



Hội nghị Sản Phụ khoa
Việt - Pháp - Châu Á - Thái Bình Dương
Lần thứ 17
TP. HCM, ngày 18 & 19/5/2017

BRUNO LANGER

Giáo sư

Khoa Phụ Sản – Bệnh viện Hautepierre – Pháp

Montpellier 7/12/2016	Khuyến cáo thực hành lâm sàng: Phòng ngừa sinh non tự phát và hậu quả sinh non	Hiệp hội Sản Phụ Khoa pháp
--------------------------	---	-------------------------------

Khuyến cáo thực hành lâm sàng:
Dự phòng nguy cơ sinh non và hậu quả

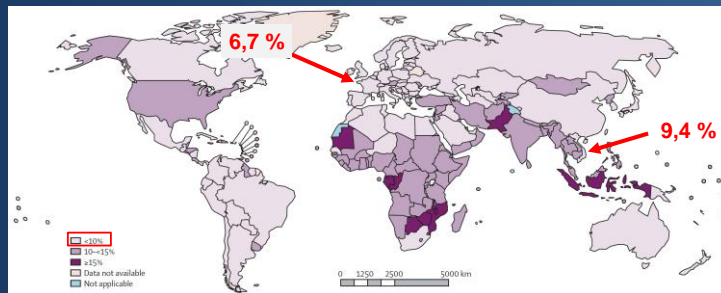
B Langer
M-V Senat, L Sentilhes

Pierre-Yves Ancel, Elie Azria, Guillaume Benoist, Julie Blanc,
Gilles Brabant, Florence Bretelle, Stéphanie Brun, Muriel Doret,
Gilles Kayem, Emeline Maisonneuve, Louis Marcellin, Stéphane
Marret, Nicolas Mottet, Didier Riethmuller, Patrick Rozenberg,
Thomas Schmitz, Hélène Torchin





Tỉ lệ sinh non trên thế giới



Ước tính tỷ lệ sinh non tại từng quốc gia, khu vực và trên thế giới năm 2010 theo thời gian từ 1990 tại các quốc gia được lựa chọn: phân tích hệ thống và kết luận



Tần suất

✧ **Ước tính trên thế giới trong năm 2010:**

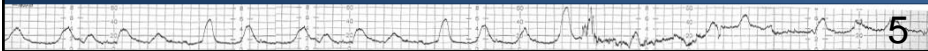
- 11% các trường hợp trẻ sinh sống / \approx 15 triệu [12,3 - 18,1]

85%	sinh non trung bình/ muộn	(32 - 36 tuần)
10%	sinh rất non	(28 - 31 tuần)
5%	sinh cực non	(< 28 tuần)

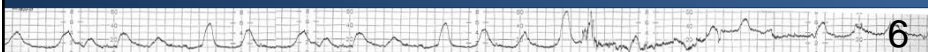
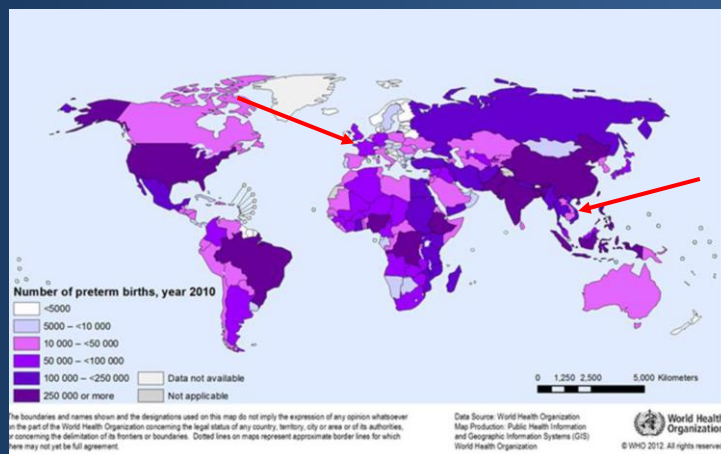
- Diễn tiến nghịch lý – có sự gia tăng tỉ lệ sinh non trên toàn cầu + 15% từ năm 1990 – 2010

