêm bể thận (OR 0,24; KTC 95%, 0,19 - 0,32), và giảm sinh non

và sinh con nhẹ cân (OR 0,60; KTC 95%, 0,45 - 0,80).

Cấy nước tiểu trong 3 tháng đầu thai kỳ nên được thực hiện cho tất cả thai phụ, và nên tiến hành sàng lọc trước sinh thường quy cho phụ nữ có nguy cơ cao bị nhiễm khuẩn niệu không triệu chứng (ví dụ, phụ nữ có nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát, đái tháo đường, bệnh thận).

Ngừng hút thuốc lá

Hút thuốc lá có mối quan hệ phụ thuộc với sinh non. Hiệu ứng này có thể được giải thích, một phần, do tăng tỷ lệ các biến chứng thai kỳ liên quan đến hút thuốc, chẳng hạn như nhau bong non, nhau tiền đạo, ối vỡ sớm, và thai chậm tăng trưởng trong tử cung. Tuy nhiên, sự liên quan vẫn còn sau khi điều chỉnh các yếu tố gây nhiễu, cho thấy có thể có ảnh hưởng trực tiếp của việc hút thuốc lá trên chuyển dạ sinh non tự phát và sinh non.

Ngừng hút thuốc nên luôn luôn được khuyến khích vì lợi ích sức khỏe chung của nó. Có khả năng những người hút thuốc giảm hoặc ngừng hút thuốc sẽ giảm nguy cơ sinh non, nhưng điều này chưa được chứng minh.

Tránh cocaine

Tại Hoa Kỳ, cocaine đã được phát hiện ở khoảng 60% phụ nữ trong sinh non có xét nghiệm độc tính dương tính. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nên cố gắng xác định việc sử dụng cocaine của người mẹ, cung cấp thông tin về nguy cơ của mẹ và thai liên quan đến việc sử dụng cocaine và giúp bệnh nhân ngừng sử dụng thuốc này. Có thể điều này sẽ làm giảm nguy cơ sinh non, nhưng điều này chưa được chứng minh.

Giảm tỷ lệ đa thai trong hỗ trợ sinh sản

Đa thai có nguy cơ sinh non nhiều gấp sáu lần so với đơn thai. Tỷ lệ đa thai (đặc biệt là trên 3 thai) đã tăng lên trong hai thập kỷ qua, phần lớn là do sự thành công của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (ART – Assisted Reproductive Technologies).

Các chiến lược để ngăn chặn đa thai do ART gồm chẩn đoán vô sinh trước khi bắt đầu điều trị ART, hạn chế số lượng phôi chuyển trong mỗi chu

kỳ ART, và như một phương sách cuối cùng, việc giảm thai nên được thực hiện một cách thận trọng.

Khâu vòng eo cổ tử cung

Có bằng chứng cho thấy khâu vòng eo cổ tử cung có thể làm giảm nguy cơ sinh non lặp lại trên những phụ nữ có tiền căn sinh non hoặc sảy thai. Việc lựa chọn các ứng cử viên thích hợp cho khâu vòng eo cổ tử cung được xem xét riêng biệt.

Dùng vòng nâng pessary

Một thử nghiệm ngẫu nhiên báo cáo giảm đáng kể tỷ lệ sinh non ở phụ nữ với cổ tử cung ngắn được chẩn đoán qua siêu âm, được điều trị bằng vòng nâng pessary.

Giảm căng thẳng, mệt mỏi do nghề nghiệp

Một phụ nữ với thai kỳ không biến chứng đang làm những công việc không có tiềm năng nguy cơ trong cuộc sống hàng ngày có thể tiếp tục làm việc cho đến khi bắt đầu chuyển dạ. Tuy nhiên, nhu cầu về thể chất của công việc ở người phụ nữ nên được xem xét, đặc biệt là phụ nữ có nguy cơ sinh non cao.

