

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



QUẢN LÝ THAI KỲ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH THEO NHÓM NGUY CƠ

Bùi Quang Trung

Bệnh viện Mỹ Đức



Trong bài viết ở *Y học sinh sản 47*, chúng ta đã biết khi tiếp cận với một phụ nữ đang chuẩn bị mang thai có tình trạng tăng huyết áp mạn tính đã biết trước đó hay mới được chẩn đoán, việc đầu tiên là cần xác nhận hay loại trừ tăng huyết áp thứ phát, thực hiện các khảo sát để đánh giá tình trạng các cơ quan đích, các vấn đề bệnh lý kèm theo... Đối với những thai phụ chưa có những khảo sát trước khi mang thai chúng ta cần tiến hành đầy đủ những bước đánh giá này trong giai đoạn sớm của thai kỳ (ACOG – American College of Obstetricians and Gynaecologists, 2012; ACOG, 2013; Ankumah và cs, 2017).

Việc quản lý thai kỳ tăng huyết áp mạn tính sau giai đoạn đánh giá quan trọng này là nội dung chính được đề cập trong bài viết tiếp theo này.

DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT GHÉP TRÊN NỀN TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH

Trong vài thập kỷ trở lại đây, nhiều biện pháp khác nhau (như điều chỉnh chế độ ăn, chế độ vận động, giảm cân, vitamin, các chất chống oxy hóa, các thuốc kháng đông và chống ngưng tập tiểu cầu như heparin hay aspirin liều thấp...) đã được nghiên cứu áp dụng trong dự phòng tiền sản giật cho các thai phụ nguy cơ cao, trong đó có nhóm thai phụ bị tăng huyết áp mạn tính. Đặc biệt, aspirin là biện pháp dự phòng cho thấy được lợi ích rõ ràng nhất (ACOG, 2013; Henderson và cs, 2014).

Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu vừa được công bố đánh giá về hiệu quả của điều trị dự phòng tiền sản giật ở thai phụ tăng huyết áp mạn tính theo khuyến cáo của Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) năm 2016 so với thời điểm chưa có khuyến cáo này (ACOG, 2016). Trong số 715 thai phụ có tăng huyết áp mạn tính đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, có 80 thai kỳ sau khi khuyến cáo ra đời và 635 thai kỳ trước khi khuyến cáo ra đời không khác biệt về các đặc điểm nhân khẩu học. Aspirin 81 mg được sử dụng sau khi khuyến cáo ra đời. Kết quả, tỷ lệ tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn tính sau khi khuyến cáo ra đời là 25% (20/80), thấp hơn 57% so với trước khi khuyến cáo ra đời (37%, 232/635) (OR 0,43; KTC 95%, 0,26 – 0,73). Đồng thời, phân tích còn cho thấy hiệu quả đạt cao nhất khi thai phụ không có các yếu tố nguy cơ khác, với tỷ lệ tương ứng 4/41 (10%) so với 106/355 (30%) (OR 0,25; KTC 95%, 0,08 – 0,73). Đặc biệt, tiền sản giật nặng cũng giảm nhiều 2/41 (5%) so với 65/355 (18%) (OR 0,22; KTC 95%, 0,54 – 0,97) (Banala và cs, 2018).

QUẢN LÝ THAI KỲ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH NGUY CƠ THẤP

Đối với thai phụ nhóm nguy cơ thấp, không có chỉ định sử dụng thuốc điều trị hạ huyết áp khi huyết áp tâm thu < 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương < 105 mmHg (ACOG, 2013). Với nhóm thai phụ này, các biện pháp điều trị không

dùng thuốc như chế độ ăn uống có lợi (nhiều rau, trái cây, chất xơ, giảm chất béo...), và vận động phù hợp được khuyến cáo tiếp tục duy trì như giai đoạn trước khi mang thai. Những biện pháp này góp phần không nhỏ giúp ổn định tình trạng tăng huyết áp của thai phụ. Trong khi đó, việc giảm cân và hạn chế muối không được khuyến cáo trong thai kỳ có tăng huyết áp mạn tính (ACOG, 2013).