✧ **Tại Pháp trong năm 2010 :**

- 7,4% các ca sinh \rightarrow 60 000 các ca sinh <37 tuần
trong đó 12 000 các ca sinh <32 tuần
- 48% trường hợp sinh non do chỉ định/ 52% tự phát (bao gồm ối vỡ non)



Số lượng sinh non trên thế giới



Tỉ lệ tử vong

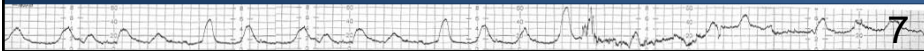
❖ Sinh non : **nguyên nhân hàng đầu tử vong của trẻ < 5 tuổi** trên toàn thế giới

	% sống còn (số trẻ sống/ số trường hợp sinh sống)					
	22 tuần	23 tuần	24 tuần	25 tuần	26 tuần	27 tuần
Úc (2005) ^c	3%	20%	51%	67%	80%	89%
Nhật Bản (2005) ^{a, d}	34%	54%	77%	85%	90%	92%
Hoa Kỳ (NICHD 2008-2011) ^a	-	56%	68%	88%	89%	92%
Thụy Điển (EXPRESS 2004-2007) ^b	10%	52%	67%	81%	85%	-
Anh (EPICure 2 - 2006) ^a	2%	19%	40%	66%	77%	-
Hà Lan (2007) ^a	-	0%	7%	58%	71%	-
Pháp (EPIPAGE 2 - 2011)^a	0%	1%	31%	59%	75%	82%

^a : Theo dõi đến khi xuất viện. ^b : Theo dõi đến 1 tuổi. ^c : Theo dõi đến 2 tuổi.
^d : Mẫu số : số trẻ nhập khoa chăm sóc sơ sinh tích cực.

❖ ≥ 28 tuần : sống $\geq 90\%$

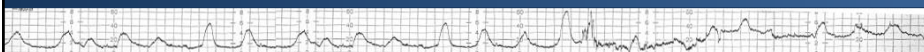
❖ Tỉ lệ tử vong tăng trong trường hợp thai chậm tăng trưởng trong tử cung



Lưu ý !!!

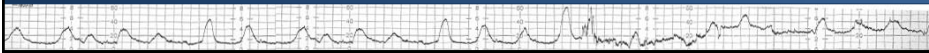
❖ Các khuyến cáo thực hành lâm sàng được phân tích gồm 3 nhóm dân số:

- Dân số không có triệu chứng tổng quát
- Dân số không triệu chứng có nguy cơ cao (có tiền căn)
- Dân số có triệu chứng (có cơn gò tử cung)



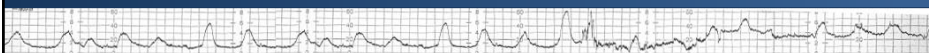
Phương tiện dự đoán chuyển dạ sinh non ở nhóm bệnh nhân không triệu chứng có nguy cơ cao

- ❖ Nguy cơ sinh non tương quan với số lần sinh non, sớm hơn thời gian sinh non trước đó và lần mang thai gần nhất (NP3).
- ❖ Các dữ kiện trong y văn chưa đủ để khuyến cáo cần khám âm đạo thường quy mỗi lần khám thai ở những bệnh nhân không triệu chứng có nguy cơ cao (đã thai, tử cung bất toàn, tử cung sinh non, tử cung có điều trị trên cổ tử cung và tử cung ít nhất 2 lần phá thai (Đồng thuận chuyên gia)).
- ❖ Việc đo gò tử cung thường xuyên và thăm khám không giúp dự đoán hay làm giảm nguy cơ sinh non (NP2) và không được khuyến cáo (chứng cứ B).



Phương tiện dự đoán chuyển dạ sinh non ở nhóm bệnh nhân không triệu chứng có nguy cơ cao

- ❖ Ở nhóm bệnh nhân không triệu chứng có nguy cơ cao, siêu âm đo chiều dài kênh CTC cho phép đánh giá nguy cơ sinh (NP2).
- ❖ Ở nhóm bệnh nhân không triệu chứng có nguy cơ cao, các dữ liệu y văn không đủ để khuyến cáo xét nghiệm thường quy **fibronectine thai nhi** (chứng cứ C).
- ❖ Ngoại trừ những bệnh nhân có tiền căn sinh non, các dữ liệu y văn không đủ để khuyến cáo **đo thường quy** chiều dài kênh CTC qua siêu âm ngã âm đạo và/ hoặc xét nghiệm fibronectine thai nhi trong nhóm bệnh nhân không triệu chứng có nguy cơ cao.



Nhóm bệnh nhân có triệu chứng

➤ Lựa chọn ngưỡng chiều dài kênh CTC:

Ngưỡng chiều dài kênh CTC càng ngắn, nguy cơ sinh non càng tăng (NP2)

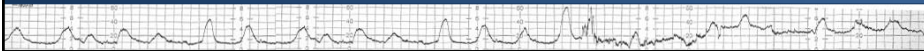
- Ngưỡng chiều dài kênh CTC **15 mm** thường giúp tiên đoán sinh non trong vòng 48 giờ và đến 7 ngày sau (giá trị tiên đoán dương cao) (**đồng thuận chuyên gia**).
- Ngưỡng chiều dài kênh CTC **25 mm** thường giúp tiên đoán sản phụ có nguy cơ sinh non thấp trong vòng 48 giờ và đến 7 ngày sau (giá trị tiên đoán âm cao) (**đồng thuận chuyên gia**).
- **Lựa chọn ngưỡng chiều dài kênh CTC phụ thuộc vào tình trạng thai kỳ:** Trong đa thai, ngưỡng chiều dài kênh CTC cần cao hơn so với đơn thai để có giá trị tiên đoán âm tương tự nhau (NP3)

Tableau 2 Valeur prédictive de la mesure de longueur de col pour un accouchement prématuré à 48h chez les femmes symptomatiques (seuils de 5 à 30 mm) [11].
Predictive value of cervical length ultrasound measurement for preterm birth at 48h in symptomatic women (cut-off values from 5 to 30 mm) [11].

Référence	Seuil (mm)	Effectifs	Sensibilité	Spécificité	RV+	RV-
[43]	≤ 5	510	42,9 %	97,8 %	19,05	0,59
	≤ 10	510	81	93,7	12,77	0,2
	≤ 15	510	97,7	86,8	6,43	0,03
[36]	≤ 15	215	64,7	90,4	6,74	0,39
[114]	≤ 25	100	62,5	89,5	5,94	0,42
[81]	≤ 30	395	88	40	1,48	0,29
[36]	≤ 30	215	88,2	53	1,88	0,22

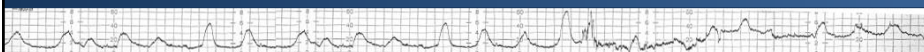
RV+ : rapport de vraisemblance positif ; RV- : rapport de vraisemblance négatif.

Goffinet JGOBR 1997
Tsoi UOG 2005
Boots AJOG 2014



Nhiễm khuẩn âm đạo và sinh non

- ❖ Ở những bệnh nhân **nguy cơ thấp và không triệu chứng**, không có bằng chứng khoa học khuyến cáo sàng lọc và điều trị viêm âm đạo trong thai kỳ để dự phòng sinh non tự phát (chứng cứ A).
- ❖ Ở những bệnh nhân **nguy cơ cao có tiền căn sinh non**, không có bằng chứng khoa học khuyến cáo sàng lọc và điều trị viêm âm đạo (chứng cứ C).

