



DỌA SANH NON



NÉT MẶT LO LẮNG



- Lo âu, căng thẳng

BIỂU HIỆN DỌA SANH NON



CÓ CƠN GÒ TỬ CUNG



- Đau bụng dưới, đau lưng
- Cảm giác bụng gồng cứng



CỔ TỬ CUNG NGẮN DẦN



- Đo bằng siêu âm
- Có thể có rỉ ối or ra máu

HÃY THAM KHẢO Ý KIẾN BÁC SĨ NGAY KHI CÓ CÁC DẤU HIỆU TRÊN.



01 ĐỊNH NGHĨA

- Dọa sanh non
- Sanh non

02 NGUYÊN NHÂN

- Yếu tố nguy cơ từ mẹ
- Yếu tố nguy cơ từ thai

03 CHẨN ĐOÁN

- Dọa sanh non
- Chuyển dạ sanh non

04 ĐIỀU TRỊ

- Nội tiết
- Can thiệp

01 ĐỊNH NGHĨA

☐ Sanh non

- Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), sinh non là cuộc **chuyến dạ** xảy ra từ tuần thứ 22 đến trước tuần thứ 37 của thai kì



Key facts

- An estimated **13.4 million babies were born preterm in 2020** (before 37 completed weeks of gestation) (1).
- Preterm birth complications are the **leading cause of death among children under 5 years of age**, responsible for approximately 900 000 deaths in 2019 (2).
- Three-quarters of these deaths could be prevented with current, cost-effective interventions.
- Across countries, the rate of preterm birth ranges from 4–16% of babies born in 2020.

Overview

Preterm is defined as babies born alive before 37 weeks of pregnancy are completed. There are sub-categories of preterm birth, based on gestational age:

- extremely preterm (less than **28 weeks**)
- very preterm (28 to less than **32 weeks**)
- moderate to late preterm (**32 to 37 weeks**).



Dọa sanh non?

DIỄN TIẾN

DỌA SANH NON



- Cơ co tử cung không đều
- Đau bụng dưới
- Đau lưng
- Ra dịch âm đạo bất thường
- Thay đổi cổ tử cung

CHUYỂN DẠ SANH NON



- Cổ tử cung mở rộng > 3-4 cm
- Cơ gò mạnh và liên tục
- Có thể vỡ ối
- Chảy máu âm đạo

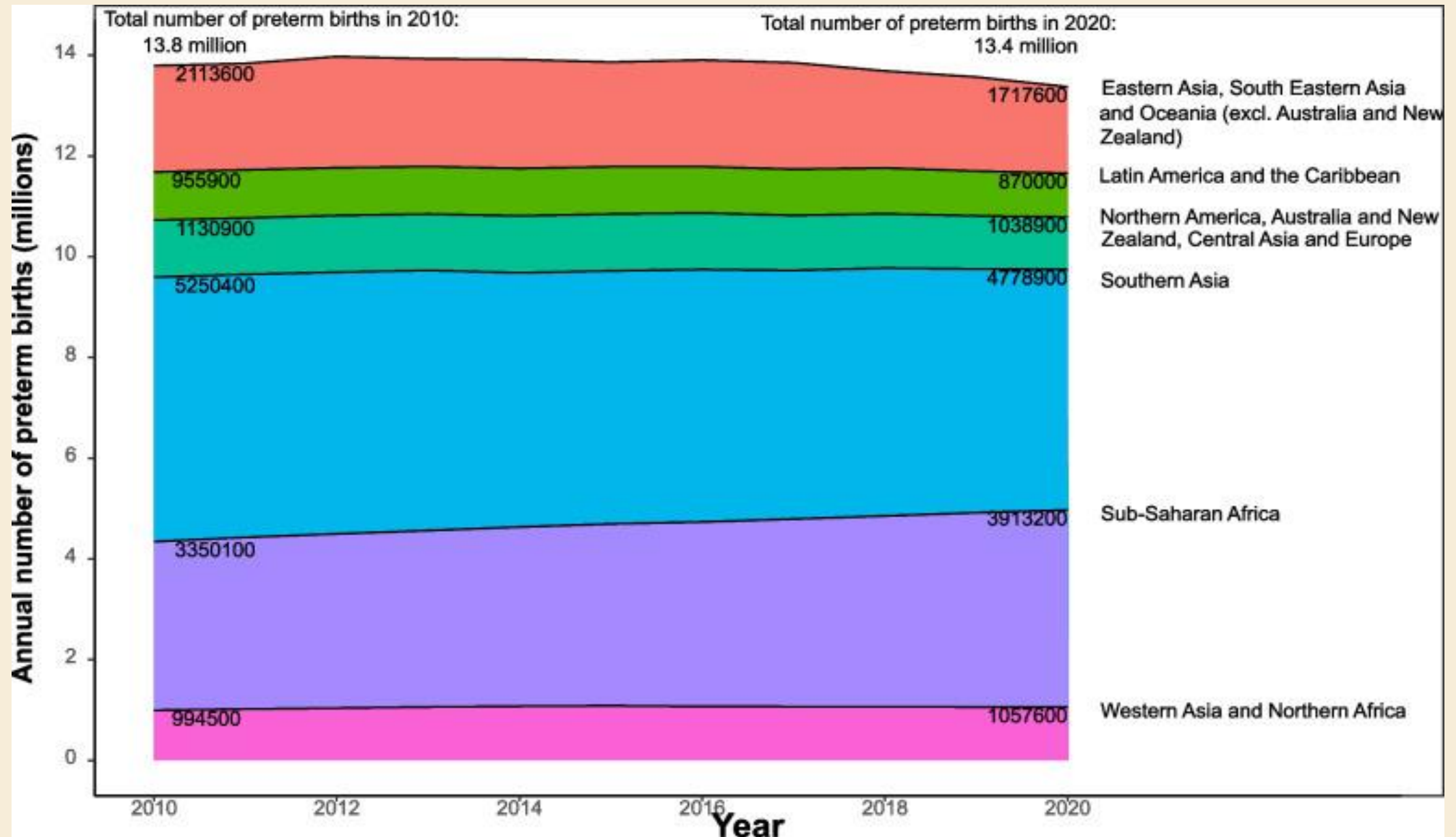
SANH NON



□ Dịch tễ:

- Theo báo cáo của Blencowe và cộng sự (2012), tại Việt Nam, trong số 1.466.600 trẻ sinh sống, có khoảng 138.300 (9,4%) trẻ sinh non
- Trẻ sơ sinh non tháng luôn đối mặt với nguy cơ tử vong và bệnh tật cao.
- Tỷ lệ tử vong ở trẻ sinh lúc 25 tuần là 12,1%, so với trẻ sinh lúc 32 tuần chỉ còn 0,2%. Tỷ lệ bệnh suất nghiêm trọng, như xuất huyết não thất, tăng áp lực động mạch phổi, viêm ruột hoại tử cũng giảm theo mỗi tuần tuổi thai, từ 54,8% lúc 25 tuần xuống chỉ còn 8,7% lúc 32 tuần.
- Tại Việt Nam chưa có thống kê trên toàn quốc, dựa trên những nghiên cứu đơn lẻ, tỉ lệ sanh non **6.5 – 16%**

□ Dịch tễ:



Xu hướng về số lượng sinh non hàng năm theo các khu vực mục tiêu, 2010–2020

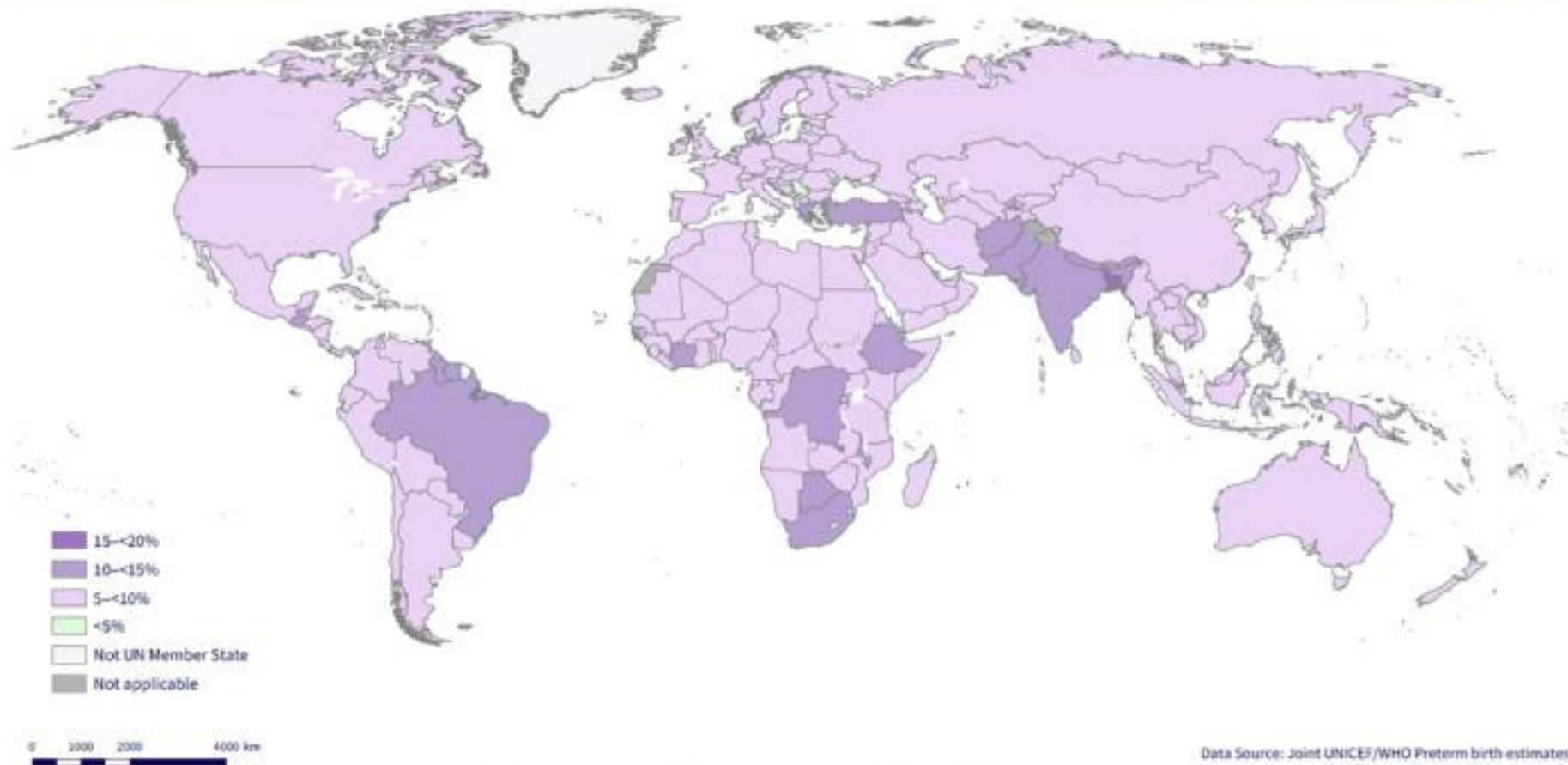
□ Dịch tễ:

Rates: Highest five countries* [95% CrI]

Bangladesh	16.2 [11.8, 21.7]
Malawi	14.5 [9.5, 21.6]
Pakistan	14.4 [8.6, 23.1]
India	13.0 [9.7, 17.3]
South Africa	13.0 [9.2, 17.9]

Numbers: Highest five countries [95% CrI]

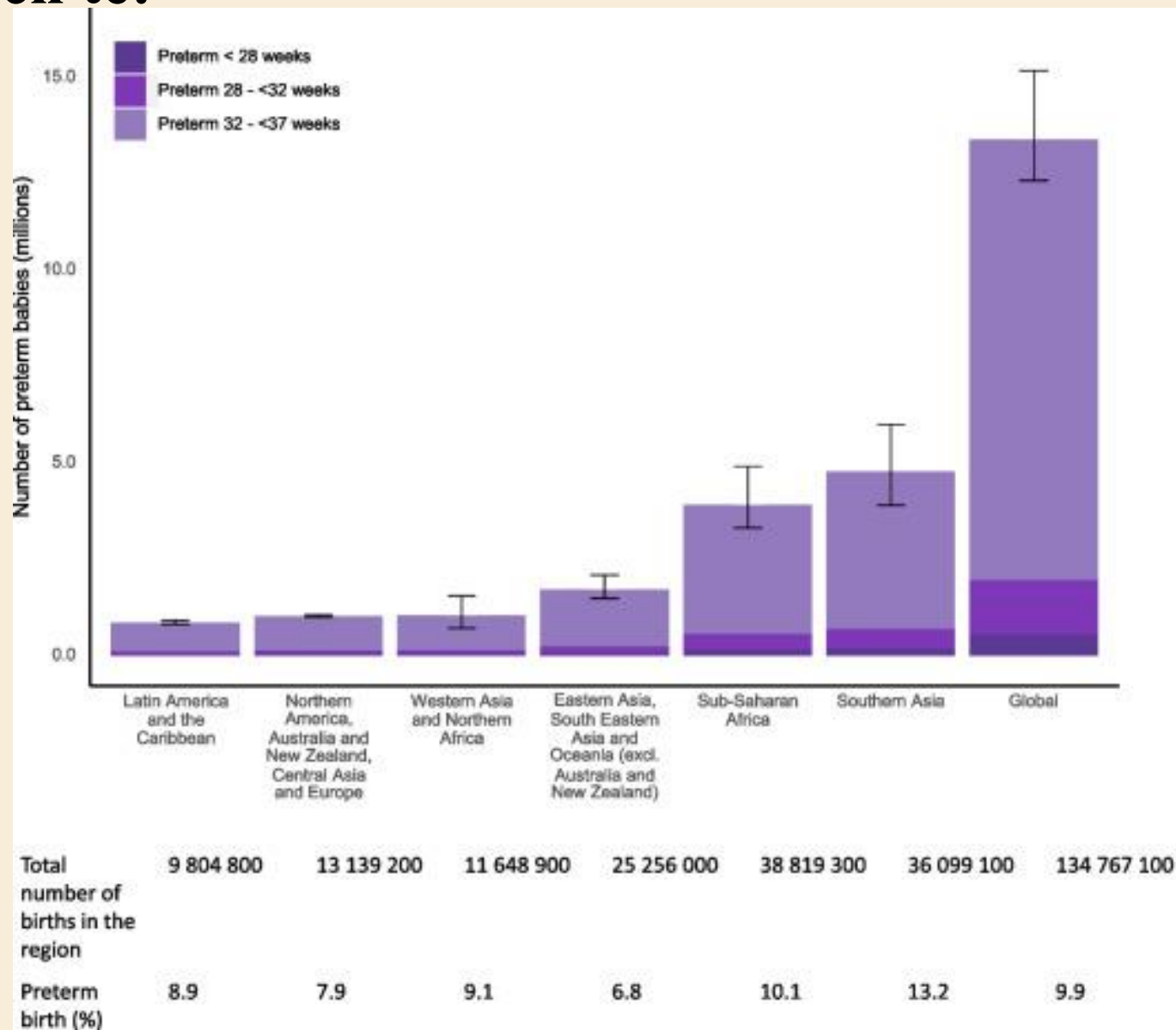
India	3,016,700 [2,247,900, 3,992,500]
Pakistan	914,000 [549,900, 1,469,100]
Nigeria	774,100 [426,300, 1,366,200]
China	752,900 [624,500, 904,100]
Ethiopia	495,900 [302,400, 796,900]



Data Source: Joint UNICEF/WHO Preterm birth estimates
Map Creation Date: 16 February 2023
Map Production: WHO GIS Centre for Health, DNA/DDI
© WHO 2023. All rights reserved.

Ước tính tỷ lệ sinh non và số ca sinh non các quốc gia năm 2020

□ Dịch tễ:

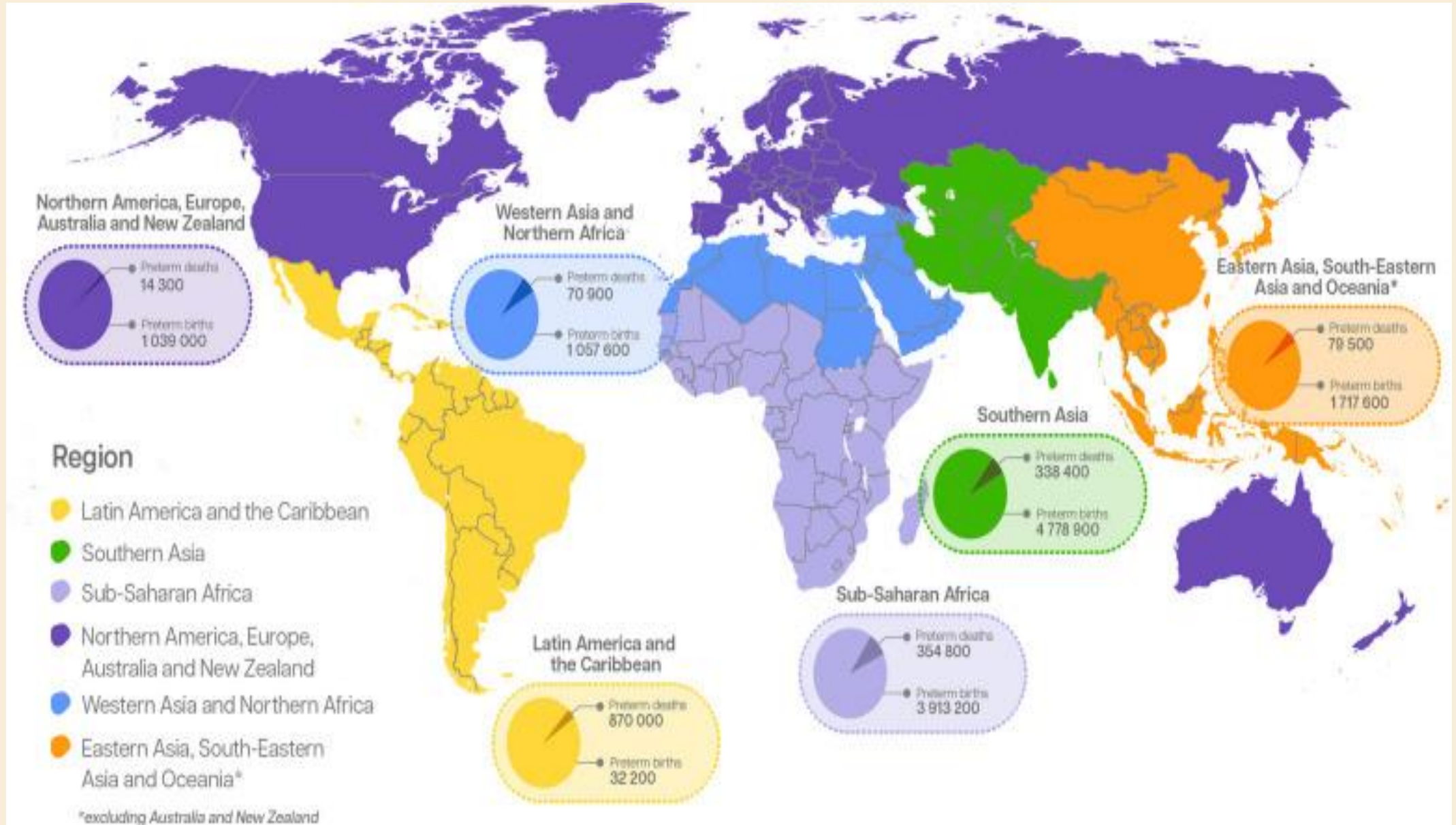


Preterm birth in numbers and rates

- 13.4 million babies were born preterm in 2020 (9.9% of all live births).
- National preterm birth rates vary from 4-16%. Southern Asia has the highest rates and numbers of preterm birth.
- Almost 900 000 neonatal deaths were due to direct complications of preterm birth.
- 85% of preterm births occur between 32 and 37 weeks of gestation where survival is usually possible without neonatal intensive care.

Preterm birth by gestational age and region in 2020

□ Dịch tễ:



Regional variation in the proportion of preterm births resulting in neonatal deaths in 2020

DIỄN TIẾN

Dọa sanh non

Chuyển dạ sanh non

Sanh non



□ SINH LÝ BỆNH

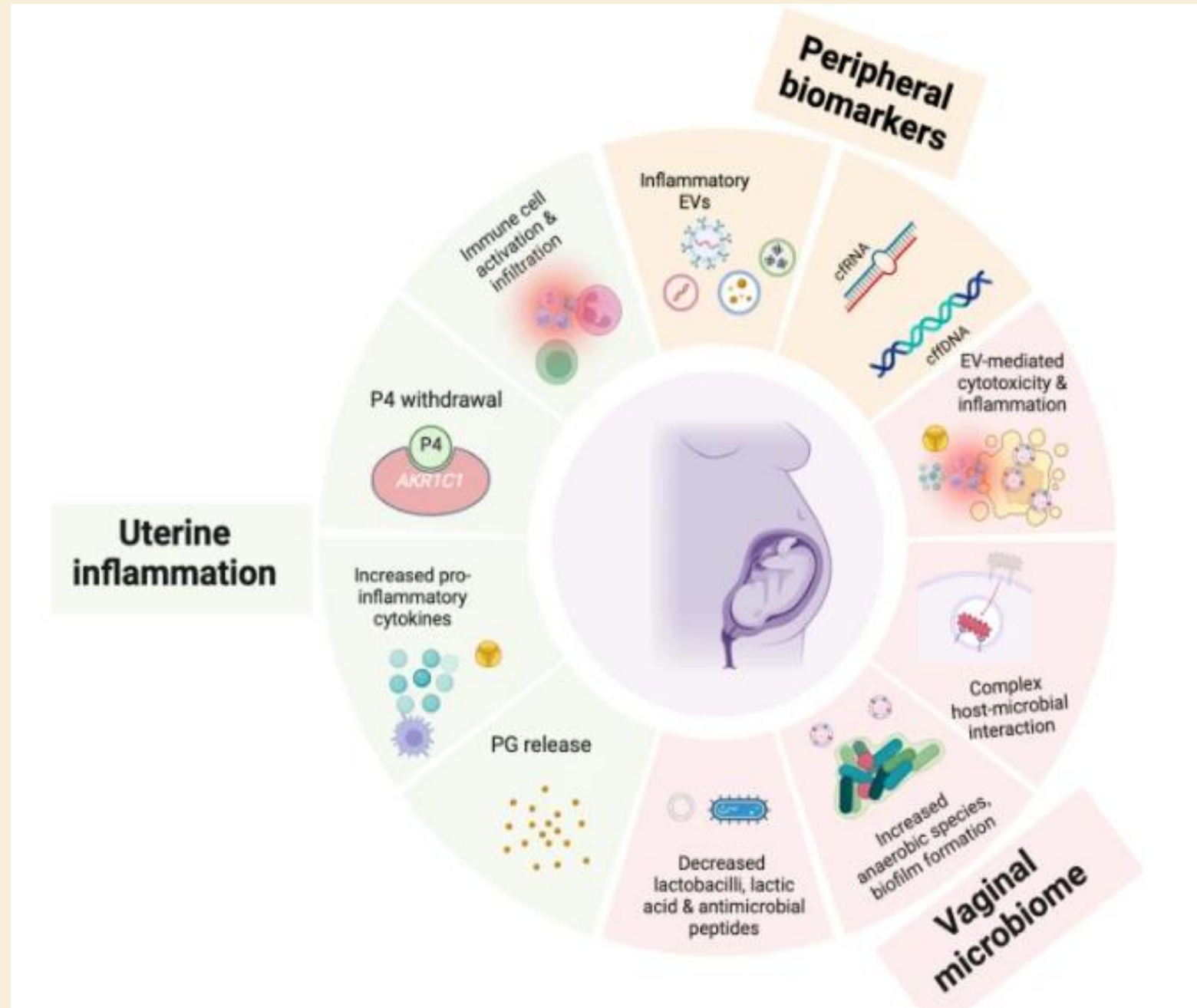
Emerging mechanisms in the pathophysiology of spontaneous preterm birth.

AKR1C1 aldoketo-reductase1C1

EV extracellular vesicles

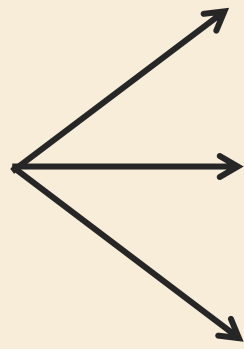
PG prostaglandin

P4 progesterone



02 NGUYÊN NHÂN

Sinh non do có chỉ định từ
mẹ hoặc thai
(20%)

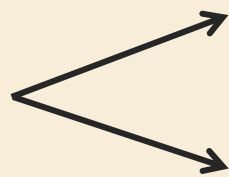


Tiền sản giật

Nhau tiền đạo

IUGR gây suy thai

Sinh non tự phát
(80%)



Chuyển dạ sinh non

Ồi vỡ non

02 NGUYÊN NHÂN

■ Khoảng 50% các trường hợp có các nguyên nhân gồm:

- Viêm nhiễm vùng âm đạo – CTC
- Nhiễm khuẩn đường tiểu
- Viêm nhiễm quanh tử cung: VRT
- Chấn thương
- Xuất huyết nội



Viêm nhiễm vùng âm đạo - CTC

1. VIÊM NHIỄM VÙNG ÂM ĐẠO - CỔ TỬ CUNG (CTC)

Triệu chứng:

- Khí hư bất thường,
- Ngứa rât,
- Đau khi đi tiểu.

Nguyên nhân:

Ảnh hưởng đến thai nhi:

- Sinh non,
- Nhiễm trùng sơ sinh.

Viêm nhiễm

Nhiễm khuẩn đường tiểu

2. NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIỂU

Triệu chứng:

- Đi tiểu nhiều lần,
- Tiểu buốt/tiểu rắt,
- Đau bụng dưới.

Nguyên nhân:

Tác động khi mang thai:

- Viêm thận,
- Dọa sinh non.

Nhiễm khuẩn

Hãy tham khảo ý kiến bác sĩ

02 NGUYÊN NHÂN

Risk Factors for Preterm Labour

Maternal Medical History and Conditions

- Multiple pregnancies (twins, triplets).
- Chronic conditions (hypertension).
- Low Plasma Protein-A (PAPP-A) levels.



Pregnancy-related health issues

- Urinary tract infections.
- Vaginal bleeding after the first trimester.

Lifestyle Factors

- Drugs or smoking during pregnancy.
- High physical or emotional stress.
- Gum health can affect preterm labour.



Other Factors

- Women younger than 17 or older than 35
- Conceiving within six months of previous delivery.
- Extreme obesity or underweight.

Yếu tố nguy cơ từ mẹ:

- Bệnh lí: ĐTĐ, TSG, thiếu máu
- Sinh hoạt: hút thuốc lá, các chất gây nghiện
- Tiền sử sinh non
- Bất thường tử cung: dị dạng (TC 2 sừng, TC đôi, TC có vách ngăn), NXTC
- Tiền sử khoét chóp CTC, khâu eo CTC

Yếu tố nguy cơ từ thai:

- Đa thai
- Ối vỡ non
- Nhiễm trùng ối
- Nhau tiền đạo, nhau bong non
- Ối vỡ non



**DỌA SANH NON****CHUYỂN DẠ SANH NON****Triệu chứng cơ năng**

- Đau bụng từng cơn, không đều đặn, tức nặng bụng dưới, đau lưng
- Ra dịch âm đạo, dịch nhầy

- Đau bụng từng cơn, đều đặn, các cơn đau tăng dần
- Ra dịch âm đạo, máu, nước ối

Triệu chứng thực thể

- Cơn co tử cung thưa nhẹ (1-2 cơn/ 10 phút, thời gian < 30 giây)
- Cổ tử cung đóng

- Cơn co tử cung ngày càng đau (2 – 3 cơn/ 10 phút, tăng dần)
- Cổ tử cung > 2cm, xóa > 80%
- Thành lập đầu ối
- Vỡ ối

03 CHẨN ĐOÁN



❑ Siêu âm đo chiều dài kênh CTC (CL – cervical length)

➤ Điểm cắt 25mm

Nếu $CL < 25\text{mm}$ nên mô tả hình dạng kênh CTC và lỗ trong CTC có dạng T, V, Y hay U đi kèm sẽ tăng thêm giá trị tiên lượng

➤ Đo CL qua ngã âm đạo trong các trường hợp:

- Các thai phụ có tiền sử sảy thai ở tuổi thai 14 – 16 tuần
- Các thai phụ ở tuổi thai 20 – 24 tuần
- Các thai phụ có nguy cơ sinh non

03 CHẨN ĐOÁN



❑ Siêu âm đo chiều dài kênh CTC (CL – cervical length)

AJOG American Journal of Obstetrics & Gynecology

Download PDF Cite Share Set Alert Get Rights Reprints

cohort^{13,14} however, data on the clinical use and demonstrated effectiveness in clinical trials are limited. Although transabdominal and transperineal approaches to CL measurement have been studied, there are insufficient data to recommend a specific threshold measurement that should trigger transvaginal assessment.

Even when assessed vaginally, variation in measurement accuracy has been described, leading to recommendations for the development of standardized protocols and accreditation and quality assurance programs.¹⁵ Although a transabdominal or transperineal approach to CL measurement may be useful for initial screening to decrease the number of transvaginal examinations needed, to maximize reproducibility and clinical use of the CL measurement, **we recommend that all CL measurements used to guide therapeutic recommendations be performed using a transvaginal approach and in accordance with standardized procedures as described by organizations such as the Perinatal Quality Foundation or the Fetal Medicine Foundation (GRADE 1C).**

Traditionally, a CL below the 10th percentile for gestational age has been used as an arbitrary cutoff to dichotomize the diagnosis of a short cervix. At 18 to 24 weeks of gestation, the 10th percentile corresponds to a CL of <26 mm.¹⁶ Individuals with singleton gestations with a CL of ≤ 25 mm at 24 weeks of gestation have a 6-fold increased risk of PTB. This likely represents a continuum, given that there is an increasing risk of PTB with decreasing CL.¹⁶ In 1 study of unselected pregnant patients at 22 to 24 weeks of gestation, only 1.7% had a CL <15 mm, but they accounted for 86% of PTB at <28 weeks of gestation and 58% of PTB at <32 weeks of gestation.⁵ At the extreme end of this spectrum, once no appreciable CL can be measured, the risk of delivery before 32 weeks of gestation rises to 75%, and the median interval between diagnosis and delivery is 3 weeks. However, it should also be emphasized that, even with no appreciable CL, not all patients deliver before 32 weeks of gestation.^{16,17}

Technically, the sonographic assessment of CL can be performed using a transabdominal, transperineal or transvaginal approach. Although the transabdominal approach may be associated with reduced scan time, use of resources and discomfort for the patient, the transvaginal approach is recommended, as it is more precise and reproducible and less prone to technical issues^{31,32}. The greater distance on transabdominal ultrasound between the probe and the cervix, the artificial elongation of the cervix produced by a full bladder or by the pressure applied on the probe, acoustic attenuation observed in patients with high body mass index and shadowing from fetal or maternal structures are possible explanations for the lower accuracy of this approach³² (Figure 4b). A prospective study has shown that higher CL cut-offs would be needed for assessment by transabdominal sonography (≤ 36 mm) compared with TVS (≤ 25 mm), and TVS would still be necessary in more than 60% of cases³³.

03 CHẨN ĐOÁN

□ Siêu âm đo chiều dài kênh CTC (CL – cervical length)

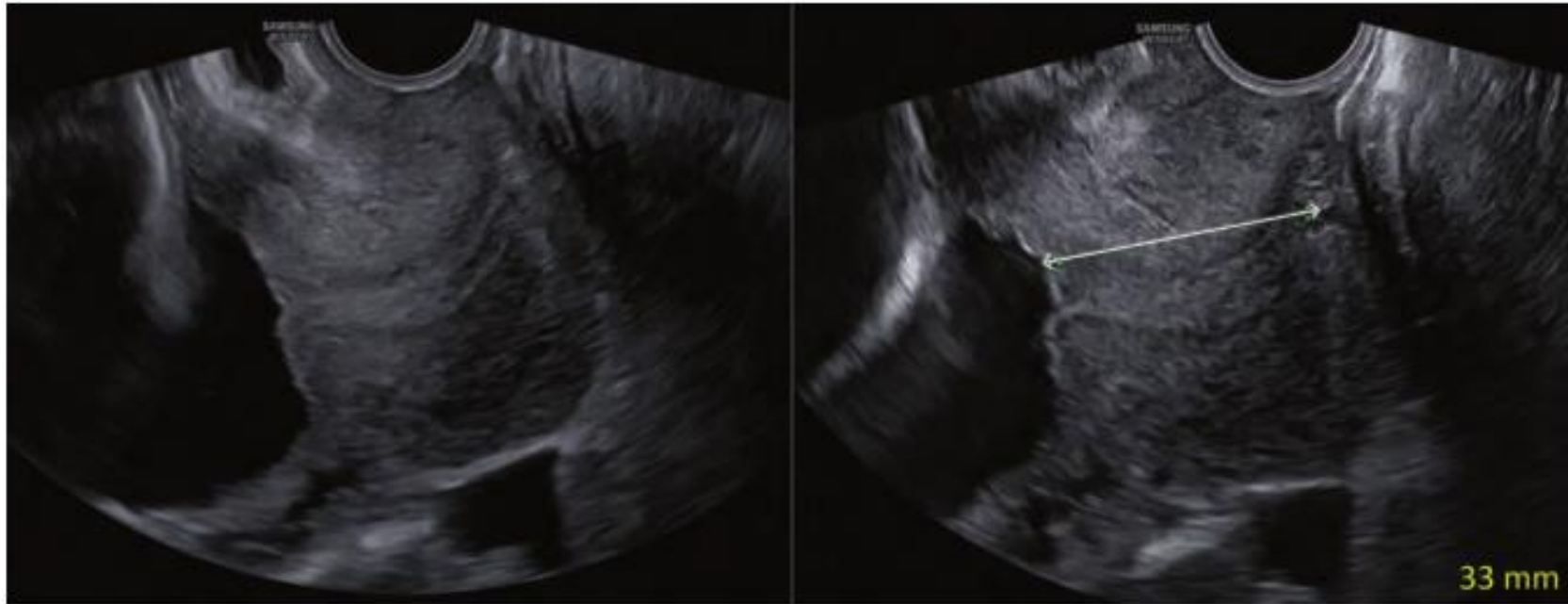


Figure 2 Transvaginal ultrasound images of a normal cervix with slightly hyperechoic cervical mucosa.

03 CHẨN ĐOÁN

□ Siêu âm đo chiều dài kênh CTC (CL – cervical length)

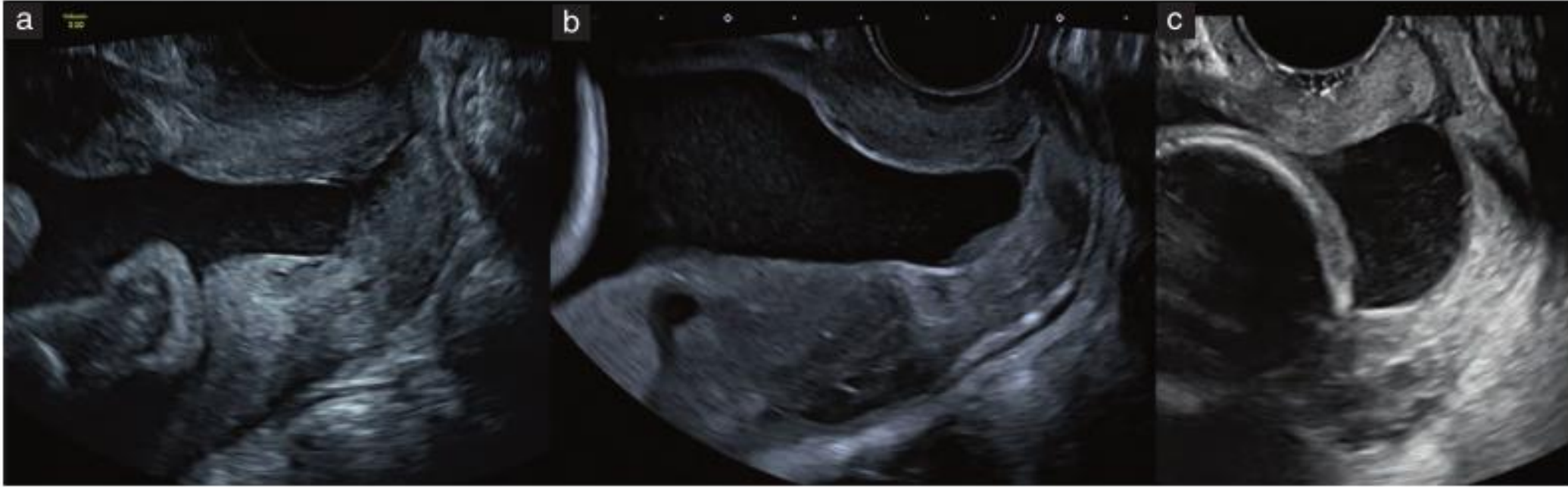


Figure 8 Transvaginal ultrasound images in three pregnant women, illustrating progression of funneling of the internal cervical os and upper cervix in line with worsening prognosis: (a) Y-shaped funneling; (b) V-shaped funneling, with separation of the amniotic membranes and amniotic debris; (c) U-shaped funneling, with dilation of the external cervical os.

03 CHẨN ĐOÁN

❑ Siêu âm đo chiều dài kênh CTC (CL – cervical length)

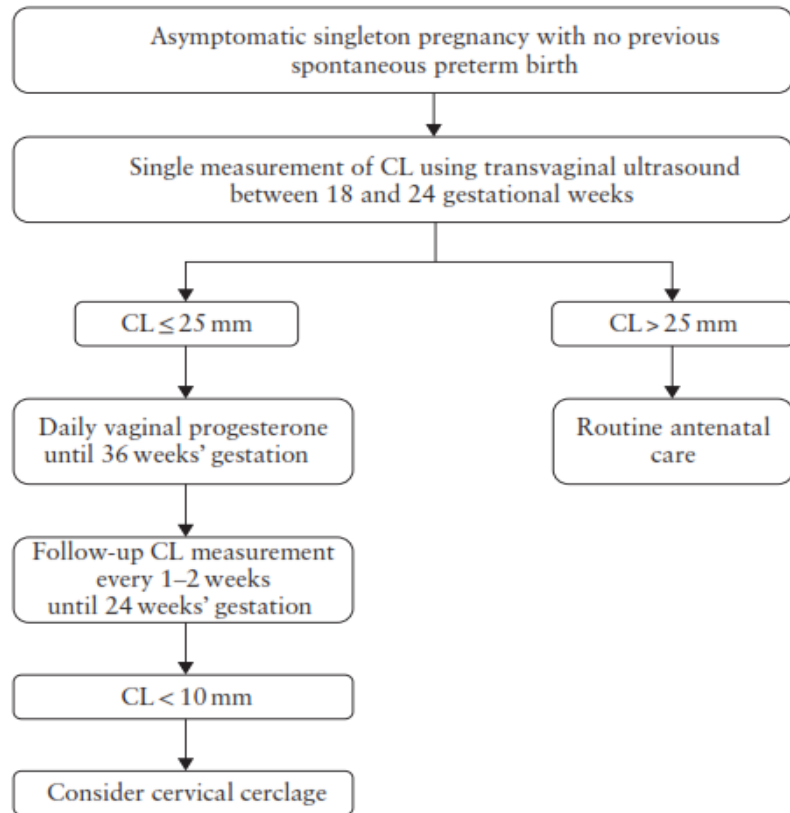


Figure 11 Flowchart illustrating universal cervical-length (CL) screening program using transvaginal ultrasound.

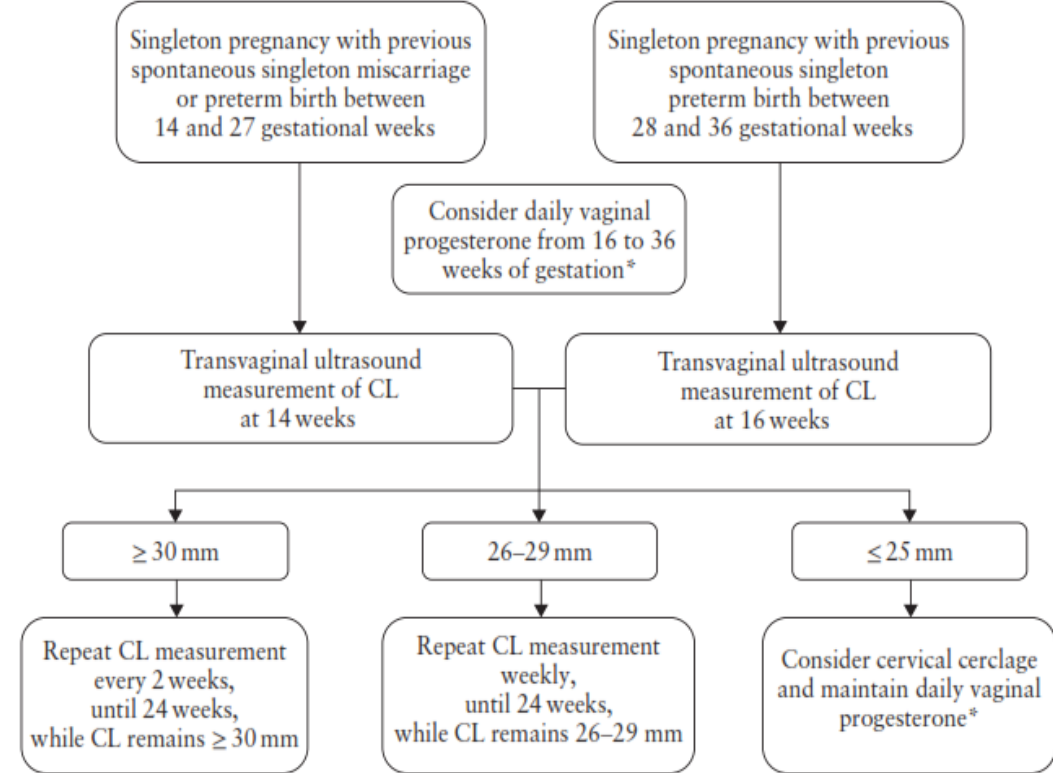


Figure 12 Transvaginal ultrasound cervical-length (CL) screening program for singleton pregnancy with previous spontaneous singleton second-trimester miscarriage or preterm birth. *Alternatively, progesterone could be prescribed only for patients whose CL had reduced to ≤ 25 mm at surveillance, but there is less consensus regarding recommendations for the frequency of CL scans and cerclage indication.

03 CHẨN ĐOÁN

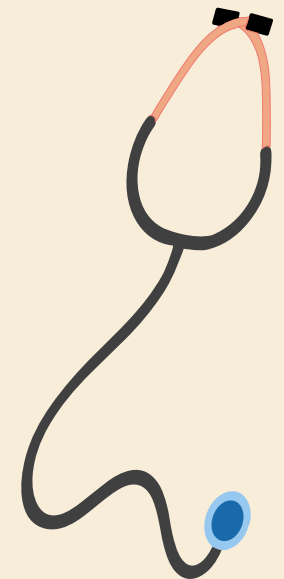
☐ Xét nghiệm PAMG -1 (Placental alpha-microglobulin-1)

- ✓ Điều kiện thực hiện: màng ối còn, CTC < 3cm. Có thể thực hiện trong trường hợp nhiễm khuẩn âm đạo, có nước tiểu, tinh dịch hoặc máu lượng ít trong âm đạo
- ✓ Giúp xác định các thai phụ có khả năng sinh non thấp để tránh những can thiệp không cần thiết

	Sinh trong vòng 7 ngày (%)	Sinh trong vòng 14 ngày (%)
Độ nhạy	80	63
Độ đặc hiệu	95	96
Giá trị tiên đoán âm NPV	96	89
Giá trị tiên đoán dương PNV	76	81

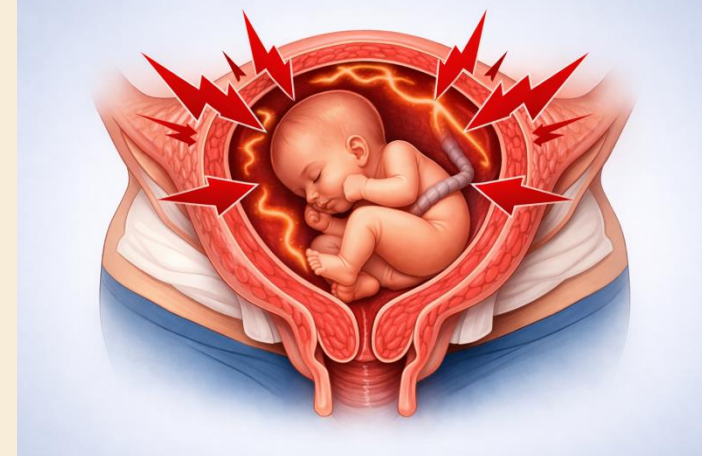
☐ Xét nghiệm Fibronectin

- ✓ Test dương tính khi nồng độ fibronectin > **50ng/ml**, khả năng xảy ra đẻ non trong vòng 7 ngày ở những thai phụ này sẽ cao hơn những test âm tính



04 ĐIỀU TRỊ

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ



- Cố gắng trì hoãn cuộc sinh bằng thuốc giảm co hoặc các phương pháp vật lý
- Dùng Corticoid hỗ trợ phổi trước sinh
- Bảo vệ não thai nhi ≤ 32 tuần (Magnesium sulfate)
- Nếu chuyển dạ diễn ra đảm bảo giảm tối đa nguy cơ sang chấn cho thai khi sinh
- Phối hợp bác sĩ nhi và chuẩn bị phương tiện hồi sức
- Tư vấn cho thai phụ và thân nhân nguy cơ thai non tháng



04

ĐIỀU TRỊ

01 CORTICOID

Khuyến cáo sử dụng một đợt duy nhất tuổi thai 24 – 34 tuần

- Betamethason 12mg/ lần, tiêm bắp 02 liều cách nhau 24 giờ
- Dexamethason 6mg/ lần, tiêm bắp 04 liều cách nhau 12 giờ

02 BẢO VỆ NÃO

Magnesium Sulfate

03 GIẢM CO

Salbutamol, Atosiban

Progesteron, Nospa

04 VẬT LÝ

Khâu vòng CTC

Đặt vòng nâng CTC



TABLE
Summary of American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal-Fetal Medicine guidelines for intervention with threatened preivable birth

Intervention	20 0/7 to 21 6/7 wk	22 0/7 to 22 6/7 wk	23 0/7 to 23 6/7 wk	24 0/7 to 24 6/7 wk	25 0/7 to 25 6/7 wk
Neonatal assessment for resuscitation	Not recommended 1A	Consider 2B	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Antenatal corticosteroids	Not recommended 1A	Consider 2C	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Magnesium sulfate for neuroprotection	Not recommended 1A	Not recommended 1A	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Antibiotics to prolong latency during expectant management of PPRM	Consider 2C	Consider 2C	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Intrapartum antibiotics for group B streptococci prophylaxis	Not recommended 1A	Not recommended 1A	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Cesarean delivery for fetal indication	Not recommended 1A	Not recommended 1A	Consider 2B	Consider 1B	Recommended 1B

PPROM, preterm prelabor rupture of membranes.

Adapted from Cahill et al,²² 2021 and Obstetric Care Consensus No. 6: Preivable birth.²¹

Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of preivable and preivable preterm prelabor rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 2024.

BẢNG. Tóm tắt Hướng dẫn của Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ và Hội Y học Bà mẹ - Thai nhi về các chiến lược can thiệp đối với trường hợp dọa sinh non ở tuổi thai gần có khả năng sinh sống

(Summary of American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal-Fetal Medicine guidelines for intervention with threatened preivable birth)

Loại can thiệp (Intervention)	20 /7 đến 21 6/7 tuần	22 0/7 đến 22 6/7 tuần	23 0/7 đến 23 6/7 tuần	24 0/7 đến 24 6/7 tuần	25 0/7 đến 25 6/7 tuần
Hồi sức sơ sinh (Neonatal assessment for resuscitation)	Không khuyến cáo (1A)	Cân nhắc (2B)	Cân nhắc (2B)	Khuyến cáo (1B)	Khuyến cáo (1B)
Corticosteroids trước sinh (Antenatal corticosteroids)	Không khuyến cáo (1A)	Cân nhắc (2C)	Cân nhắc (2B)	Khuyến cáo (1B)	Khuyến cáo (1B)
Magnesium sulfate bảo vệ thần kinh (Magnesium sulfate for neuroprotection)	Không khuyến cáo (1A)	Không khuyến cáo (1A)	Cân nhắc (2B)	Khuyến cáo (1B)	Khuyến cáo (1B)
Kháng sinh kéo dài thai kì (Antibiotics to prolong latency during expectant management of PPRM)	Cân nhắc (2C)	Cân nhắc (2C)	Cân nhắc (2B)	Khuyến cáo (1B)	Khuyến cáo (1B)
Kháng sinh dự phòng GBS trong chuyển dạ (Intrapartum antibiotics for group B streptococci prophylaxis)	Không khuyến cáo (1A)	Không khuyến cáo (1A)	Cân nhắc (2B)	Khuyến cáo (1B)	Khuyến cáo (1B)
Phẫu thuật lấy thai để cứu sống bé (Cesarean delivery for fetal indication)	Không khuyến cáo (1A)	Không khuyến cáo (1A)	Cân nhắc (2B)	Cân nhắc (1B)	Khuyến cáo (1B)

PPROM, preterm prelabor rupture of membranes, ối vỡ non trên thai non tháng.

Trích dẫn từ: Cahill et al, 2021 and Obstetric Care Consensus No. 6: Preivable birth.

Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of preivable and preivable preterm prelabor rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 2024.

TABLE
Summary of American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal-Fetal Medicine guidelines for intervention with threatened preivable birth

Intervention	20 0/7 to 21 6/7 wk	22 0/7 to 22 6/7 wk	23 0/7 to 23 6/7 wk	24 0/7 to 24 6/7 wk	25 0/7 to 25 6/7 wk
Neonatal assessment for resuscitation	Not recommended 1A	Consider 2B	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Antenatal corticosteroids	Not recommended 1A	Consider 2C	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Magnesium sulfate for neuroprotection	Not recommended 1A	Not recommended 1A	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Antibiotics to prolong latency during expectant management of PPROM	Consider 2C	Consider 2C	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Intrapartum antibiotics for group B streptococci prophylaxis	Not recommended 1A	Not recommended 1A	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Cesarean delivery for fetal indication	Not recommended 1A	Not recommended 1A	Consider 2B	Consider 1B	Recommended 1B

PPROM, preterm prelabor rupture of membranes.

Adapted from Cahill et al,²² 2021 and Obstetric Care Consensus No. 6: Preivable birth.²¹

Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of preivable and preivable preterm prelabor rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 2024.

TÁC DỤNG TRƯỞNG THÀNH PHỔI THAI NHI CỦA CORTICOSTEROID (DEXAMETHASONE & BETAMETHASONE)



Tuổi thai:
28 - 34 tuần



1. Kích thích sản xuất Surfactant

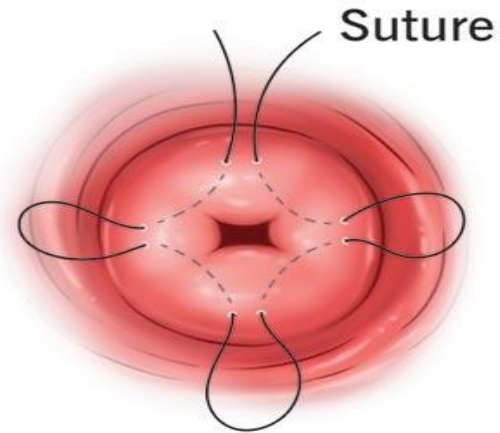
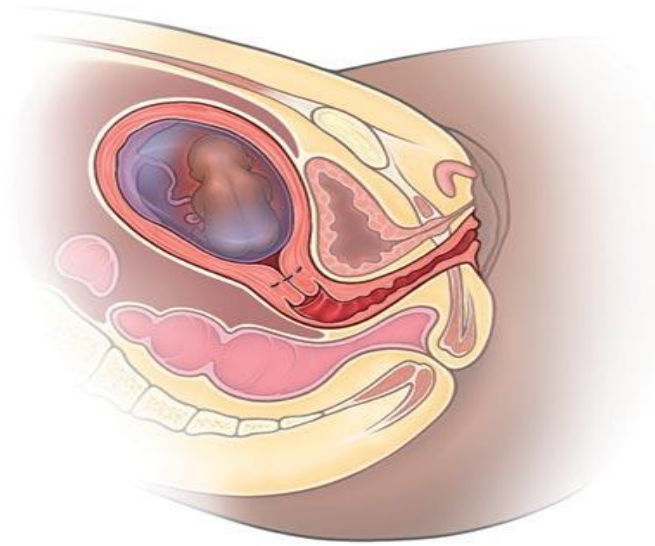
2. Tăng thể tích và độ giãn nở của phổi



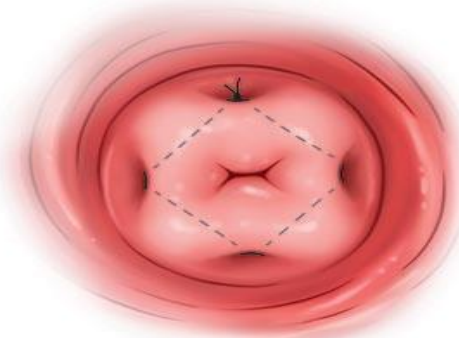
X Giảm NGUY CƠ
3. Giảm nguy cơ suy hô hấp (RDS) ở trẻ sinh non

Cervical Cerclage

12-14 week fetus in utero

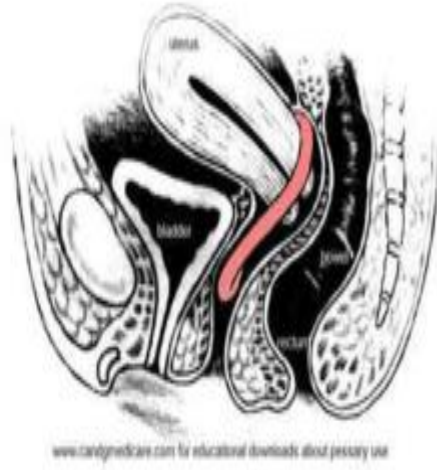


Dilated cervical canal

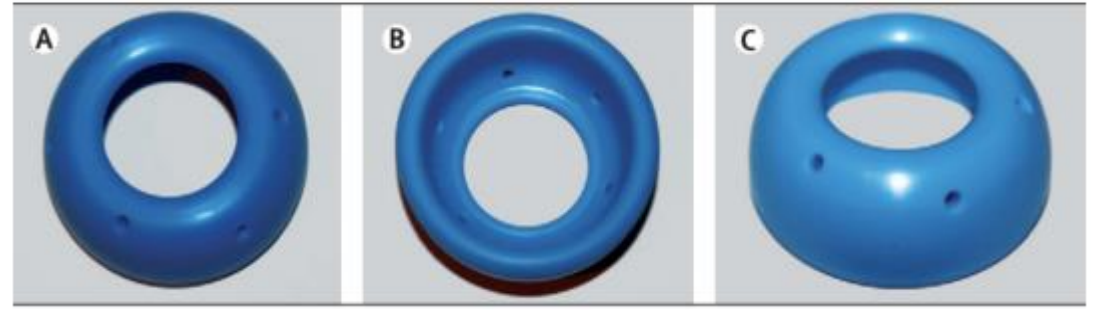


Narrowed cervical canal

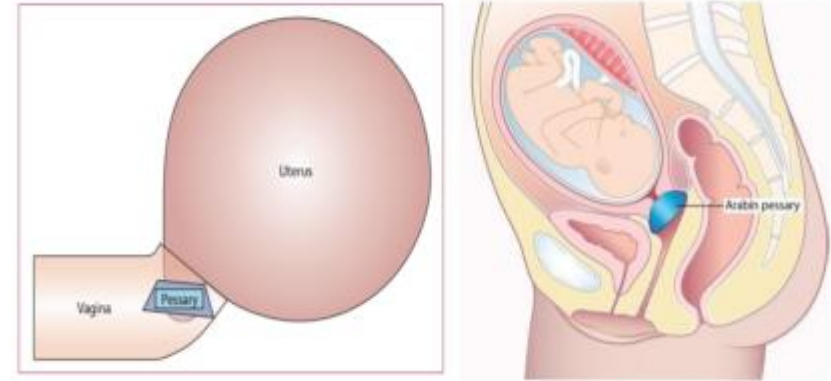




Hình 1. Vòng Smith, và mô phỏng vòng Smith sau đặt



Hình 2. Vòng Arabin



Hình 3. Mô phỏng vòng Arabin sau đặt



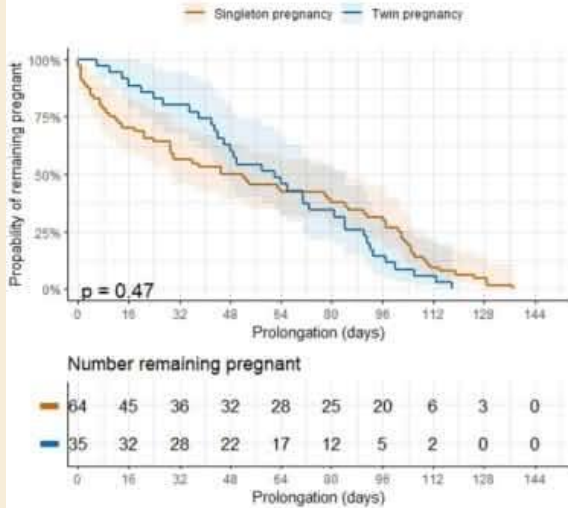
UNNUMBERED TABLE
Summary of recommendations

Number	Recommendation	GRADE
1	We recommend that all CL measurements used to guide therapeutic management be performed using a transvaginal approach and in accordance with standardized procedures as described by organizations such as the Perinatal Quality Foundation or the Fetal Medicine Foundation.	1C
2	We recommend using a midtrimester CL of ≤ 25 mm to diagnose short cervix in individuals with a singleton gestation with no previous history of spontaneous PTB.	1C
3	We recommend that asymptomatic individuals with a singleton gestation and a transvaginal CL of ≤ 20 mm diagnosed before 24 weeks of gestation be prescribed vaginal progesterone to reduce the risk of PTB.	1A
4	We recommend that treatment with vaginal progesterone be considered at a CL of 21–25 mm based on shared decision-making.	1B
5	We recommend that 17-OHPC, including compounded formulations, not be prescribed for the treatment of a short cervix.	1B
6	In individuals without a history of PTB who have a sonographic short cervix (10–25 mm), we recommend against cerclage placement in the absence of cervical dilation.	1B
7	We recommend that cervical pessary not be placed for the prevention of PTB in individuals with a singleton gestation and a short cervix.	1B
8	We recommend against routine use of progesterone, pessary, or cerclage for the treatment of cervical shortening in twin gestations outside the context of a clinical trial.	1B

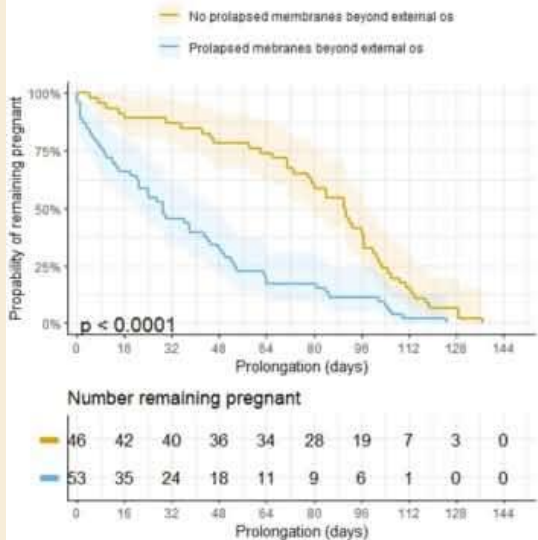
17-OHPC, 17-alpha hydroxyprogesterone caproate; CL, cervical length.

Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of short cervix in individuals without a history of spontaneous preterm birth. Am J Obstet Gynecol 2024.

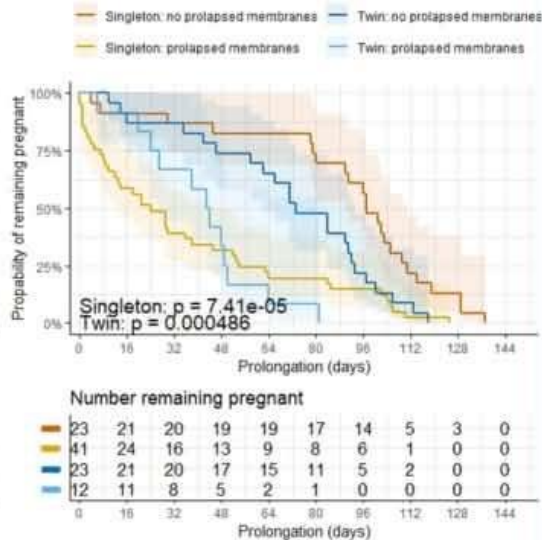
1. Singleton vs Twin pregnancy



2. Prolapsed membranes beyond external os

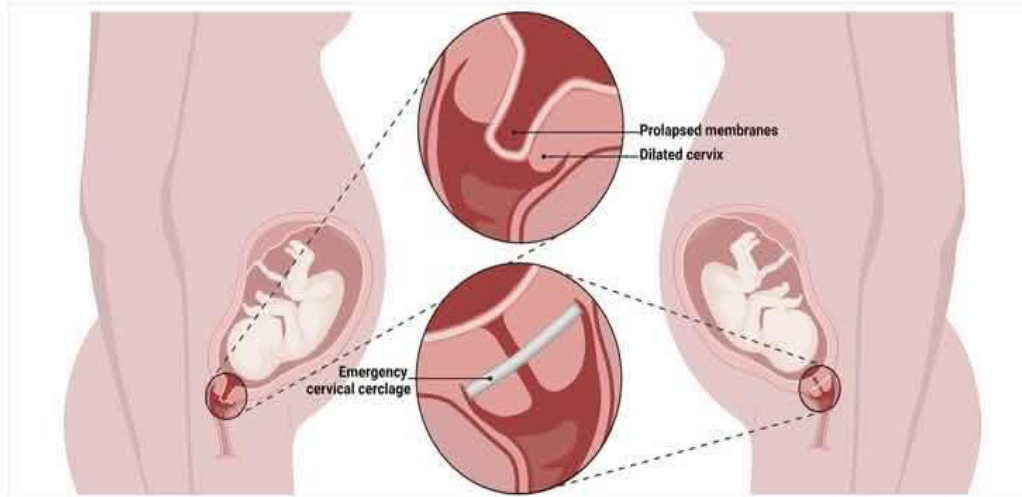


3. Stratified by pregnancy type



Predictive Factors for Emergency Cervical Cerclage Efficacy in Singleton and Twin Pregnancies

Hulshoff, C. C., Spaanderman, M. E. A., Scholten, R. R., van Drongelen, J.



Method

15-year retrospective observational cohort

Study period: 2009 - 2024

Number of women included:

- Total cohort: 99
- Singleton: 64
- Twin: 35

Results



Survival 77%
GA at delivery 29.4 weeks
Interval cerclage to delivery 53 days



Comparable outcomes
singleton and twin
pregnancies



Predictors for preterm birth <28 weeks of gestation:

- Gestational age at placement
- Prolapsed membranes

JAMA®

QUESTION Does placement of a cervical pessary reduce the rate of preterm birth or fetal death before 37 weeks in nonlaboring singleton pregnancies with a cervical length of 20 mm or less?

CONCLUSION Cervical pessary in nonlaboring individuals with a singleton gestation and with a cervical length of 20 mm or less did not decrease the risk of preterm birth and was associated with a higher rate of fetal or neonatal/infant mortality.

POPULATION

544 Nonlaboring pregnant persons with a cervical length ≤ 20 mm at gestations of 16 through 23 weeks



Mean age: 29.5 years

LOCATION

12 Centers in the US



INTERVENTION



544 Participants randomized
542 Participants analyzed

279

Cervical pessary

Placement of cervical pessary by a physician trained and certified for this study

263

Usual care

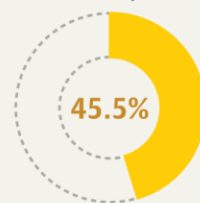
PRIMARY OUTCOME

Delivery or fetal death prior to 37 weeks

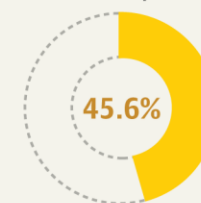
FINDINGS

Rate of delivery or death prior to 37 weeks

Cervical pessary
127 of 279 patients



Usual care
120 of 263 patients



Cervical pessary did not reduce risk of preterm birth or fetal death

Relative risk in pessary group, **1.00**
(95% CI, 0.83 to 1.20)

© AMA

Hoffman MK, Clifton RG, Biggio JR, et al; NICHD Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network. Cervical pessary for prevention of preterm birth in individuals with a short cervix: the TOPS randomized clinical trial. *JAMA*. Published July 25, 2023. doi:10.1001/jama.2023.10812



TỔNG KẾT



TÍNH ĐÚNG TUỔI THAI

Dựa vào siêu âm,
kỳ kinh cuối



CHẨN ĐOÁN

Đúng giai đoạn
và vấn đề ưu tiên



DIỄN TIẾN

Tiên lượng bệnh



ĐIỀU TRỊ CÁ THỂ HÓA

Lập kế hoạch phù hợp
với từng người bệnh



☐ TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa – Bộ Y Tế (2015)
2. Hướng dẫn điều trị sản phụ khoa – Phác đồ Bệnh viện Hùng Vương (2014)
3. Chẩn đoán và xử trí chuyển dạ sinh non – Phác đồ Bệnh viện Từ Dũ 2022
4. Đánh giá chiều dài kênh cổ tử cung qua siêu âm ngã âm đạo và khả năng dự đoán sinh non tự phát – Tạp chí HOSREM 2013
5. Hướng dẫn lâm sàng dự phòng và điều trị sinh non 2016. Hội Phụ sản Việt Nam
6. Management of Preterm Labor. ACOG Practice Bulletin No.127, June 2012
7. Management of Preterm Labor. ACOG Practice Bulletin No.159, January 2016
8. Progestogens as Maintenance Treatment in Arrested Preterm Labor. ACOG No.5, November 2016
9. Role of ultrasound in the prediction of spontaneous preterm birth. ISUOG Practice Guidelines, July 2022
10. Management of short cervix in individuals without a history of spontaneous preterm birth, SMFM, August 2024
11. Management of previable and periviable preterm prelabor rupture of membranes, SMFM, October 2024
12. WHO (2015), WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes.