

Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 56 – QUÝ IV/2020

THỜI ĐIỂM VÀ CÁC BIỆN PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ

- 04 Thời điểm chấm dứt thai kỳ của các thai phụ không nguy cơ: đã đến lúc thay đổi?
ThS. BS. Đặng Quang Vinh
- 08 Thời điểm và cách thức chấm dứt thai kỳ ở thai phụ có rối loạn tăng huyết áp
BS. Tô Mỹ Anh, BS. CKI Bùi Quang Trung
- 12 Chẩn đoán, xử trí và thời điểm chấm dứt thai kỳ ở thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung
BS. CKI. Trần Thị Minh Châu
- 17 Cập nhật thời điểm chấm dứt thai kỳ có chỉ định y khoa
BS. Trần Thế Hùng
- 20 Tư vấn phương thức sinh ở thai phụ con so
ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 23 Thời điểm chấm dứt thai kỳ ở song thai không biến chứng
BS. CKI Lê Tiểu My
- 27 Khởi phát chuyển dạ trên thai kỳ có tiền căn mổ lấy thai
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 33 Xu hướng chấm dứt thai kỳ đủ tháng trên thai phụ thụ tinh trong ống nghiệm
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 38 Chấm dứt thai kỳ kèm bất thường hệ thần kinh thai: cần cân nhắc điều gì?
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 44 Yếu tố dự báo kết cục xấu ở song thai
ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 46 Ảnh hưởng của phá thai lên tâm lý bệnh nhân
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 48 Những tiến bộ trong việc cải thiện hiệu quả tiếp cận và giảm các biến chứng xuất hiện trong quá trình chấm dứt thai kỳ ở giai đoạn sớm
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 52 Bệnh lý thiếu máu tán huyết ở thai nhi và sơ sinh
Nhóm bác sĩ BV Mỹ Đức / GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng
- 57 Vai trò của siêu âm trong sàng lọc và theo dõi điều trị Hemoglobin Bart
BS. Nguyễn Phước Phương Thảo, BS. Võ Tá Sơn
- 66 Cộng hưởng từ thai nhi trong chẩn đoán nguy cơ bất thường não thai
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 70 Quan điểm hiện đại về nguồn gốc lạc nội mạc tử cung: mô hình “Endometriosis life”
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 76 Dây rốn bám màng
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 79 Mạch máu tiền đạo
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 83 Xử trí các bất thường tối thiểu trong kết quả sàng lọc ung thư cổ tử cung
ThS. BS. Đinh Thanh Nhân
- 86 Ứng dụng mới trong cải thiện hiệu quả đông lạnh tinh trùng thu nhận có số lượng ít
ThS. Huỳnh Trọng Kha, CN. Đặng Thị Huyền Trang, CN. Ngô Hoàng Tín

90 *Hỏi – đáp tình huống lâm sàng*

91 *Journal Club*

Nằm nghỉ tại giường sau chuyển phôi

Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau mổ lấy thai

Hướng dẫn thực hành từ ISUOG: chẩn đoán và quản lý thai nhỏ so với tuổi thai và thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung

Tổng quan hệ thống: chấm dứt thai kỳ trong ba tháng đầu bằng cách sử dụng kết hợp Mifepristone và Misoprostol hoặc Misoprostol đơn thuần

Đồng thuận ASRM về tiêm tinh trùng vào bào tương noãn trên những trường hợp vô sinh không do yếu tố nam

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 58 – Quý II/2021
Chủ đề “Thai kỳ và các bệnh lý nội tiết, chuyển hóa”

Vui lòng nộp bài trước 28/02/2021



Y học sinh sản tập 59 – Quý III/2021
Chủ đề “Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản”

Vui lòng nộp bài trước 30/05/2021

CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ VÀ THỜI ĐIỂM CHẤM DỨT THAI KỲ Ở THAI GIỚI HẠN TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

BS. CKI Trần Thị Minh Châu

Đại học Y Dược TPHCM

Đánh giá sự tăng trưởng của thai nhi là một trong những công việc quan trọng nhất của việc chăm sóc trước sinh. Tuy nhiên, sự tăng trưởng này là một quá trình động, đòi hỏi hàng loạt những quan sát và đánh giá kích thước thai nhi qua nhiều giai đoạn. Hiện nay, vẫn còn nhiều tranh cãi xung quanh việc siêu âm đánh giá sinh trắc thai dựa trên phương pháp nghiên cứu nào, khoảng giới hạn tham chiếu nào và theo tiêu chuẩn tăng trưởng nào. Vấn đề được đặt ra là cần phân định rõ ràng thai nhỏ so với tuổi thai (SGA – Small for gestational age) và thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung (IUGR – Intrauterine growth restriction) vì hướng xử trí ở những thai kỳ này là hoàn toàn khác nhau.

ĐỊNH NGHĨA VÀ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN (Bảng 1)

Thai giới hạn tăng trưởng (FGR – fetal growth restriction) là tình trạng thai nhi không phát triển được đến mức phát triển tiềm năng của nó, do nhiều nguyên nhân khác nhau. Nguy cơ của một thai nhi khi bị FGR là tăng bệnh suất và tử suất chu sinh, tăng những kết cục xấu về sức khỏe, tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch và nội tiết, có thể ảnh hưởng đến sự phát triển về thần kinh và nhận thức sau này^[3].

Hiện nay chưa có tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán FGR. Nhiều quốc gia chọn mức bách phân vị khác nhau làm ngưỡng chẩn đoán (bách phân vị thứ 10, 5, hoặc 3) lấy từ những bảng tham

khảo khác nhau^[4]. Hơn nữa, vẫn chưa có đồng thuận nào chung cho tất cả các quốc gia.

Thai nhỏ so với tuổi thai (SGA – small for gestational age) được định nghĩa là khi kích thước của thai nằm dưới ngưỡng định sẵn cho tuổi thai đó^[5]. Ngưỡng thường được xác định là chu vi bụng (AC – Abdominal circumference) hoặc cân nặng thai nhi ước tính (EFW – Estimated fetal weight) dưới bách phân vị 10 của bảng tham chiếu được chọn^[4]. Một số ngưỡng cắt khác cũng được nghiên cứu nhưng ít được sử dụng hơn là bách phân vị 5 hoặc bách phân vị 3 (lưu ý: bách phân vị 3 tương đương với mức -2 SD^[5]). Sự khác biệt giữa SGA và FGR ở đặc điểm: thai nhi SGA luôn luôn ở bách phân vị nhỏ một cách hằng định theo thời gian và là một thai nhi khỏe mạnh, có nguy cơ thấp đối với những kết cục chu sinh xấu. Ngược lại, ở thai nhi FGR luôn tồn tại một nguyên nhân nào đó ẩn sâu bên trong làm thai nhi không đạt được tiềm năng phát triển của mình. FGR không phải là 1 thai nhi khỏe mạnh và có nguy cơ bị những kết cục chu sinh xấu.

FGR được chia làm 2 loại: khởi phát sớm và khởi phát muộn. Mốc phân chia mà nhiều chuyên gia đồng thuận nhất là ở tuổi thai 32 tuần (theo đồng thuận Delphi năm 2016 và cập nhật mới nhất năm 2019)^[3]. Mốc phân chia và tiêu chuẩn chẩn đoán này được khuyến cáo trong hướng dẫn thực hành mới nhất của Hiệp hội Siêu âm Sản Phụ khoa quốc tế ISUOG 8/2020^[5].

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán thai giới hạn tăng trưởng khởi phát sớm và khởi phát muộn.^[3,5]

Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát sớm (< 32 tuần)	Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát muộn (≥ 32 tuần)
Chu vi bụng hay cân nặng thai nhi ước đoán < bách phân vị 3; hoặc mất sóng tâm trương động mạch rốn	Chu vi bụng hay cân nặng thai nhi ước đoán < bách phân vị 3
Hoặc 1. Chu vi bụng hay cân nặng thai nhi ước đoán < bách phân vị 10, và 2. PI động mạch tử cung > bách phân vị 95, và/ hoặc 3. PI động mạch rốn > bách phân vị 95.	Hoặc 2 trong 3 tiêu chuẩn sau: 1. Chu vi bụng hay cân nặng thai nhi ước đoán < bách phân vị 10. 2. Chu vi bụng hay cân nặng thai nhi ước đoán giảm xuống hơn 50% (tương đương 2 khoảng tứ phân vị) trên biểu đồ tăng trưởng. 3. Tỷ số não nhau CPR < bách phân vị 5 hoặc PI động mạch rốn > bách phân vị 95.