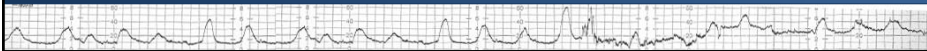


Lợi ích của progestatifs trong dự phòng sinh non tự phát

- ✧ Nhóm bệnh nhân duy nhất được khuyến cáo sử dụng progestatif và những bệnh nhân đơn thai, không triệu chứng, không có tiền căn sinh non và chiều dài kênh CTC < 20mm trong tuần lễ thứ 16-24 thai kỳ

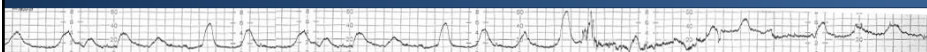
Lợi ích của vòng nâng trong dự phòng sinh non tự phát

- ✧ Đặt vòng nâng ở CTC trước tuần lễ thứ 22 của thai kỳ không làm giảm nguy cơ sinh non ở những bệnh nhân có **song thai không triệu chứng (NP1)**.
- ✧ Các thông tin còn đang tranh cãi về lợi ích của vòng nâng trong phòng ngừa sinh non ở những bệnh nhân không triệu chứng:
 - Đơn thai với chiều dài kênh CTC ≤ 25 mm trong tuần lễ thứ 20 đến 24 tuần 6 ngày
 - BN song thai có **chiều dài kênh CTC ngắn**.
 - Không khuyến cáo (chứng cứ A).



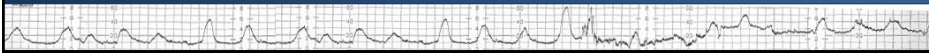
Khâu vòng CTC dự phòng ở các bệnh nhân có tiền căn sinh non

- ✧ Không đủ chứng cứ khoa học khuyến cáo khâu vòng CTC dự phòng khi chỉ có tiền căn:
 - Khoét chóp CTC (chứng cứ C),
 - Tử cung bất toàn (ý kiến chuyên gia),
 - Tiền căn sinh non đơn độc (chứng cứ B)
 - Song thai để dự phòng nguyên phát (chứng cứ B) hay thứ phát (chứng cứ C).
- ✧ Khâu vòng CTC vì tiền căn sinh non được khuyến cáo thực hiện ở những bệnh nhân có đơn thai có tiền căn ít nhất 3 lần sảy thai muộn hoặc sinh non (chứng cứ A).

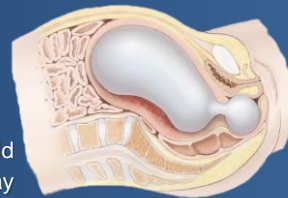


Khâu vòng CTC vì chiều dài kênh CTC ngắn qua siêu âm

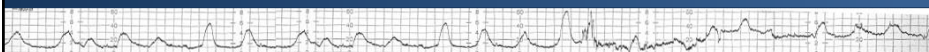
- ❖ Ở sản phụ có đơn thai không có tiền căn sản phụ khoa bất thường, không có bằng chứng khoa học khuyến cáo khâu vòng CTC vì CTC ngắn qua siêu âm trong TCN 2 (chứng cứ B).
- ❖ Ở sản phụ có đơn thai và có tiền căn sảy thai muộn hoặc sinh non tự phát trước 34 tuần, sản phụ được khuyến cáo siêu âm kiểm tra chiều dài kênh CTC trong tuần lễ từ 16 đến 22 của thai kỳ để có thể khâu vòng CTC trong trường hợp CTC ngắn dưới 25 mm trước tuần lễ thứ 24 của thai kỳ (chứng cứ C).
- ❖ Trong trường hợp CTC ngắn trong đa thai, không khuyến cáo khâu vòng CTC (chứng cứ C)



Khâu vòng CTC cấp cứu

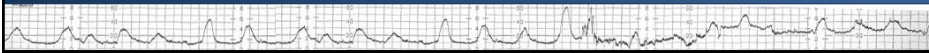


- ❖ Tiến hành khâu vòng CTC cấp cứu theo pp McDonald được khuyến cáo trong TCN 2 khi lâm sàng có sự thay đổi đáng kể của CTC, có hoặc không có thành lập đầu ối trong trường hợp đơn thai, nhưng không vỡ ối sớm hoặc nhiễm trùng ối (chứng cứ C)
- ❖ Không có bằng chứng khuyến cáo điều trị mong đợi trì hoãn trước khi tiến hành khâu vòng CTC cấp cứu (đồng thuận chuyên gia)
- ❖ Khâu vòng cổ - eo tử cung có thể được xem xét trong trường hợp khâu vòng CTC thất bại với pp McDonald (đồng thuận chuyên gia).

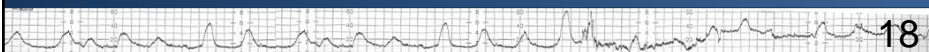


Thuốc giảm gò tử cung

- ✧ Không có thuốc giảm gò TC liên quan với giảm tỉ lệ tử vong và bệnh suất chu sinh so với giả dược (NP2).
- ✧ Tất cả các thuốc giảm gò có thể gây ra **các tác dụng phụ nghiêm trọng** (NP4).
- ✧ Lợi ích kéo dài thai kỳ và sản phụ dung nạp thuốc tốt, **Atosiban và Nifedipine** có thể được sử dụng để giảm gò tử cung (mức độ B) ở các trường hợp đơn thai và đa thai (đồng thuận chuyên gia).
- ✧ Không khuyến cáo dùng Nicardipine (đồng thuận chuyên gia) và **betamimétiques** để cắt cơn gò tử cung (chứng cứ C).
- ✧ Khuyến cáo không duy trì điều trị hơn 48 giờ kể từ dùng thuốc giảm gò tử cung ban đầu (chứng cứ B).
- ✧ Không bằng chứng khuyến cáo sử dụng thuốc cắt cơn gò tử cung khi CTC đang mở và tiến triển (chứng cứ C), cũng không nên kê thuốc cắt cơn gò sau 34 tuần (đồng thuận chuyên gia).



Corticoïde



Phân tích dữ liệu dùng corticoïde thai < 37 tuần
Cochrane Database Roberts 2007, thực hiện năm 2010

Tiêu chuẩn đánh giá	Số lượng nghiên cứu và số trẻ sơ sinh	RR	Khoảng tin cậy 95%
Bệnh màng trong	21 4038	0,66	0,52-0,71
Xuất huyết não thất	13 2872	0,54	0,43-0,69
Viêm loét ruột hoại tử	8 1675	0,46	0,29-0,74
Loạn sản phế quản – phổi	6 818	0,86	0,61-1,22
Bại não	5 904	0,60	0,34-1,03

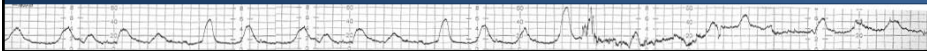
Nghiên cứu corticoïdes thai 34-37 tuần

Nghiên cứu Số lượng bệnh nhân	Tiêu chuẩn đánh giá	RR	Khoảng tin cậy 95%
Porto BMJ 2011 2 x 133	Bệnh đường hô hấp	1,09	0,72-1,66
Gyamfi-Bannermann N Engl Med J 2016 2827	Bệnh phổi hợp (đường hô hấp)	0,80	0,66-0,97
	Bệnh hô hấp nặng	0,67	0,53-0,84
	Cấp cứu bằng surfactant	0,59	0,37-0,96
	Loạn sản phế quản – phổi	0,22	0,02-0,92
	Bệnh màng trong, HIV và viêm loét ruột hoại tử	0,88 1,60	0,66-1,18 1,37-1,87
	Hạ đường huyết sơ sinh		

- Tiêu chuẩn đánh giá bệnh hô hấp nặng không liên quan đến mức độ trầm trọng của bệnh.
- Có số lượng lớn bệnh nhân cần điều trị
- Tất cả chủ yếu xảy ra ở nhóm bệnh nhân được mổ lấy thai RR 0,58 (Khoảng tin cậy 0,36-0,94)

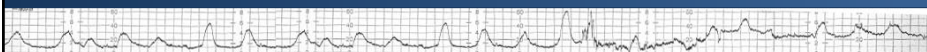
Các thử nghiệm về corticoïdes đối với thai < 28 tuần

Foix-L'Helias (2008) Epipage France	24-27 tuần	Tử vong chu sinh	32% so với 55% P < 0,01 aOR 0,43 (0,27-0,68)
Carlo (2011) USA	22-25 tuần	Tử vong chu sinh Xuất huyết trong não thất độ 2 hoặc độ 3 hoặc xuất huyết quanh não thất	aOR 0,59 (0,53-0,65) aOR 0,67 (0,57-0,79)



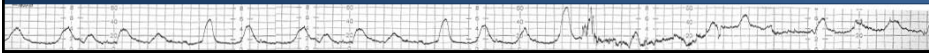
Corticoïde: loại, liều, đường dùng?

- **Betaméthasone** hoặc dexaméthasone (đồng thuận chuyên gia)
- **12 mg X 2 / 24h** hoặc **6 mg X 4 / 12h** (chứng cứ A)
- **Tiêm bắp** (chứng cứ A)
 - Không có dữ liệu lâm sàng cho đường tiêm tĩnh mạch
 - Dùng đường tiêm tĩnh mạch khi có chống chỉ định tiêm bắp (đồng thuận chuyên gia)
- **Không khuyến cáo tiêm liều 2 ở BN sắp sinh** (chứng cứ C)
- Tăng khả năng viêm ruột hoại tử khi tiêm/12h (NP3)



Corticoïde: khi nào điều trị?

- Điều trị corticoïde trước sinh được khuyến cáo đối với tất cả sản phụ có nguy cơ sinh non **trước 34 tuần (chứng cứ A)**.
- **Sau 34 tuần**, không đủ chứng cứ để khuyến cáo sử dụng corticoïde thường quy trước sinh (chứng cứ B)
 - Việc này được tranh luận trong các tình huống có nguy cơ cao suy hô hấp nặng, đặc biệt khi mổ lấy thai chương trình (chứng cứ C)



Corticoïde

- Không khuyến cáo lặp lại thường quy liều corticoïde trước sinh mỗi tuần hay mỗi 2 tuần (chứng cứ A).
- Các tác dụng có hại có thể xảy ra khi áp dụng chiến lược điều trị này nếu trẻ sinh ra trong vòng 24 giờ sau liều tiêm đầu tiên (NP2), lo ngại ảnh hưởng đến sự phát triển thần kinh trẻ khi lặp lại liều corticoïde (NP2), **điều trị cấp cứu không khuyến cáo** (đồng thuận chuyên gia)
- Sử dụng corticoïde trước sinh không làm tăng nguy cơ nhiễm trùng mẹ, **ngay cả khi ối vỡ non** (NP1).



Liệu pháp corticoïde trước khi mổ lấy thai đủ tháng

Liệu pháp corticoïde khi mổ lấy thai chương trình đủ tháng

- Nghiên cứu tiền cứu, ngẫu nhiên, có nhóm chứng về liệu pháp corticoïde
- 2 liều TB 12 mg betaméthasone/24h
- Thai \geq 37 tuần và chuẩn bị mổ lấy thai chương trình.
- Tiêu chuẩn loại trừ: loét dạ dày, ruột, miễn dịch rhesus, nhiễm trùng tử cung.