Phân tích tổng hợp 21 nghiên cứu bao gồm tổng số 146.457 phụ nữ đã xác định điểm số gây mệt mỏi trong công việc tích lũy cao là yếu tố nguy cơ liên quan mạnh nhất đến sinh non (OR 1,63; KTC 95%, 1,33 – 1,98). Những phát hiện tương tự đã được báo cáo trong một nghiên cứu bệnh chứng lớn ở châu Âu cho thấy phụ nữ có nguy cơ sinh non cao hơn nếu họ làm việc nhiều hơn 42 giờ/tuần, đứng hơn sáu giờ/ngày, hoặc có sự hài lòng công việc thấp.

Luật thai sản ở nhiều nước châu Âu đã quy định lịch làm việc và điều kiện làm việc cho phụ nữ mang thai; tuy nhiên, không một nước nào trong số các nước châu Âu trừ Pháp đã giảm tỷ lệ sinh non. Tuy nhiên, nghỉ thai sản được trả lương, bảo đảm việc làm sau sinh và quy định về điều kiện làm những việc nguy hiểm vẫn là mục tiêu xã hội mong muốn.

Can thiệp dinh dưỡng

Phụ nữ dinh dưỡng đầy đủ và chỉ số khối cơ thể bình thường có kết quả thai kỳ tốt hơn so với những phụ nữ khác, điều này cho thấy việc can thiệp dinh dưỡng có thể có vai trò trong việc ngăn ngừa sinh

non. Thử nghiệm ngẫu nhiên đã cung cấp bằng chứng cho thấy một số biện pháp can thiệp chế độ ăn uống giúp kéo dài thời gian mang thai, nhưng bằng chứng không kết luận và những bổ sung này không thể được khuyến cáo tại thời điểm này.

Bổ sung acid béo N-3

Tiêu thụ ít acid béo N-3 (ví dụ dầu cá) có liên quan đến tỷ lệ sinh non cao hơn. Bổ sung acid béo N-3 có thể gây ra sự ngưng hoạt động của tử cung bằng cách tạo ra các cytokine không gây viêm và eicosanoid yếu trong sản xuất các cytokine tiền viêm và eicosanoid gây co thắt tử cung. Tuy nhiên, khi giả thuyết này được đánh giá, sự can thiệp chế độ ăn uống đã không làm giảm đáng kể nồng độ các dấu ấn sinh học liên quan đến viêm trong máu của mẹ hoặc thai nhi.

Khẩu phần ăn nhiều cá

Hiệu quả của việc ăn nhiều cá trong suốt thai kỳ chỉ được đánh giá trong các nghiên cứu quan sát, đã báo cáo kết quả trái ngược nhau. Trong những nghiên cứu này, lợi ích của việc ăn cá có thể bị ảnh hưởng bởi tầng lớp kinh tế xã hội, tránh các loại thực phẩm có hại hơn mà cá thay thế, tác dụng có lợi của chất dinh dưỡng trong cá khác với acid béo N-3.

Tránh thiếu dinh dưỡng

Có một số bằng chứng ủng hộ giả thiết rằng tình trạng thiếu dinh dưỡng của người mẹ trong thai kỳ dẫn đến sinh non. Ở cừu, suy dinh dưỡng của cừu mẹ mức độ trung bình trong khoảng thời gian thụ thai dẫn đến sự trưởng thành tăng tốc của trực hạ đồi - tuyến yên - thượng thận của thai nhi, tăng cortisol thai nhi sớm, và sinh non. Ở phụ nữ Gambian, những thai kỳ thụ thai trong mùa mưa khi thức ăn khan hiếm sẽ ngắn hơn đáng kể so với những thai kỳ được thụ thai trong điều kiện thực phẩm dồi dào hơn. Các quan sát về thời gian mang thai ngắn hơn khi phơi nhiễm sớm với thai kỳ của Hà Lan cũng hỗ trợ cho giả thuyết này. Vì vậy, chế độ dinh dưỡng trong khoảng thời gian thụ thai có thể có vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa một số trường hợp sinh non.

Các tổng quan hệ thống đã cho thấy rằng bổ sung protein năng lượng cân bằng và bổ sung protein năng lượng cao không làm giảm tỷ lệ sinh non. Hầu hết các nghiên cứu cho thấy rằng bổ sung

vitamin trong khi mang thai không làm giảm nguy cơ sinh non, mặc dù chúng có lợi ích khác. Có thể có những lợi ích tiềm năng của việc bổ sung vi chất dinh dưỡng trong các nhóm phụ nữ mang thai cụ thể, chẳng hạn như những người bị suy dinh dưỡng hoặc nhiễm HIV.

Tránh khoảng cách những lần sinh quá ngắn

Nguy cơ sinh non cao nhất xuất hiện ở phụ nữ có khoảng cách những lần sinh dưới 6 tháng.

Tránh hoặc điều trị bệnh sốt rét

Sốt rét ở phụ nữ có thai có thể dẫn đến một số kết quả xấu của mẹ và thai, kể cả sinh non. Điều trị để ngừa nhiễm khuẩn có thể giảm tần suất sinh non.

NHỮNG CÁN THIỆP

CHƯA CÓ BẰNG CHỨNG ĐỦ MẠNH

Chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn đường sinh dục

Nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới có liên quan đến sinh non. Nhiễm khuẩn như vậy có thể đóng vai trò như một dấu hiệu của nhiễm khuẩn đường sinh dục trên hoặc có thể dẫn đến sự di chuyển trực tiếp của các vi khuẩn vào màng ối, màng ối và dịch ối. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu đã không cho thấy sự giảm sinh non sau khi điều trị nhiễm khuẩn âm đạo hoặc cổ tử cung không triệu chứng.

Bằng chứng về hiệu quả của sàng lọc và điều trị nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới không triệu chứng được tóm tắt dưới đây.

Chlamydia, lậu, giang mai

Không có bằng chứng cho thấy việc điều trị chlamydia, lậu, hoặc giang mai kéo dài thai kỳ. Thử nghiệm có kiểm soát duy nhất đánh giá hiệu quả điều trị nhiễm chlamydia trong thời gian mang thai không cho thấy sự giảm sinh non. Tuy nhiên, việc sàng lọc và điều trị các bệnh nhiễm khuẩn này được khuyến cáo để ngăn ngừa các di chứng khác trên người mẹ và trẻ sơ sinh.

Viêm âm đạo do vi khuẩn, Ureaplasma, Streptococcus nhóm B (GBS)

Các nghiên cứu thử nghiệm có đối chứng và phân tích gộp đã báo cáo ít hiệu quả hoặc không có hiệu quả của điều trị kháng sinh trên kéo dài thời

gian mang thai ở những phụ nữ dương tính với viêm âm đạo do vi khuẩn hoặc GBS không triệu chứng, mặc dù những nghiên cứu này chắc chắn bị yếu tố gây nhiễu bởi sự tái hòa nhập hoặc tái nhiễm sau khi điều trị và sử dụng nhiều đợt các kháng sinh khác nhau. Sàng lọc GBS ở giai đoạn cuối của thai kỳ và điều trị dự phòng nhiễm khuẩn GBS sơ sinh sớm được khuyến cáo.

Phụ nữ bị viêm âm đạo do vi khuẩn và có tiền căn sinh non có thể được lợi từ việc sàng lọc và điều trị nhiễm khuẩn âm đạo, nhưng không có đủ dữ liệu để khuyến cáo điều này như là một thực hành thường quy.

Điều trị bệnh nha chu

Hiệu quả điều trị bệnh nha chu trên sinh non chưa rõ ràng, cho kết quả trái ngược giữa các thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên.

Súc miệng bằng dung dịch kháng khuẩn

Một thử nghiệm mù đơn được phân ngẫu nhiên cho phụ nữ mang thai từ 16 đến 20 tuần tuổi thai với bệnh nha chu từ chối chăm sóc răng miệng để sử dụng nước súc miệng bằng dung dịch kháng sinh không cồn ($n = 81$) hoặc rửa bằng nước ($n = 165$) hai lần mỗi ngày, ngoài việc đánh răng. Tỷ lệ sinh non < 35 tuần thấp hơn đáng kể ở nhóm dùng dung dịch kháng sinh (5,6 so với 21,9%; RR 0,26; KTC 95%, 0,096 – 0,70). Nhóm súc miệng bằng kháng sinh không có sự thay đổi hoặc cải thiện khiếm tổn về sức khỏe răng miệng trong thời kỳ mang thai, trong khi nhóm còn lại thì trở nên tồi tệ hơn. Những kết quả này là bằng chứng duy nhất về vai trò của liệu pháp kháng sinh tại chỗ trong việc giảm sinh non ở phụ nữ bị bệnh nha chu trong thai kỳ và cần phải được xác nhận. Với sự hiện diện của bệnh nha chu dai dẳng mặc dù điều trị và thiếu lợi ích được báo cáo trong các thử nghiệm nhân rộng cũng như dự phòng kháng sinh, việc giảm đáng kể sinh non do súc rửa miệng bằng dung dịch kháng sinh có vẻ khó đạt được.

Đánh giá hoạt động tử cung

Mặc dù tăng hoạt động tử cung là điều kiện tiên quyết cho chuyển dạ, các thử nghiệm ngẫu nhiên

và phân tích gộp cho thấy tự đánh giá tần suất co thắt tử cung bằng cách tự sờ/phát hiện dấu hiệu chuyển dạ hoặc thông qua việc sử dụng máy đo tim thai - cơn gò tử cung tại nhà không dẫn đến giảm tỷ lệ sinh non. Hơn nữa, cách tiếp cận này làm tăng tần suất khám thai không theo lịch trình. ACOG không khuyến khích sử dụng máy đo hoạt động tử cung ở nhà như một chiến lược sàng lọc dự đoán hoặc dự phòng sinh non.

Nhập viện và nghỉ ngơi

Nghỉ ngơi trên giường thường được khuyến cáo cho phụ nữ có nguy cơ sinh non cao hơn. Trong khi nghỉ ngơi trên giường cải thiện lưu lượng tuần hoàn tử cung - nhau và có thể dẫn đến tăng nhẹ cân nặng khi sinh, không có bằng chứng cho thấy nó làm giảm tỷ lệ sinh non. Mặc dù không đủ mạnh, thử nghiệm ngẫu nhiên duy nhất cố gắng xác định xem việc nhập viện có giúp cải thiện tỷ lệ sinh non không, kết quả cho thấy phụ nữ nhập viện có kết cục tương tự với những người không nhập viện.

Ngoài ra, tập thể dục dường như không làm tăng nguy cơ sinh non ở phụ nữ khỏe mạnh. Nằm nghỉ tại giường làm tăng nguy cơ huyết khối tắc mạch, và có tác dụng tâm lý xã hội tiêu cực rõ ràng.

Kiêng giao hợp

Giao hợp không phải là yếu tố nguy cơ sinh non; do đó, kiêng khem không có vai trò trong các chiến lược phòng ngừa sinh non.

Thuốc giảm co dự phòng

Liệu pháp điều trị giảm co để dự phòng sinh non thì không hiệu quả, mặc dù ít thử nghiệm ngẫu nhiên đã được tiến hành. Tuy nhiên, thuốc giảm co là nền tảng của điều trị chuyển dạ sinh non cấp tính.

Kháng sinh

Các thử nghiệm ngẫu nhiên đã chỉ ra rằng liệu pháp kháng sinh phổ rộng dùng cho phụ nữ nhiễm khuẩn không có triệu chứng (mang thai hoặc không biết mang thai) không ngăn ngừa sinh non, và có thể làm tăng nguy cơ. Ba thử nghiệm đại diện được minh họa như sau.

Trong một thử nghiệm

715 phụ nữ có nguy cơ sinh non cao vì kết quả xét nghiệm fFN dương tính (nhưng không có cơn co tử cung) được phân ngẫu nhiên để nhận metronidazole (250 mg uống ba lần mỗi ngày) cộng với erythromycin (250 mg uống bốn lần mỗi ngày) hoặc thuốc giả được trong 10 ngày. Không có sự khác biệt giữa các nhóm về tỷ lệ sinh non trước 37 tuần, dưới 35 tuần, hoặc dưới 32 tuần tuổi thai. Hơn nữa, những phụ nữ có tiền căn sinh non tự phát trước đó dù có uống kháng sinh vẫn có tỷ lệ sinh non tự phát lặp lại dưới 37 tuần cao hơn so với những người dùng giả được (47 so với 24%).

Điều trị giữa các lần mang thai

Trong một thử nghiệm khác, 241 phụ nữ sau sinh có sinh non tự phát từ 16 đến 34 tuần tuổi thai được phân ngẫu nhiên để nhận một liệu trình azithromycin (1g, hai liều cách nhau bốn ngày)/metronidazole (750 mg mỗi ngày x 7 ngày) hoặc giả được cứ bốn tháng một lần cho đến khi họ có thai trở lại. Kết quả cho thấy, điều trị kháng sinh không làm giảm nguy cơ sinh non trong lần mang thai tiếp theo, và có thể làm tăng nguy cơ.

Phụ nữ nhiễm HIV

Một thử nghiệm thứ ba được phân ngẫu nhiên 2.661 phụ nữ nhiễm HIV chủ yếu để nhận được một đợt kháng sinh hoặc giả được ở 20 – 24 tuần tuổi thai và sau đó lặp lại một lần nữa trong chuyển dạ. Phác đồ kháng sinh là metronidazole 250 mg cộng với erythromycin 250 mg ba lần mỗi ngày trong 7 ngày trước sinh và metronidazole 250 mg cộng với ampicillin 500 mg mỗi bốn giờ lúc bắt đầu chuyển dạ và tiếp tục cho đến khi sinh. Kết quả cho thấy, điều trị kháng sinh đã không làm giảm đáng kể tỷ lệ sinh non, trọng lượng sơ sinh thấp, hoặc viêm màng ối.

Hoạt động xã hội và thư giãn

Các thử nghiệm can thiệp cung cấp hỗ trợ xã hội nâng cao (được xác định là hỗ trợ tình cảm và hỗ trợ vật chất) không cho thấy rõ ràng lợi ích về kéo dài tuổi thai. Đặc biệt, hai thử nghiệm ngẫu nhiên lớn nhất kết luận một chương trình hỗ trợ xã hội không làm giảm tỷ lệ sinh non hoặc cân nặng khi sinh thấp.

Một trong những thử nghiệm bao gồm hơn 6.000 thanh thiếu niên và thử nghiệm khác bao gồm hơn 2.000 phụ nữ Mỹ Latinh có nguy cơ cao.

Có rất ít dữ liệu về các biện pháp can thiệp khác để giảm stress ở phụ nữ mang thai (ví dụ các liệu pháp thư giãn hoặc tâm trí cơ thể như: thiền định, massage, yoga, thở, liệu pháp âm nhạc, liệu pháp hương liệu). Các thử nghiệm có sẵn là nhỏ và chất lượng kém; tác động rõ ràng đến kết cục sinh đã không được chứng minh.

Nội tiết tuyến giáp

Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên duy nhất của 115 phụ nữ mang thai bình giáp với kháng thể peroxidase tuyến giáp, điều trị bằng levothyroxine làm giảm đáng kể tỷ lệ sinh non (RR 0,28; KTC 95%, 0,10 – 0,80). Tuy nhiên, cần nghiên cứu thêm để xác nhận những phát hiện này.

TÓM TẮT

Các yếu tố nguy cơ sinh non có thể được phân loại là yếu tố không thể thay đổi được hoặc có thể thay đổi được (Bảng 1). Xác định các yếu tố nguy cơ sinh non trước khi thụ thai hoặc đầu thai kỳ có thể tạo cơ hội can thiệp để ngăn ngừa biến chứng này; tuy nhiên, hầu hết sinh non xảy ra ở phụ nữ không có yếu tố nguy cơ và số lượng can thiệp có hiệu quả bị hạn chế.

Trong phần lớn các trường hợp, nó vượt quá khả năng của thuốc sản khoa để ngăn ngừa sinh non. Như vậy, mọi nỗ lực cần được thực hiện để tối ưu hóa kết quả chu sinh trong trường hợp sinh non, bao gồm dùng corticosteroids trước sinh và chuyển bệnh nhân đến một trung tâm chăm sóc đặc biệt.

Nên bổ sung progesterone cho phụ nữ có cổ tử cung ngắn hoặc có tiền căn sinh non (Chứng cứ 1B). Progesterone không hữu ích trong việc ngăn ngừa sinh non trong đa thai hoặc vỡ ối sớm.

Điều trị kháng sinh những trường hợp nhiễm khuẩn niệu không có triệu chứng làm giảm tỷ lệ sinh non và trẻ nhẹ cân, vì vậy nên sàng lọc nhiễm khuẩn niệu ở phụ nữ có thai (Chứng cứ 1A).

Khuyến khích cai thuốc và tránh các loại thuốc bất lợi gây nghiện vì lợi ích sức khỏe chung của bà

mẹ và trẻ em. Có khả năng là giảm hoặc ngừng hút thuốc lá và sử dụng cocaine trong thai kỳ sẽ làm giảm nguy cơ sinh non.

Sử dụng các chiến lược để ngăn ngừa đa thai do kỹ thuật hỗ trợ sinh sản nhằm giảm số lượng sinh non liên quan đến đa thai.

Điều trị nhiễm khuẩn âm đạo do *Trichomonas* không triệu chứng không ngăn ngừa được, và thậm chí có thể làm tăng nguy cơ sinh non.

Phụ nữ bị bệnh nha chu có làm tăng nguy cơ sinh non cao hơn. Vệ sinh răng miệng tốt là một trong các cách điều trị bệnh nha chu, nhưng không có đủ dữ liệu để đề nghị điều trị dự phòng sinh non.

Việc theo dõi cơn co tử cung tại nhà và tự sờ các cơn co tử cung, nghỉ ngơi tại giường, kiêng giao hợp, thuốc giảm co dự phòng, điều trị kháng sinh dự phòng, chăm sóc tiền sản nâng cao và hỗ trợ xã hội chưa được chứng minh hữu ích trong việc ngăn ngừa sinh non.

Khoảng cách giữa những lần mang thai lớn hơn sáu tháng có thể làm giảm nguy cơ sinh non.

Khâu vòng eo cổ tử cung, giảm căng thẳng nghề nghiệp, giảm gắng sức và can thiệp dinh dưỡng có thể có lợi ở những phụ nữ được chọn nhằm giảm nguy cơ sinh non.

Phụ nữ có chiều dài cổ tử cung ngắn dường như được hưởng lợi từ việc điều trị bằng progesterone âm đạo, khâu vòng eo cổ tử cung, hoặc dùng vòng nâng pessary.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Iams JD, Romero R, Culhane JF, Goldenberg RL. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet* 2008; 371:164.
2. Small F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; :CD000490.
3. Connolly A, Thorp JM Jr. Urinary tract infections in pregnancy. *Urol Clin North Am* 1999; 26:779. Uncu Y, Uncu G, Esmer A, Bilgel N. Should asymptomatic bacteriuria be screened in pregnancy? *Clin Exp Obstet Gynecol* 2002; 29:281.
4. Saurel-Cubizolles MJ, Zeitlin J, Lelong N, et al. Employment, working conditions, and preterm birth: results from the Europop case-control survey. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:395.
5. Spong CY. Prediction and prevention of recurrent spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol* 2007; 110:405.
6. Carey JC, Klebanoff MA, Hauth JC, et al. Metronidazole to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *N Engl J Med* 2000; 342:534.
7. Kiss H, Petricevic L, Husslein P. Prospective randomised controlled trial of an infection screening programme to reduce the rate of preterm delivery. *BMJ* 2004; 329:371.
8. Newnham JP, Newnham IA, Ball CM, et al. Treatment of periodontal disease during pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2009; 114:1239. file:///D:/Uptodate/216/contents/mobipreview.htm?11/45/UTD.htm?11/45/11994/abstract/67
9. Fox NS, Gelber SE, Kalish RB, Chasen ST. The recommendation for bed rest in the setting of arrested preterm labor and premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:165.e1.
10. Sciscione AC. Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:232.e1.
11. Whitworth M, Quenby S, Cockerill, et al. Specialised antenatal clinics for women with a pregnancy at high risk of preterm birth (excluding multiple pregnancy) to improve maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2011.