

# 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 Vinh 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 < Sẩy 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



# NHỮNG ẢNH HƯỞNG DÀI HẠN CỦA SINH NON



**Lê Tiểu My**

Bệnh viện Mỹ Đức

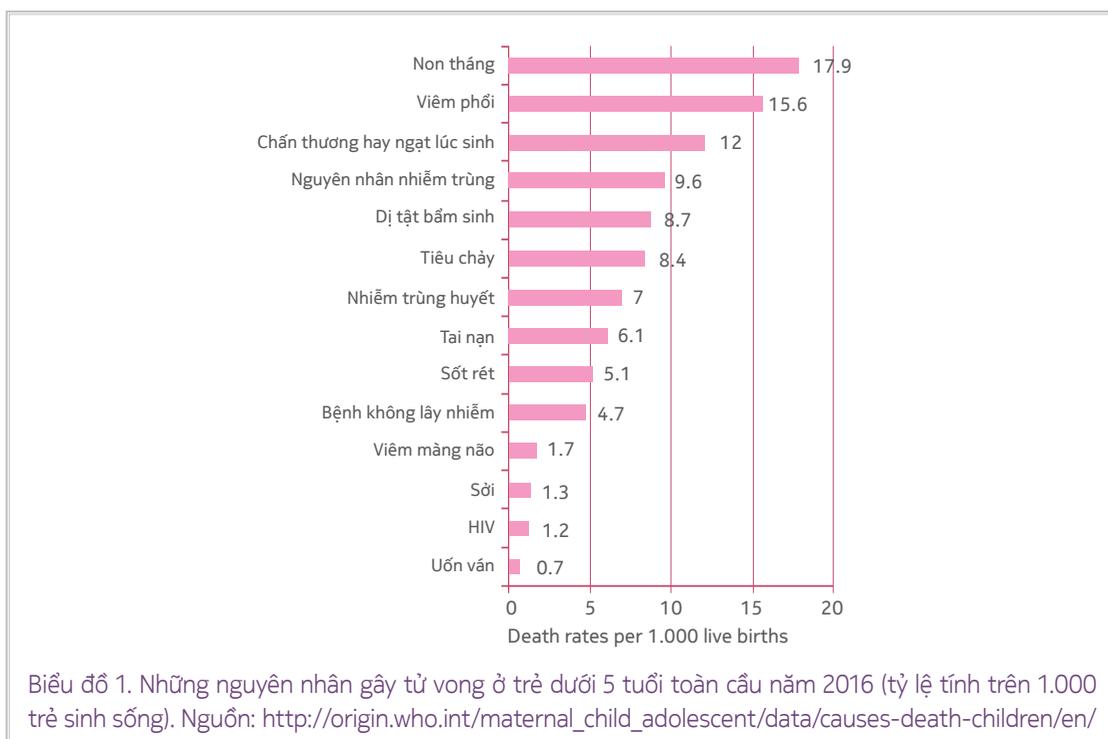
Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), với tỷ lệ sinh non hiện nay khoảng hơn 10% thì mỗi năm trên toàn thế giới ước tính có khoảng 15 triệu trẻ sinh non tháng ra đời. Những dữ liệu thống kê tin cậy đều cho thấy tỷ lệ sinh non ngày càng gia tăng ở mỗi quốc gia trong 20 năm gần đây. Việt Nam tuy không nằm trong nhóm tỷ lệ trẻ sinh non cao nhưng lại thuộc nhóm 42 quốc gia có tỷ lệ tử vong ở trẻ sinh non cao trên thế giới (WHO, 2016).

Một thai kỳ kết thúc non tháng không chỉ dẫn đầu về tỷ lệ bệnh và tử vong chu sinh mà còn là những vấn đề sức khỏe lâu dài cho bản thân trẻ,

gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội. Sinh non không chỉ là nguyên nhân hàng đầu của bệnh và tử vong trong 5 năm đầu, hơn thế nữa, những ảnh hưởng dài hạn về sức khỏe của trẻ sinh non thật sự đáng quan tâm.

## TỶ LỆ TỬ VONG

Mỗi năm có hơn 1 triệu trẻ sơ sinh tử vong vì sinh non. Non tháng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ trong tháng đầu sau sinh và là một trong hai nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ trong 5 năm đầu đời cùng với viêm phổi (WHO, 2016).



Trong số những trẻ sinh cực non (được định nghĩa theo WHO là < 28 tuần), trẻ tử vong vài ngày đầu sau sinh xảy ra không quá 10% ở các nước có thu nhập cao, trong khi đó > 90% ở các nước có mức thu nhập thấp. Tỷ lệ tử vong ở trẻ non tháng có khuynh hướng ngày càng giảm nhờ sự thay đổi trong thực hành chăm sóc tích cực sơ sinh, sự phát triển của các kỹ thuật thở máy, sử dụng surfactant và steroid trước sinh.

## HỒ HẤP

Sự phát triển nhanh chóng của các kỹ thuật thở máy cùng với việc sử dụng surfactant ngoại sinh cũng như steroid trước sinh góp phần làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong do suy hô hấp ở trẻ non tháng. Để đánh giá những ảnh hưởng lâu dài lên hô hấp của trẻ sinh non cần đánh giá được các bệnh lý phổi mãn, bệnh lý phổi sơ sinh nặng và mức độ trưởng thành phổi.

### Sự trưởng thành phổi

Sự trưởng thành phổi thai nhi về mặt sinh hoá diễn tiến theo tuổi thai. Chất bề mặt – surfactant bắt đầu được dự trữ khi thai khoảng 22 – 24 tuần tuổi. Thể tích phổi thai nhi tăng gấp 4 lần trong khoảng tuổi thai 29 tuần đến lúc đủ tháng. Sinh non làm tiến trình trưởng thành phổi chưa kịp hoàn tất, phổi giảm chức năng sinh lý và tăng khả năng tổn thương do không đủ surfactant cả về số lượng lẫn chất lượng, trao đổi khí kém và chậm hấp thu dịch phổi. Thiếu surfactant là một trong những nguyên nhân chính gây suy hô hấp sơ sinh. Không giống như những trẻ khỏe mạnh bình thường có chức năng phổi phát triển tăng dần đến giai đoạn trưởng thành, ở trẻ sinh non do tổn thương phổi sớm và sự phát triển bất thường dẫn đến hạn chế và suy giảm sớm chức năng phổi. Dù chưa đủ dữ liệu chứng minh nhưng lý do này có thể lý giải phần nào giả thiết tỷ lệ bệnh lý hô hấp tăng ở giai đoạn đầu tuổi thiếu niên của những em bé sinh non.

### Loạn sản phế quản phổi

Là tình trạng bệnh lý phổi mãn tính gây ra do tổn thương phổi, phổ biến ở trẻ sơ sinh non tháng, đặc biệt là những trẻ có trọng lượng dưới 1.000 gram lúc mới sinh. Nguyên nhân chính xác của loạn sản

phế quản phổi vẫn chưa được xác định rõ, nhưng trẻ sinh quá sớm, suy hô hấp nặng, nhiễm trùng chu sinh, đặc biệt là sử dụng oxy lâu ngày, sử dụng máy thở đều là những yếu tố có vai trò quan trọng trong sự phát triển của loạn sản phế quản phổi.

## Chức năng hô hấp

Hội chứng suy hô hấp (respiratory distress syndrome – RDS) là nguyên nhân chính gây tử vong sơ sinh sớm và tàn tật ở trẻ (Haram và cs, 2003), đặc biệt ở trẻ sinh non trước 32 tuần. Nguy cơ suy hô hấp và tử vong sơ sinh càng giảm khi tuổi thai lúc sinh càng lớn.

Ngoài ra, trẻ sinh non còn đối diện nguy cơ nhiễm trùng hô hấp do phổi kém trưởng thành. Trẻ sinh khoảng tuổi thai 33 – 36 tuần tăng gấp đôi nguy cơ nhập viện vì nhiễm virus hợp bào hô hấp (RSV – respiratory syncytial virus) so với trẻ sinh đủ tháng (Resch và cs, 2011).

Những nghiên cứu về chức năng hô hấp ở trẻ sinh non đánh giá thể tích thở ra gắng sức (forced expiration volume – FEV1) cho thấy trẻ sinh non có FEV1 giảm có ý nghĩa thống kê so với trẻ đủ tháng. Nghiên cứu ALSPAC của Kotecha SJ và cộng sự, cho thấy FEV1 ở trẻ 8 – 9 tuổi giảm có ý nghĩa ở cả hai nhóm sinh non 32 – 34 tuần và sinh cực non 25 – 32 tuần. Trong khi đó, trẻ sinh ở tuổi thai 35 – 36 tuần FEV1 lại tương đương nhóm chứng, kể cả khi phân tích ở phân nhóm trẻ 14 – 17 tuổi. Hơn thế nữa, chức năng hô hấp càng giảm khi trẻ sinh non và có loạn sản phế quản phổi đi kèm, kéo dài đến tuổi thanh thiếu niên (Todisco và cs, 1993).

## THẦN KINH

### Bại não

Tỷ lệ bại não ở trẻ sinh non liên quan đến tuổi thai lúc sinh. Tổng quan hệ thống của 25 nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bại não ở nhóm trẻ sinh từ 22 – 27 tuần khoảng 14,6%, 6,2% ở nhóm 28 – 31 tuần và khoảng 0,7% ở nhóm 32 – 36 tuần. Trẻ sinh đủ tháng tỷ lệ này khoảng 0,1%. Bất kể bại não diễn tiến hay không, trẻ có tử vong hay không thì số ca bại não cũng có khuynh hướng gia tăng do tỷ lệ sinh cực non tăng (Himpens và cs, 2008).

### **Khiếm khuyết vận động không do bại não**

Những trẻ sinh sớm không bại não cũng gặp phải nhiều vấn đề về vận động như thăng bằng, phối hợp, vận động tinh và vận động thô... Trẻ sinh non tăng từ 3 – 4 lần nguy cơ rối loạn phát triển phối hợp so với dân số chung (William và cs, 2012).

### **NGÔN NGỮ**

Những ảnh hưởng của sinh non về ngôn ngữ của trẻ có thể gặp là khả năng diễn đạt từ ngữ, chậm nói, khả năng tiếp nhận và xử lý từ ngữ, giảm ghi nhớ ngữ âm. Từ đó có thể ảnh hưởng đến những kỹ năng quan trọng khác như khả năng chú ý tổng quát, giao tiếp xã hội... Những tổn thương này được cho rằng do tổn thương não bộ khi tiếp xúc môi trường ngoài tử cung quá sớm. Nguồn gốc của sự phát triển ngôn ngữ bắt đầu khi thai khoảng 26 tuần trong tử cung. Khi đó, trẻ có khả năng tiếp nhận, phản ứng và ghi nhớ tiếng nói của mẹ. Sinh non làm gián đoạn sự phát triển của quá trình này, trẻ sau sinh nằm viện lâu ngày tiếp nhận những âm thanh bất thường khi được chăm sóc nội trú, ít hoặc không có cơ hội nghe giọng nói của mẹ nên chức năng nghe – nói bị ảnh hưởng (Deregner và cs, 2002).

### **SỨC KHỎE TỔNG QUÁT**

#### **Thính lực – thị lực**

Tổn thương thần kinh cảm giác, ảnh hưởng thính lực và thị lực suốt đời là một trong những ảnh hưởng quan trọng của sinh non. Trẻ sinh cực non thường đối diện nguy cơ bệnh lý võng mạc. Tỷ lệ khiếm thị và thị lực giảm nghiêm trọng càng tăng khi tuổi thai lúc sinh càng thấp. Trẻ sinh trước 25 tuần tỷ lệ tổn thương thị giác khoảng 4 – 8%, trong khi đó nếu sinh khoảng 26 – 27 tuần tỷ lệ này khoảng 2% (Farooqi và cs, 2006). Trẻ sinh cực non tăng nguy cơ cận thị và viễn thị sớm, khoảng 20 – 30%. Ngoài ra, tỷ lệ bệnh lý bong võng mạc cũng tăng cao ở nhóm trẻ có trọng lượng lúc sinh < 1.000 g (cực nhẹ cân – ELBWW) (Marlow và cs, 2005).

So với suy giảm thị lực thì nguy cơ giảm thính lực ở trẻ sinh non xảy ra với tỷ lệ thấp hơn, dao động trong khoảng 1 – 4% (Marlow và cs, 2005; Hack và cs, 2002). Giảm thính lực cũng liên quan đến

giảm khả năng nhận biết ngôn ngữ và phân biệt âm thanh.

### **Nhiễm trùng**

Nguy cơ nhiễm trùng đều tăng ở bất kỳ nhóm sinh non nào và cả ở trẻ trọng lượng lúc sinh thấp. Khởi phát nhiễm trùng sớm liên quan chủ yếu nhiễm trùng gram dương khoảng 66%, gram âm khoảng 27%. Khởi phát nhiễm trùng muộn cũng liên quan chủ yếu là nhiễm trùng gram dương (khoảng 59%) (Cohen-Wolkowier và cs, 2009; Hornik CP và cs, 2012).

### **Xương**

Sinh non làm tăng nguy cơ loãng xương và giảm khối lượng xương (bone mass), từ đó tăng nguy cơ gãy xương khi lớn lên. Trẻ sinh non thiếu giai đoạn chính của lắng đọng canxi, giảm tỷ trọng xương cổ và cột sống so với trẻ sinh đủ tháng (Hovi và cs, 2009). Nguyên nhân chủ yếu là do 80% canxi bắt đầu quá trình lắng đọng ở tam cá nguyệt cuối của thai kỳ, sinh trước hạn làm cho sự phát triển của xương chưa hoàn chỉnh.

(Bảng 1)

### **KẾT LUẬN**

Sự phát triển của chăm sóc tích cực sơ sinh góp phần cải thiện đáng kể tỷ lệ bệnh và tử vong ở nhóm trẻ sinh non. Dù vẫn còn nhiều dữ liệu gây tranh cãi, tuy nhiên dự hậu trẻ sinh non có thể khá hơn chúng ta tiên đoán. Chăm sóc trẻ sơ sinh là gánh nặng về kinh tế và y tế. Dựa vào số liệu hiện tại và phân tích sự khác biệt ở các nước, chúng ta có thể thấy mục tiêu rộng hơn đối với vấn đề sinh non trên toàn thế giới:

- Thứ nhất: thu hẹp khoảng tỷ lệ sống của trẻ sinh non ở các nước thu nhập thấp – trung bình so với các nước phát triển thông qua cải thiện chăm sóc sơ sinh và sản khoa.
- Thứ hai: thúc đẩy phát triển các phương pháp dự phòng sinh non.

Theo dõi sức khỏe dài hạn của trẻ sinh non vẫn còn là vấn đề chính yếu tiếp tục được nghiên cứu và đánh giá.

Bảng 1. Tóm tắt kết cục sức khỏe tổng quát của trẻ sinh non.

Thính lực và thị lực	Nhiễm trùng	Xương	Chất lượng cuộc sống	Chức năng khi trưởng thành
Bệnh lý võng mạc do non tháng	Tăng nguy cơ nhiễm trùng	Giảm khối lượng xương	Không tàn tật: chất lượng cuộc sống không ảnh hưởng	Giảm tỷ lệ hoàn thành chương trình giáo dục ở trường
Giảm thị lực	Khởi phát nhiễm trùng sớm: nhiễm trùng gram âm	Loãng xương	Có tàn tật: chất lượng cuộc sống giảm	Thu nhập từ nghề nghiệp thấp, một phần do thiếu năng
Cận thị, viễn thị			Giảm sức khỏe tâm thần	Tỷ lệ thất nghiệp cao
Lác (lê) mắt	Khởi phát nhiễm trùng muộn: nhiễm trùng gram dương	Tăng nguy cơ gãy xương khi trưởng thành	Giảm chức năng kinh tế - xã hội	Giảm khả năng sinh sản
Tăng nguy cơ bong võng mạc			Giảm sức khỏe và khả năng sinh lý	Ở nữ: tăng nguy cơ sinh non
Giảm khả năng xử lý âm thanh				

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Preterm birth - WHO fact sheet Feb 2018 - <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Grace Eunjin Lee and Kent Willis - Long term effects of Preterm birth - The long term impact of medical complications in pregnancy, series in maternal - fetal medicine 2017.
3. Resch B, Paces B. Are late preterm birth infants susceptible to RSV infection as fullterm infants? Early Hum Dev. 2011; 87
4. Kotecha SJ, Watkins WJ et al., Effect of late preterm birth on longitudinal lung spirometry in school age children and adolescent. Thorax. 2012; 67 (1): 54-61
5. Himpens E, Vanden Broeck C, Oostra A, Calders P, Vanheesebrouck P. Prevalence, type, distribution, and severity of cerebral palsy in relation to gestational age: a meta analysis review. Dev Med Child Neuro. 2008; 50(5):334-40.
6. Williams J, Lee KJ, Anderson PJ. Prevalence of motor skill impairment in preterm children who do not develop cerebral palsy: a systematic review. Dev Med Child Neuro. 2010; 52 (3):232-7
7. Farooqi A, Hagglof B, Sedin G, Gotherfors L, Serenius F. Chronic conditions, functional limitations, and special health care need in 10 to 12 year old children born at 23 - 25 weeks' gestation in the 1990s: A Swedish national prospective follow up study, Pediatrics 2006; 118 (5)
8. Marlow N, Wolke D, Bracewell MA, Samara M, EPICure study group. Neurologic, and development disability at six year of age after extremely preterm birth. N Engl J med2005; 352(1): 9-19
9. Hack M, Fflanery DJ, Schluchter M, Cartar L, Borawski E, Klein N. Outcomes in young adulthood for very low birth weight infants. N Engl J Med 2002; 346(3): 149-57
10. Hornik CP, Fort P, Clark Rh et al. Early and late onset sepsis in very low birth weight infant from a large group of neonatal intensive care unit. Ear Hum Dev. 2012; 88: S69

### Tiếp theo → CHĂM SÓC TRẺ NON THÁNG trang 57

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi đồng 1. Nhà xuất bản Y học. (2013)
2. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et. al. (1991). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatrics 119:417-423.
3. Cifuentes J, Bronstein J, Phibbs CS, Phibbs RH, Schmitt SK, Carlo WA. Mortality in low birth weight infants according to level of neonatal care at hospital of birth. Pediatrics. 2002 May;109(5):745-51.
4. Committee on Fetus and Newborn. (2012). Policy Statement: Level of Neonatal Care. Pediatrics 130(3):587-597.
5. Fanaroff AA1, Hack M, Walsh MC. (2003). The NICHD neonatal research network: changes in practice and outcomes during the first 15 years. Semin Perinatol. 27(4):281-7.
6. HK Oatley1 , H Blencowe1,2 and JE Lawn. (2016). Systematic reviews: The effect of coverings, including plastic bags and wraps, on mortality and morbidity in preterm and full-term neonates. Journal of Perinatology 36, S82-S88; doi:10.1038/jp.2016.35.
7. MJ Sankar, N Gupta, K Jain, R Agarwal and VK Pau. (2016). Efficacy and safety of surfactant replacement therapy for preterm neonates with respiratory distress syndrome in low- and middle-income countries: a systematic review. Journal of Perinatology 36, S35-S47; doi:10.1038/jp.2016.31.
8. Morley CJ, Davis PG, Doyle LW, et al. (2008). Nasal CPAP or intubation at birth for very preterm infants. N Engl J Med. 14;358(7):700-8. doi: 10.1056/NEJMoa072788.
9. Neonatal Resuscitation Textbook, 7th Edition (2016).
10. R J Baer, E E Rogers, J C Partridge, J G Anderson, M Morris, M Kuppermann, L S Franck, L Rand and L L Jelliffe-Pawloski. (July, 2016). Population-based risks of mortality and preterm morbidity by gestational age and birth weight. Journal of Perinatology | doi:10.1038/jp.2016.118.
11. Richard A. Polin and Waldeman A. Carlo. (2014). Surfactant replacement therapy for Preterm and Term neonates with Respiratory distress. Pediatrics, 133:156-163.
12. Waldemar A. Carlo et al, (2010). High Mortality Rates for Very Low Birth Weight Infants in Developing Countries Despite Training. Pediatrics, Vol. 126, N.5, e1072-e1080; DOI: 10.1542/peds.2010-118.