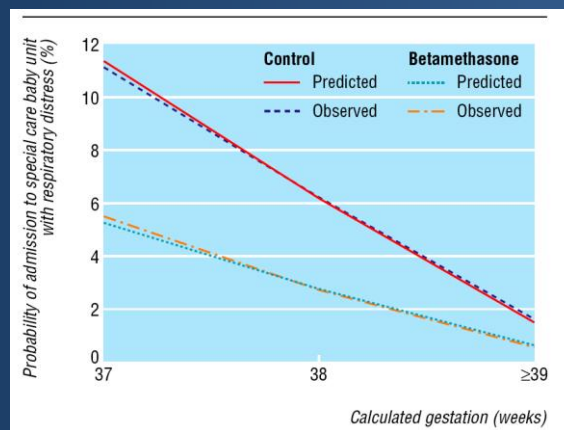
Stutchfield P. BMJ 2005; 331: 662

Liệu pháp corticoïde khi mổ lấy thai chương trình đủ tháng

		Bétaméthasone	Nhóm chứng	
Suy hô hấp	Nhẹ	4	9	
	Trung bình	6	10	
	Nặng	1	5	
Loại suy hô hấp	Thở nhanh thoáng qua	10	19	
	Bệnh màng trong	1	5	
Trẻ được chuyển khoa chăm sóc đặc biệt	Tổng cộng	26	32	
	Có suy hô hấp	11**	24**	** p=0,02
	Không suy hô hấp	15	8	

Stutchfield P. BMJ 2005; 331: 662

Trẻ nhập khoa chăm sóc đặc biệt



Stutchfield P. BMJ 2005; 331: 662

Thử nghiệm dẫn đường
ngẫu nhiên có nhóm chứng so sánh nguy cơ suy hô hấp sơ
sinh trong trường hợp mổ lấy thai chủ động lúc 38 tuần sau
liệu pháp corticoid so với mổ lấy thai lúc 39 tuần

N SANANÈS, A KOCH, B ESCANDE, GE AISSI, G FRITZ, E ROTH, M WEIL, A BAKRI, C
BOLENDER, N MEYER, C VAYSSIERE, A GAUDINEAU, I NISAND, R FAVRE, P KUHN,
B LANGER.

Đăng trên tạp chí



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

European Journal of Obstetrics & Gynecology and
Reproductive Biology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejogrb

Phương pháp nghiên cứu

- ✧ Nghiên cứu ngẫu nhiên từ năm 2007 đến năm 2013
- ✧ Tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu : có chỉ định mổ lấy thai chương trình
- ✧ Tiêu chuẩn loại trừ : đã tiêm corticoïde trước đó.
- ✧ **Nhóm nghiên cứu: mổ lấy thai chương trình khi thai 38 tuần sau khi tiêm corticoïde**
- ✧ **Nhóm chứng : mổ lấy thai chương trình khi thai 39 tuần**

Phương pháp nghiên cứu

❖ Tiêu chuẩn đánh giá :

- Tiêu chuẩn chính : nhập khoa sơ sinh vì suy hô hấp
- Tiêu chuẩn phụ: mổ lấy thai cấp cứu, khả năng thích nghi môi trường sống bên ngoài của trẻ, bệnh lý mẹ

Kết quả nghiên cứu

	Nhóm nghiên cứu (n=95)	Nhóm chứng (n=105)	Giá trị P
Tiêu chuẩn chính (Nhập khoa sơ sinh vì suy hô hấp)	2 (2,1%)	4 (3,8%)	NS
Tuổi thai	37.99 ± 0.15	38.80 ± 0.53	<.0001
Tỉ lệ mổ lấy thai cấp cứu	12/95 (12.7%)	28/105 (26.7%)	0.013

Mục tiêu thứ 2

	Nhóm nghiên cứu (n=95)	Nhóm chứng (n=105)	Giá trị P
Suy thai	5/95 (5.26%)	7/105 (6.67%)	0.676
Cần can thiệp y khoa	14/95 (14.74%)	16/105 (15.24%)	0.921
SpO ₂ ≤ 90 %	6/90 (6.67%)	11/93 (11.83%)	0.229
Điểm Silverman > 0	41/92 (44.57%)	29/95 (30.53%)	0.047

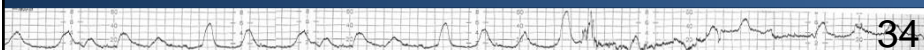
Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về bệnh lý mẹ

Montpellier
7/12/2016

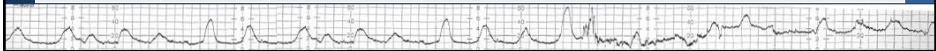
Khuyến cáo thực hành lâm sàng:
Phòng ngừa sinh non tự phát và hậu quả sinh non

Hiệp hội
sản phụ khoa Pháp


Magnésie Sulfate



Montpellier 7/12/2016	Khuyến cáo thực hành lâm sàng: Phòng ngừa sinh non tự phát và hậu quả		Hiệp hội sản phụ khoa Pháp	
Nghiên cứu ngẫu nhiên về Mangésie Sulfate				
Nghiên cứu	Tuổi thai	Liều	Tiêu chuẩn đánh giá	RR /OR KTC 95%
MagNet 1997	< 34 tuần	Tấn công 4g Duy trì 2-3 g/h	Thai lưu hoặc tử vong chu sinh	10,7 (2,9-18,5)
ACTOMgS O ₄ 2003	< 30 tuần	Tấn công 4g Duy trì 1 g/h trong 12h	Tử vong tính đến 2 tuổi Bại não tính đến 2 tuổi Chết hoặc bại não Bất thường vận động tính đến 2 tuổi	0,83 (0,64-1,09) 0,83 (0,64-1,09) 0,83 (0,66-1,03) 0,51 (0,29-0,91)
PREMAG 2007	< 33 tuần	Tấn công 4g Duy trì : không	Tử vong chu sinh Bất thường vận động hoặc tử vong	0,79 (0,44-1,44) 0,62 (0,41-0,93)
BEAM 2008	< 32 tuần	Tấn công 6g Duy trì 2 g/h trong 12h	Thai lưu hoặc tử vong trẻ tính đến 1 tuổi hoặc bại não tính đến 2 tuổi	0,97 (0,77-1,23)

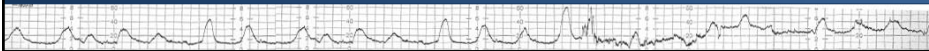


Montpellier 7/12/2016	Khuyến cáo thực hành lâm sàng: Phòng ngừa sinh non tự phát và hậu quả		Hiệp hội sản phụ khoa Pháp
Phân tích dữ liệu Cochrane Database (Doyle 2009) Magnésie sulfate			
Tiêu chuẩn đánh giá	Số lượng trẻ	RR	KTC 95%
Bại não	6145	0,68	0,54-0,87
Trẻ tử vong	6145	0,95	0,80-1,12
Bại não và tử vong trẻ	6145	0,94	0,78-1,12
Chậm phát triển vận động	5980	0,61	0,44-0,85



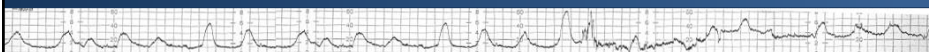
Khuyến cáo Magnésium sulfate

- ❖ Khuyến cáo về sử dụng $MgSO_4$:
 - Đối với sản phụ sắp sinh trước **32 tuần**
 - Liều tấn công **4 g** TMC sau đó duy trì **1 g/h** trong 12 giờ
 - Chuyển dạ tự nhiên hoặc theo chủ động (chứng cứA),
 - Đơn thai hoặc đa thai
 - Không phụ thuộc vào nguyên nhân gây sinh non (đồng thuận chuyên gia).



Cách sinh trong chuyển dạ sinh non tự phát

- ❖ **Không khuyến cáo mổ lấy thai chỉ** vì chuyển dạ sinh non trong trường hợp ngôi đầu (đồng thuận chuyên gia).
- ❖ Các dữ kiện hiện tại không khuyến cáo lựa chọn cách sinh khác ngoài chuyển dạ sinh non (đồng thuận chuyên gia).
- ❖ Khuyến cáo theo dõi tim thai trong quá trình chuyển dạ sinh non (đồng thuận chuyên gia).
- ❖ Không khuyến cáo sanh giúp hay cắt tầng sinh môn thường quy trong trường hợp sinh non (đồng thuận chuyên gia)



Kết luận

Ngoài việc sử dụng corticoïde và magnésium sulfate trước sinh, các công cụ chẩn đoán hoặc điều trị trước sinh được thực hiện từ 30 năm nay để ngăn chặn sinh non và hậu quả của nó đã không như mong đợi của các chuyên gia và gia đình sản phụ.