Đối với nhóm thai phụ nguy cơ thấp đang điều trị thuốc hạ huyết áp trước khi mang thai, thì khi có thai việc điều trị hạ huyết áp có thể tạm ngưng. Một kết quả nghiên cứu năm 2009 cho thấy nếu tăng huyết áp mạn tính nhẹ đến trung bình và kiểm soát tốt thì không làm tăng nguy cơ tiền sản giật, sản giật khi ngưng thuốc hạ huyết áp trong tam cá nguyệt đầu tiên (Nakhai-Pour và cs, 2009). Do đó, việc ngưng điều trị thuốc hạ huyết áp khi huyết áp đã ở mức thấp hơn huyết áp mục tiêu hay thấp hơn ngưỡng cao của huyết áp mục tiêu và sử dụng lại khi huyết áp tăng lên có thể là một chọn lựa phù hợp trên thực tế lâm sàng. Tất nhiên, cần đánh giá kỹ lưỡng từng trường hợp cụ thể, đồng thời phải có quá trình giám sát chặt chẽ khi quyết định ngưng thuốc (ACOG, 2013). Gần đây, một nghiên cứu khác cho thấy việc ngưng điều trị dù không làm tăng nguy cơ tiền sản giật, suy giảm chức năng gan, cách thức chấm dứt thai kỳ, huyết khối tĩnh mạch, thai nhỏ hơn tuổi thai, thai chậm tăng trưởng trong tử cung hay tử vong sơ sinh, nhưng làm tăng nguy cơ tăng huyết áp nặng, suy giảm chức năng thận, thay đổi điện tâm đồ, nhau bong non, sinh non, trẻ phải chăm sóc đặc biệt (Rezk và cs, 2016). Với những kết quả không đồng nhất, hiện nay chưa có những khuyến cáo rõ ràng về việc tiếp tục hay ngưng điều trị. Do đó, cần thảo luận kỹ với thai phụ trước khi đưa ra quyết định tiếp tục hay ngưng điều trị (ACOG, 2013).

Thai phụ cần được hướng dẫn theo dõi và ghi chép các chỉ số huyết áp hằng ngày, đồng thời theo dõi và báo cáo lại những triệu chứng nghi ngờ tiền sản giật. Tùy thuộc tình trạng tăng huyết áp và những diễn tiến khác, có thể có chỉ định sử dụng thuốc hạ huyết áp phù hợp (ACOG, 2013; Ankumah và cs, 2017).

Lịch thăm khám phù hợp nên là mỗi 3 tuần cho

đến 28 – 30 tuần, sau đó là mỗi 2 tuần cho đến 36 tuần, rồi mỗi tuần cho đến khi chấm dứt thai kỳ. Tất nhiên, có thể thăm khám gần ngày hơn nếu tình trạng tăng huyết áp không được kiểm soát tốt (Ankumah và cs, 2017).

Về phía thai nhi, cần thực hiện tầm soát dị tật trong tam cá nguyệt đầu tiên, cũng như thực hiện các siêu âm khảo sát dị tật ở tam cá nguyệt II (Ankumah và cs, 2017). Một vấn đề cần đặc biệt quan tâm đó là nguy cơ thai hạn chế phát triển trong tử cung ở những thai phụ tăng huyết áp mạn tính. Để tầm soát nguy cơ này, việc thăm khám thai cần chú ý đo bề cao tử cung và siêu âm ước lượng trọng lượng thai nhi, tốt nhất là cần ghi chú và theo dõi trọng lượng thai nhi liên tục qua các lần khám thai (ACOG, 2013). Tần suất siêu âm như thế nào hiện chưa có khuyến cáo rõ ràng, một gợi ý là có thể nên thực hiện cùng thời điểm mỗi lần khám thai của mẹ như đã nêu ở trên, với việc theo dõi sát diễn tiến cân nặng bắt đầu từ 34 tuần (Ankumah và cs, 2017). Tốt nhất là cần phải dựa vào thực tế lâm sàng cụ thể cho mỗi thai phụ, ví dụ diễn tiến tăng huyết áp hiện tại, các vấn đề sức khỏe khác kèm theo và cả tiền sử sản khoa trước đây (ACOG, 2013). Việc phát hiện sớm và quản lý thích hợp thai hạn chế tăng trưởng trong tử cung có thể giúp giảm được 20% thai lưu (Imdad và cs, 2011).

Nếu có bằng chứng về sự tăng trưởng hạn chế của thai nhi trong tử cung thì những khảo sát về tuần hoàn nhau – thai ví dụ khảo sát siêu âm doppler động mạch rốn được khuyến cáo (ACOG, 2013; Ankumah và cs, 2017). Trong đó, khuyết dòng chảy cuối tâm trương hay dòng chảy đảo ngược là những dấu hiệu cần phải chấm dứt thai kỳ (ACOG, 2013). Ngoài ra các khảo sát sức khỏe thai nhi (nonstress test – NST) cần thực hiện ở mỗi lần thăm khám, nếu có điều kiện có thể thực hiện khảo sát sinh trắc diện vật lý (biophysical profile – BPP), đồng thời với việc hướng dẫn thai phụ theo dõi cử động của thai nhi giúp tăng cơ hội phát hiện các tình trạng nguy hiểm có thể xảy ra cho thai nhi (ACOG, 2013; Ankumah và cs, 2017).

Về thời điểm chấm dứt thai kỳ, hiện tại chưa có dữ liệu nghiên cứu về thời điểm chấm dứt thai kỳ tối ưu cho thai phụ có tăng huyết áp mạn tính để giảm

kết cục xấu cho mẹ và thai nhi. Tuy nhiên, ngoại suy từ những kết quả nghiên cứu ở nhóm thai phụ tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật, ACOG khuyến cáo với nhóm thai phụ tăng huyết áp mạn tính nguy cơ thấp việc chấm dứt thai kỳ trước 38 tuần không được khuyến cáo (ACOG, 2013). Thời điểm chấm dứt thai kỳ phù hợp được khuyến cáo là từ 38 – 39 tuần (Spong và cs, 2011; Seely và cs, 2014; Sibai, 2015; Ankumah và cs, 2017).

QUẢN LÝ THAI KỲ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH NGUY CƠ CAO

Đối với thai phụ nhóm nguy cơ cao, xu hướng theo dõi sớm thai kỳ và quản lý chặt chẽ hơn là cần thiết do kết cục thai kỳ thường nặng nề hơn cho mẹ và thai nhi, đồng thời còn có những nguy cơ tổn thương các cơ quan lâu dài. Đây cũng là chìa khóa để có một thai kỳ thành công (Sibai, 2015; Ankumah và cs, 2017).

Với nhóm nguy cơ cao này, cần duy trì thuốc hạ huyết áp nếu huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 105 mmHg. Ngưỡng huyết áp mong muốn khi điều trị các trường hợp tăng huyết áp mạn tính được ACOG khuyến cáo là từ 120 – 160 mmHg với huyết áp tâm thu và 80 – 105 mmHg với huyết áp tâm trương (ACOG, 2013). Tuy nhiên, với các trường hợp không có bằng chứng tổn thương cơ quan đích, ý kiến chuyên gia cho rằng nên duy trì ngưỡng 140 – 150 mmHg với huyết áp tâm thu và 90 – 100 mmHg với huyết áp tâm trương (Sibai, 2015). Đối với những trường hợp có bằng chứng tổn thương các cơ quan đích, ngưỡng huyết áp được khuyến cáo thấp hơn (huyết áp tâm thu < 140 mmHg và huyết áp tâm trương < 90 mmHg) để tránh diễn tiến nặng của tăng huyết áp và những biến chứng khác trong thai kỳ. Ngưỡng thấp hơn nữa không được khuyến cáo do nguy cơ giảm tuần hoàn tử cung – nhau (ACOG, 2013; Sibai, 2015; Ankumah và cs, 2017).

Về thuốc điều trị tăng huyết áp mạn tính, ngoài những lưu ý về các loại thuốc có chống chỉ định hay hạn chế sử dụng trong thai kỳ, việc lựa chọn thuốc sẽ phụ thuộc trước hết vào mục tiêu điều trị tăng huyết áp nặng, cấp tính hay điều trị duy trì, đồng thời phụ thuộc vào những tác động có thể có của thuốc lên

sức khỏe của thai phụ và thai nhi (ACOG, 2012; ACOG, 2013; Duley và cs, 2013).

Với tăng huyết áp nặng, khuyến cáo chọn lựa đầu tay là labetalol tiêm tĩnh mạch, hydralazin tiêm tĩnh mạch, hoặc nifedipin uống (ACOG, 2013; ACOG, 2017). Tổng quan hệ thống của Cochrane cho thấy không đủ bằng chứng về sự an toàn vượt trội hay hiệu quả vượt trội của bất kỳ thuốc nào trong số ba loại này (Duley và cs, 2013). Do đó, việc chọn lựa một loại thuốc cụ thể sẽ phụ thuộc vào sự quen thuộc và kinh nghiệm của bác sĩ điều trị, tác dụng phụ cũng như chống chỉ định của mỗi loại thuốc, tính sẵn có và chi phí (ACOG, 2013). Để điều trị duy trì tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ, các thuốc được khuyến cáo lựa chọn đầu tay là labetalol đường uống, nifedipin phóng thích chậm và methyl dopa (ACOG, 2012; ACOG, 2013).

Ngoài những lưu ý tương tự như đã phân tích ở phần trên đối với nhóm thai phụ nguy cơ thấp, cần thực hiện nghiệm pháp dung nạp đường sớm ở tam cá nguyệt I và xem xét lặp lại ở tam cá nguyệt II cho nhóm thai phụ nguy cơ cao. Mật độ thăm khám có thể dày hơn, với những lưu ý cao hơn về các triệu chứng của tiền sản giật. Các xét nghiệm chức năng thận, công thức máu và các xét nghiệm sinh hóa khác có thể cần xem xét lặp lại ở mỗi tam cá nguyệt. Nếu có những vấn đề sức khỏe khác kèm theo, có thể phối hợp gửi khám các chuyên khoa khác (Ankumah và cs, 2017).

Đối với thai nhi, ngoài việc siêu âm khảo sát bất thường và những khảo sát khác tương tự như ở nhóm nguy cơ thấp, thì cần đánh giá nghiêm ngặt hơn về sự tăng trưởng của thai nhi. Siêu âm khảo sát sự tăng trưởng của thai nhi nên bắt đầu từ 28 tuần và thực hiện mỗi 3 tuần hoặc có thể sớm hơn nếu lo lắng về việc thai hạn chế tăng trưởng trong tử cung. NST hoặc BPP nên thực hiện hàng tuần, bắt đầu từ tuần 28 – 30 tuần và kéo dài cho đến thời điểm chấm dứt thai kỳ (Sibai, 2015; Ankumah và cs, 2017).

Có thể cân nhắc viện nhiều lần để kiểm soát huyết áp nếu huyết áp khó kiểm soát hoặc những vấn đề khác như tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn tính, thai hạn chế tăng trưởng trong tử cung... (Sibai, 2015). Đa số các ý kiến chuyên

gia đều cho rằng, những thai phụ này cần có một ngưỡng nhập viện thấp hơn vì những nguy cơ về một kết cục thai kỳ bất lợi cao hơn, cũng như nguy cơ tổn thương các cơ quan đích cao hơn (Ankumah và cs, 2017).

Với thai kỳ ≥ 34 tuần, nếu xuất hiện bất kỳ biến chứng nào đều có chỉ định chấm dứt thai kỳ (Sibai, 2015). Với những trường hợp khác, cân nhắc chấm dứt thai kỳ khi thai 36 – 37 tuần (Sibai, 2015) hay khi đủ 37 tuần (Ankumah và cs, 2017).

KẾT LUẬN

Qua bài viết, chúng ta thấy rõ vai trò của y học chứng cứ trong quản lý, giúp thai kỳ tăng huyết áp mạn tính có diễn tiến tốt hơn. Đồng thời thấy rõ sự khác biệt trong cách tiếp cận và quản lý thai kỳ tăng huyết áp mạn tính phân theo nhóm nguy cơ cao và nguy cơ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (2013). Chronic Hypertension in Pregnancy and Superimposed Preeclampsia. Hypertension in pregnancy. Task Force on Hypertension in Pregnancy, ACOG. T. F. o. H. i. Pregnancy, ACOG.
2. Henderson, J. T., et al. (2014). U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. Low-Dose Aspirin for the Prevention of Morbidity and Mortality From Preeclampsia: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality (US).
3. Sibai, B. M. (2015). Chronic Hypertension. Protocols for High-Risk Pregnancies: An Evidence-Based Approach. C. Y. S. John T. Queenan, Charles J. Lockwood. USA, Wiley blackwell.
4. ACOG (2012). "Practice Bulletin No. 125: Chronic Hypertension in Pregnancy." Obstetrics & Gynecology 119(2): 396-407.
5. ACOG (2016). Practice advisory on low-dose aspirin and prevention of preeclampsia: updated recommendations.
6. ACOG (2017). "Committee Opinion No. 692: Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period." Obstet Gynecol 129(4): e90-e95.
7. Ankumah, N. E. and B. M. Sibai (2017). "Chronic Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Management, and Outcomes." Clin Obstet Gynecol 60(1): 206-214.
8. Banala, C., et al. (2018). "Impact of ACOG Guideline Regarding Low Dose Aspirin for Prevention of Superimposed Preeclampsia [270]." Obstetrics & Gynecology 131: 1705.
9. Duley, L., et al. (2013). "Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy." Cochrane Database Syst Rev(7): Cd001449.
10. Imdad, A., et al. (2011). "Screening and triage of intrauterine growth restriction (IUGR) in general population and high risk pregnancies: a systematic review with a focus on reduction of IUGR related stillbirths." BMC Public Health 11(Suppl 3): S1-S1.
11. Nakhai-Pour, H. R., et al. (2009). "Discontinuation of antihypertensive drug use during the first trimester of pregnancy and the risk of preeclampsia and eclampsia among women with chronic hypertension." Am J Obstet Gynecol 201(2): 180.e181-180.e188.
12. Rezk, M., et al. (2016). "Maternal and fetal morbidity following discontinuation of antihypertensive drugs in mild to moderate chronic hypertension: A 4-year observational study." Pregnancy Hypertens 6(4): 291-294.
13. Seely, E. W. and J. Ecker (2014). "Chronic Hypertension in Pregnancy." Circulation 129(11): 1254-1261.
14. Spong, C. Y., et al. (2011). "Timing of indicated late-preterm and early-term birth." Obstet Gynecol 118(2 Pt 1): 323-333.



Sinh non là biến chứng sản khoa gây bệnh suất và tử suất hàng đầu cho trẻ sơ sinh. Ở Hoa Kỳ, theo thống kê năm 2005, tỷ lệ tử vong sơ sinh chiếm 42/1.000 ca sinh non so với chỉ 5/1.000 ca sinh sống nói chung. Trong những ca sinh rất non ($< 32^{0/7}$ tuần thai), tử vong trong năm đầu đời là 144/1.000 ca sinh sống, so với chỉ 1,8/1.000 ca sinh đủ tháng [RCOG]. Những trẻ sinh non sống sót cũng bị nhiều di chứng nặng nề về thần kinh vận động trong suốt cuộc đời. Do đó, dự phòng và điều trị sinh non vẫn cần là mối quan tâm hàng đầu của các nhà sản phụ khoa.

Trong bối cảnh tỷ lệ sinh non ở Việt Nam gia tăng nhanh trong nhiều năm trở lại đây, nhóm chuyên gia thuộc Hội Phụ sản Việt Nam đã biên soạn tài liệu HƯỚNG DẪN LÂM SÀNG DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ SINH NON, được phát hành từ năm 2016. Tài liệu ra đời với mong muốn là một công cụ hỗ trợ quý đồng nghiệp trong công tác lâm sàng nhằm giảm thiểu tỷ lệ trẻ sinh non trong cộng đồng và giảm tử suất và bệnh suất của trẻ sinh non, dựa trên các chứng cứ mới nhất và hướng dẫn của các hiệp hội lớn trên thế giới hiện nay, kết hợp với thực tế lâm sàng ở Việt Nam.

Tài liệu hiện có tại kệ sách của văn phòng HOSREM.