(PI: pulsatility index, CPR: cerebroplacental ratio)

CƠ CHẾ BỆNH SINH DẪN ĐẾN NHỮNG THAY ĐỔI TRÊN DOPPLER GIỮA IUGR KHỞI PHÁT SỚM VÀ KHỞI PHÁT MUỘN (Bảng 2)

Bảng 2. So sánh cơ chế bệnh sinh và sự thay đổi trên Doppler ở thai IUGR khởi phát sớm và muộn.

	Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát sớm	Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát muộn
Lựa chọn chỉ báo Doppler nào?	Sự thay đổi Doppler chủ yếu ở ngang mức ĐỘNG MẠCH RỐN ^[3] , và thường theo thứ tự sau: – Tăng PI động mạch rốn. – Mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương động mạch rốn. – Thay đổi trên Doppler ống tĩnh mạch.	Dấu hiệu chính để chẩn đoán và xử trí liên quan đến Doppler ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA ^[3] : – CPR (tỷ số não nhau) giảm. – PI động mạch não giữa giảm. – PI động mạch rốn thường bình thường.
Nguyên nhân nào dẫn đến sự thay đổi trên Doppler?	– Những tổn thương LỚN về cấu trúc của bánh nhau. ^[3,7] – Thường xảy ra ở tam cá nguyệt 1 và 2. – Do sự xâm lấn không đầy đủ của nguyên bào nuôi vào các động mạch xoắn. – Có thể do những bệnh lý rối loạn về tạo mạch như: tiền sản giật, bệnh lý tự miễn, những bệnh lý ảnh hưởng đến mạch máu ở bánh nhau.. ^[7]	– Suy chức năng bánh nhau dẫn đến thai nhi thiếu oxy. ^[3,7] – Những tổn thương bánh nhau KHÔNG ĐỦ LỚN để làm tăng trở kháng của bánh nhau do đó thường không làm tăng PI động mạch rốn ^[3] . – Do đó, Doppler ngang mức động mạch rốn thường không bị ảnh hưởng ^[7] .
Hệ quả của sự thay đổi trên Doppler là gì?	Doppler động mạch rốn ở tam cá nguyệt 1 và 2 giúp xác nhận sự có mặt của bệnh lý mạch máu tại bánh nhau và dự báo kết cục. ^[6] Doppler động mạch rốn thay đổi đầu tiên do sự co mạch ngoại biên biểu hiện bằng tăng PI động mạch rốn. Sự thay đổi Doppler ở mạch não chỉ là thứ phát sau khi Doppler động mạch rốn thay đổi, biểu hiện bằng sự giãn mạch não với sự giảm PI động mạch não giữa. Sau khi tăng PI động mạch rốn thì thứ tự diễn tiến tiếp theo thường là ^[3] : – Mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương động mạch rốn. – Mất sóng a ("a" wave) trên Doppler ống tĩnh mạch. – Sóng a âm trên Doppler ống tĩnh mạch.	Bộ não của thai nhi khi gần đủ tháng có sự tăng nhanh về nhu cầu oxy, do đó, thay đổi huyết động học đầu tiên là giãn mạch máu ở não. Vì vậy, không nên dùng Doppler động mạch rốn để xác định những thai nhi có nguy cơ gặp kết cục xấu đối với IUGR khởi phát muộn ^[6] . Đa số các đồng thuận đều khuyên sử dụng PI động mạch não giữa và tỷ số não nhau CPR để đánh giá ^[3-5] : – PI động mạch não giữa nhỏ hơn bách phân vị 5 là một chỉ báo cho thấy giãn mạch máu não ngay cả khi lúc đó PI động mạch rốn bình thường ^[3] . – $CPR = MCA\ PI / UA\ PI$ (tỷ số não nhau = PI động mạch não giữa/PI động mạch rốn). CPR bình thường phải lớn hơn 1 ^[4] . Nếu $CPR < 1$, có thể tiên đoán tình trạng: suy thai, giảm pH máu cuống rốn và tăng tỷ lệ nhập đơn vị chăm sóc tích cực nhi sơ sinh ^[3] . – CPR là một yếu tố tiên đoán kết cục xấu của IUGR khởi phát muộn ^[3] .

QUẢN LÝ, XỬ TRÍ VÀ THỜI ĐIỂM CHẤM DỨT THAI KỲ Ở THAI GIỚI HẠN TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG KHỞI PHÁT SỚM

Những chứng cứ từ nghiên cứu TRUFFLE (Trial of Randomized Umbilical and Fetal Flow in Europe)^[2] cho thấy việc quản lý và thời điểm chấm dứt thai kỳ dựa trên Doppler ống tĩnh mạch và cCTG (CTG điện toán) cho thấy kết cục tốt hơn mong đợi. Tuy nhiên, cCTG không phải luôn sẵn có ở các bệnh viện Sản Nhi trên thế giới. Trong trường hợp đó, bên cạnh việc đánh giá Doppler, có thể sử dụng CTG truyền thống và điểm số BPP (trắc đồ sinh vật lý). Nếu thai nhi mất đi các cử động lớn của cơ thể (gross body movement) kèm theo thay đổi các chỉ số Doppler ống tĩnh mạch, có thể dự báo pH máu cuống rốn thai nhi < 7,2. Nếu thai nhi mất đi trương lực cơ thì có thể dự báo pH máu cuống rốn < 7,0.

Tần suất thực hiện siêu âm Doppler là mỗi 2 – 3 ngày khi mất hoặc đảo ngược sóng cuối tâm trương động mạch rốn^[5].

Khoảng 70% phụ nữ với thai kỳ FGR khởi phát sớm sẽ biểu hiện triệu chứng của nhóm bệnh lý tăng huyết áp trong thai kỳ, chủ yếu là tiền sản giật. Do đó, cần đo huyết áp thường quy, định lượng protein/creatinin niệu, đánh giá chức năng gan, thận nền của những bệnh nhân này^[5]. Việc đánh giá PlGF có thể hữu ích nhưng hiệu quả của nó trong việc chẩn đoán và xử trí FGR vẫn chưa được nghiên cứu rõ ràng.

Corticosteroid dự phòng suy hô hấp sơ sinh được khuyến cáo sử dụng nếu dự đoán nguy cơ sinh trước 34 tuần^[1]. Tuy nhiên, RCOG (Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoàng Gia Anh) khuyến cáo có thể sử dụng corticosteroid lên đến 35⁺⁶ tuần.

Magnesium sulfate dự phòng đã được chứng minh có vai trò bảo vệ thần kinh thai nhi trong trường hợp sinh non, tuy nhiên, ngưỡng tuổi thai thích hợp để sử dụng vẫn chưa được thống nhất. Nhiều nghiên cứu khuyến cáo sử dụng magnesium sulfate ở thai FGR khởi phát sớm tại thời điểm < 32 – 33 tuần, < 32 tuần, < 30 tuần, hoặc < 29 tuần^[5].

Nghiên cứu TRUFFLE^[2] là thử nghiệm ngẫu nhiên lớn nhất đánh giá thời điểm chấm dứt thai kỳ ở trường hợp FGR sớm và dựa trên ba nhánh nghiên cứu ngẫu nhiên: những thay đổi sớm trên Doppler ống tĩnh mạch (PI ống tĩnh mạch > bách phân vị 95), những thay đổi muộn trên Doppler ống tĩnh mạch (sóng a ở ngay đường cơ bản hoặc âm) và giảm dao động nội tại ngắn hạn (STV) trên cCTG (< 3,5 ms trước 29 tuần và < 4,0 ms sau đó). Ngoài ra, trong cả ba nhóm, tiêu chí an toàn đã được áp dụng nhằm chấm dứt thai kỳ ngay khi có:

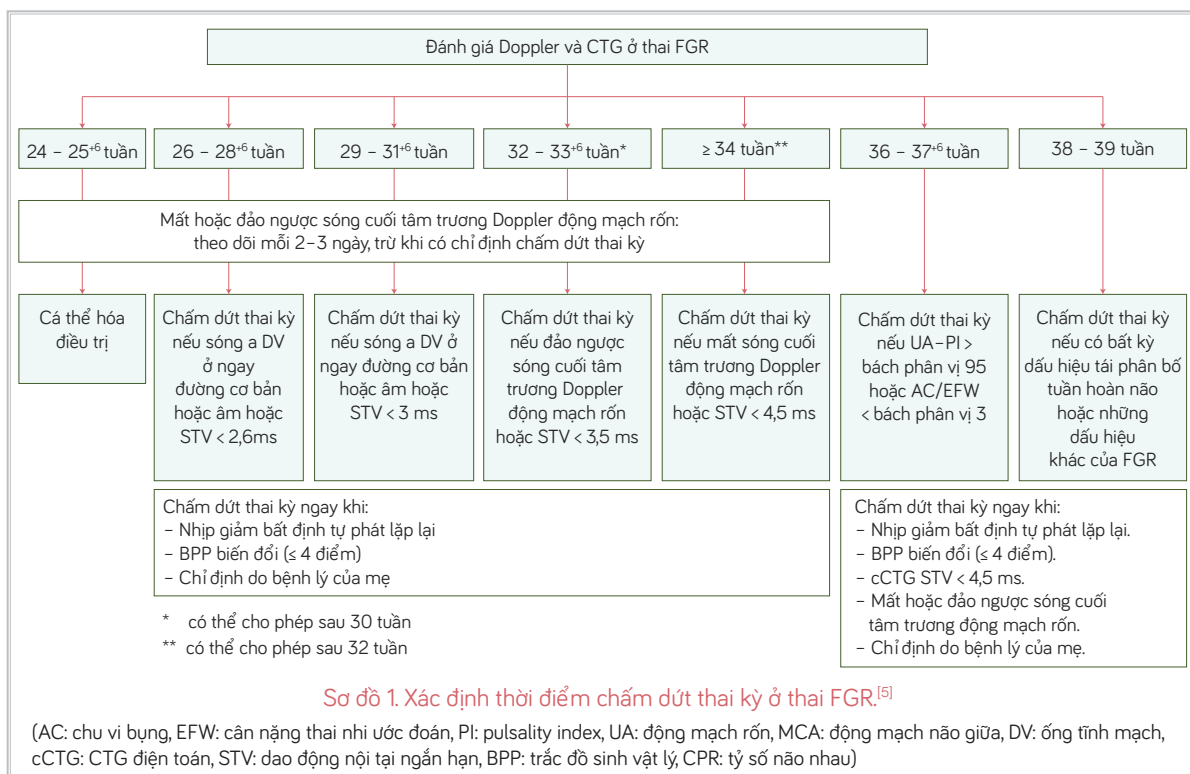
- Nhịp giảm bất định tự phát lặp lại hàng định ở cả ba nhóm.
- Hoặc STV < 2,6 ms ở thai 26 – 28⁺⁶ tuần và < 3,0 ms ở thai 29 – 31⁺⁶ tuần.

Nghiên cứu TRUFFLE khuyến cáo chấm dứt thai kỳ nếu thai trên 32 tuần có đảo ngược sóng cuối tâm trương động mạch rốn (có thể cho phép sau 30 tuần) hoặc thai trên 34 tuần mất sóng cuối tâm trương động mạch rốn (có thể cho phép sau 32 tuần)^[2].

Nếu cCTG không có sẵn hoặc không được sử dụng, thời điểm chấm dứt thai kỳ nên dựa trên sự kết hợp Doppler (chủ yếu là các chỉ số Doppler ống tĩnh mạch trước 30 tuần) và CTG truyền thống hoặc BPP^[5]. Việc chấm dứt thai kỳ được đặt ra khi có nhịp giảm tự phát lặp lại, hoặc thay đổi các chỉ số Doppler ống tĩnh mạch, hoặc mất /đảo ngược sóng cuối tâm trương động mạch rốn, hoặc thay đổi BPP, hoặc chỉ định do bệnh lý của mẹ (khuyến cáo dựa trên đồng thuận ISUOG 8/2020^[5]).

QUẢN LÝ, XỬ TRÍ VÀ THỜI ĐIỂM CHẤM DỨT THAI KỲ Ở THAI GIỚI HẠN TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG KHỞI PHÁT MUỘN

Như đã đề cập ở trên, những thay đổi trên Doppler động mạch rốn và ống tĩnh mạch không giúp dự báo các kết cục bất lợi ở những thai FGR khởi phát muộn. Cơ sở lý luận của việc sử dụng CPR là chúng ta có thể xác định những thay đổi tinh tế giữa tuổi thai và tuổi máu não, thay vì chỉ đánh giá một tham số duy



nhất^[5]. Và CPR cũng được chứng minh giúp cải thiện những kết cục chu sinh xấu của thai FGR muộn^[3]. Các bất thường đặc trưng của thai FGR khởi phát muộn bao gồm thay đổi nhịp thở của thai nhi, giảm thể tích nước ối và mất những đáp ứng của nhịp tim thai nhi trên CTG truyền thống. Tuy nhiên, ở những thai nhi FGR muộn, BPP thường chỉ trở nên bất thường trong thời gian ngắn ngay trước khi thai chết lưu, do đó, nó không hữu ích trong việc xác định thời điểm nào nên chấm dứt thai kỳ^[5].

Thử nghiệm can thiệp ngẫu nhiên duy nhất trên thai FGR ở thời điểm gần đủ tháng là nghiên cứu DIGITAT (Disproportionate Intrauterine Growth Intervention Trial At Term)^[8]. Nghiên cứu so sánh ảnh hưởng của khởi phát chuyển dạ so với theo dõi chờ đợi ở các trường hợp đơn thai trên 36 tuần nghi ngờ FGR. Nghiên cứu này không tính đến bất kỳ chỉ số Doppler nào và thông số Doppler duy nhất được báo cáo là mất sóng cuối tâm trương động mạch rốn (hiện diện ở 14/650 trường hợp mang thai). Khởi phát chuyển dạ, so với theo dõi chờ đợi, không ảnh hưởng đến tỷ lệ kết cục xấu ở trẻ sơ sinh hoặc kết quả phát triển thần kinh và hành vi ở thời điểm

trẻ 2 tuổi, ngoại trừ ở trẻ có cân nặng lúc sinh dưới bách phân vị thứ 3. Hơn nữa, nó không ảnh hưởng đến tỷ lệ sinh giúp và mổ lấy thai. Trong nhóm khởi phát chuyển dạ, nhiều trẻ sơ sinh phải chăm sóc ở mức độ trung bình, nhưng tỷ lệ này giảm khi chỉ xem xét khởi phát chuyển dạ sau 38 tuần. Ở nhóm theo dõi chờ đợi, tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng dưới bách phân vị 3 lớn hơn và tỷ lệ phụ nữ tiến triển triệu chứng tiền sản giật cũng cao hơn. Dựa trên những phát hiện này, việc khởi phát chuyển dạ cho những thai nghi ngờ FGR sau 38 tuần không liên quan đến tăng tỷ lệ sinh giúp hoặc mổ lấy thai, không làm tăng kết cục xấu sơ sinh cũng như kết cục của trẻ 2 năm sau đó, nhưng giúp giảm tỷ lệ trẻ có cân nặng lúc sinh cực thấp và giảm tỷ lệ tiền sản giật.

Ý kiến chuyên gia^[5]

Ở thai FGR muộn và có các dấu hiệu tái phân phối lưu lượng máu não, việc chấm dứt thai kỳ nên được xem xét vào khoảng 38 tuần và không muộn hơn 38⁺⁶ tuần. Ở những thai kỳ có FGR muộn và PI động mạch rốn trên BPV 95, việc chấm dứt thai kỳ nên được xem xét vào khoảng 36 tuần và không muộn hơn 37⁺⁶ tuần.

Tóm tắt một số khuyến cáo dựa trên ý kiến đồng thuận của các chuyên gia trong hướng dẫn thực hành mới nhất của ISUOG 8/2020^[5] (Bảng 3)

Bảng 3. Tóm tắt một số khuyến cáo dựa trên ý kiến đồng thuận của các chuyên gia trong hướng dẫn thực hành mới nhất của ISUOG 8/2020.^[5]

Khuyến cáo	FGR khởi phát sớm	FGR khởi phát muộn	Thai nhỏ so với tuổi thai
Quản lý	Cần được quản lý và theo dõi ở nơi có đơn vị chăm sóc tích cực sơ sinh mức độ cao nhất.	-	-
Corticosteroid dự phòng	Được khuyến cáo nếu dự đoán sinh trước 34 tuần.		
Đánh giá	Doppler (UA, MCA, DV) cCTG-STV BPP	Doppler (UA, MCA, tỷ số CPR) cCTG-STV	Doppler (UA, MCA, tỷ số CPR)
Theo dõi	Dựa trên mức độ nặng của FGR và UA Doppler	Dựa trên mức độ nặng của FGR; UA và MCA Doppler	Doppler (UA, MCA, tỷ số CPR) mỗi tuần khi > 36 tuần
- UA-PI > BPV 95	Tối thiểu phải đánh giá mỗi tuần	2 lần / tuần	-
- Mất/đảo ngược sóng cuối tâm trương động mạch rốn	Mỗi 2 - 3 ngày	-	-
- Tái phân bố tuần hoàn não	-	2 lần / tuần	-

(UA: động mạch rốn, MCA: động mạch não giữa, DV: ống tĩnh mạch, cCTG: CTG điện toán, STV: dao động nội tại ngắn hạn, BPP: trắc đồ sinh vật lý, CPR: tỷ số não nhau)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics and the Society for Maternal-Fetal Medicine. ACOG Practice Bulletin No. 204: Fetal Growth Restriction, Obstet Gynecol 2019; 133: e97-109.
- Bilardo CM, Hecher K, Severe fetal growth restriction at 26-32 weeks: key messages from the TRUFFLE study, Ultrasound Obstet Gynecol 2017; 50: 285-290.
- Gordijn SJ, Beune IM, Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure, Ultrasound Obstet Gynecol 2016; 48: 333-339.
- ISUOG Practice Guidelines: Use of Doppler ultrasonography in obstetrics, Ultrasound Obstet Gynecol, 2013, 41(2): 233-9.
- ISUOG Practice Guidelines: Diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction, 2020, 56: 298-312.
- Mary E. Norton, Vickie A. Feldstein, Callen's Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology, 6th edition, Elsevier, 2017.
- Steven G. Gabbe, Obstetrics Normal and Problem Pregnancies, 7th ed, Elsevier, 2017.
- Vijgen SM, Boers KE, Induction versus expectant monitoring for intrauterine growth restriction at term: randomised equivalence trial (DIGITAT), BMJ 2010; 341: c7087.

Cùng chủ đề của bài viết "**Chẩn đoán, xử trí và thời điểm chấm dứt thai kỳ ở thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung**" của BS. CKI Trần Thị Minh Châu, kính mời quý đồng nghiệp tham khảo bài dịch "**Hướng dẫn thực hành từ ISUOG: chẩn đoán và quản lý thai nhỏ so với tuổi thai và thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung**" của BS. CKI Lê Tiểu My. Bài được biên dịch từ "ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction. Ultrasound Obstet Gynecol 2020; 56: 298-312. DOI: 10.1002/uog.22134".



➡ Tiếp theo bài
ở trang 11 ➡

THỜI ĐIỂM VÀ CÁCH THỨC CHẤM DỨT THAI KỲ Ở THAI PHỤ CÓ RỐI LOẠN TĂNG HUYẾT ÁP

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Steeegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. Lancet 2010; 376: 631-44. (Level III)
- Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol. 2020 Jun;135(6):e237-e260.
- National Collaborating Centre for Women and Children Health. Hypertension in Pregnancy: The Management of Hypertensive Disorders During Pregnancy, RCOG Press, London 2010.
- Ukah, Ugochi Payne, Beth; Hutcheon, Jennifer; Ansermino, Mark Ganzevoort, Wessel; Thangaratnam, Shakila; Magee, Laura; von Dadelszen, Peter. (2018). Assessment of the fullPIERS Risk Prediction Model in Women With Early-Onset Preeclampsia. Hypertension. 71. HYPERTENSIONAHA.117.10318.
- Magee LA, Yong PJ, Espinosa V, Cote AM, Chen I, von Dadelszen P. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: a structured systematic review. Hypertens Pregnancy 2009; 28: 312-47. (Systematic Review)
- Sibai BM, Barton JR. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications. Am J Obstet Gynecol 2007;196(6):514. e1-514.e9.
- American College of Obstetricians and Gynecologists & #39; Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2019; 133: e26.
- Alanis MC, Robinson CJ, Hulsey TC, Ebeling M, Johnson DD. Early-onset severe preeclampsia: induction of labor vs elective cesarean delivery and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2008;199:262.e1-6. (Level II-3)
- Sibai BM. Evaluation and management of severe preeclampsia before 34 weeks' gestation. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine. Am J Obstet Gynecol 2011; 205:191-8. (Level III)
- Hoodbhoy, Payne, Beth. (2016). The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertension.