

SỞ Y TẾ TP.HỒ CHÍ MINH  
BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

## HƯỚNG DẪN

### Chuyển dạ sanh non

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVHV ngày 23/5/2014  
của giám đốc bệnh viện Hùng Vương)

## 1. SÀNG LỌC CHUYỂN DẠ SANH NON

### Các yếu tố dự báo chuyển dạ sanh non:

- Tuổi thai từ 22 tuần 1 ngày đến 36 tuần 6 ngày
- Yếu tố nguy cơ của sinh non [Mục 1 Phụ lục 1]
- Có cơn co tử cung gây đau [Mục 2 Phụ lục 1]
- Chiều dài kênh CTC < 25 mm [Mục 3 Phụ lục 1]
- Có thể có ra máu hay chất nhầy màu hồng từ lỗ cổ tử cung (quan sát cổ tử cung qua mỏ vịt).
- Xét nghiệm fFN [Mục 4 Phụ lục 1]
- Các nguyên nhân gây chuyển dạ sanh non [Mục 5 Phụ lục 1]

## 2. CHUYỂN DẠ SANH NON

### 2.1 Chẩn đoán:

- Tuổi thai từ hết tuần 22 đến trước khi hết 37 tuần
- Chẩn đoán chuyển dạ sanh non, **khi có cả hai triệu chứng** (1) có cơn co tử cung tính chất đều đặn, tần số 4 cơn trong 20 phút hoặc 6 cơn trong 60 phút; (2) cổ tử cung mở >2cm và/hoặc xóa >80%.
- Khi có cơn co tử cung mà không kèm thay đổi cổ tử cung thì không can thiệp.

### 2.2 Nguyên tắc điều trị:

Cần đảm bảo cho trẻ ít bị chấn thương nhất trong đẻ

- Tư vấn
- Dùng corticoid nếu trước đó chưa được dùng
- Cố gắng làm chậm cuộc sinh (trong 24 giờ bằng các thuốc giảm co thích hợp, ưu tiên dùng sulfate Magnesium bảo vệ não thai nhi khi thai ≤32 tuần[5])
- Chờ cuộc sinh tiến triển bình thường
- Thông báo cho bác sĩ nhi khoa
- Chuẩn bị phương tiện hồi sức, chăm sóc sơ sinh thiếu tháng

**2.3 Điều trị:****2.3.1 Điều trị ngoại trú: khi không đủ yếu tố chẩn đoán chuyển dạ sanh non**

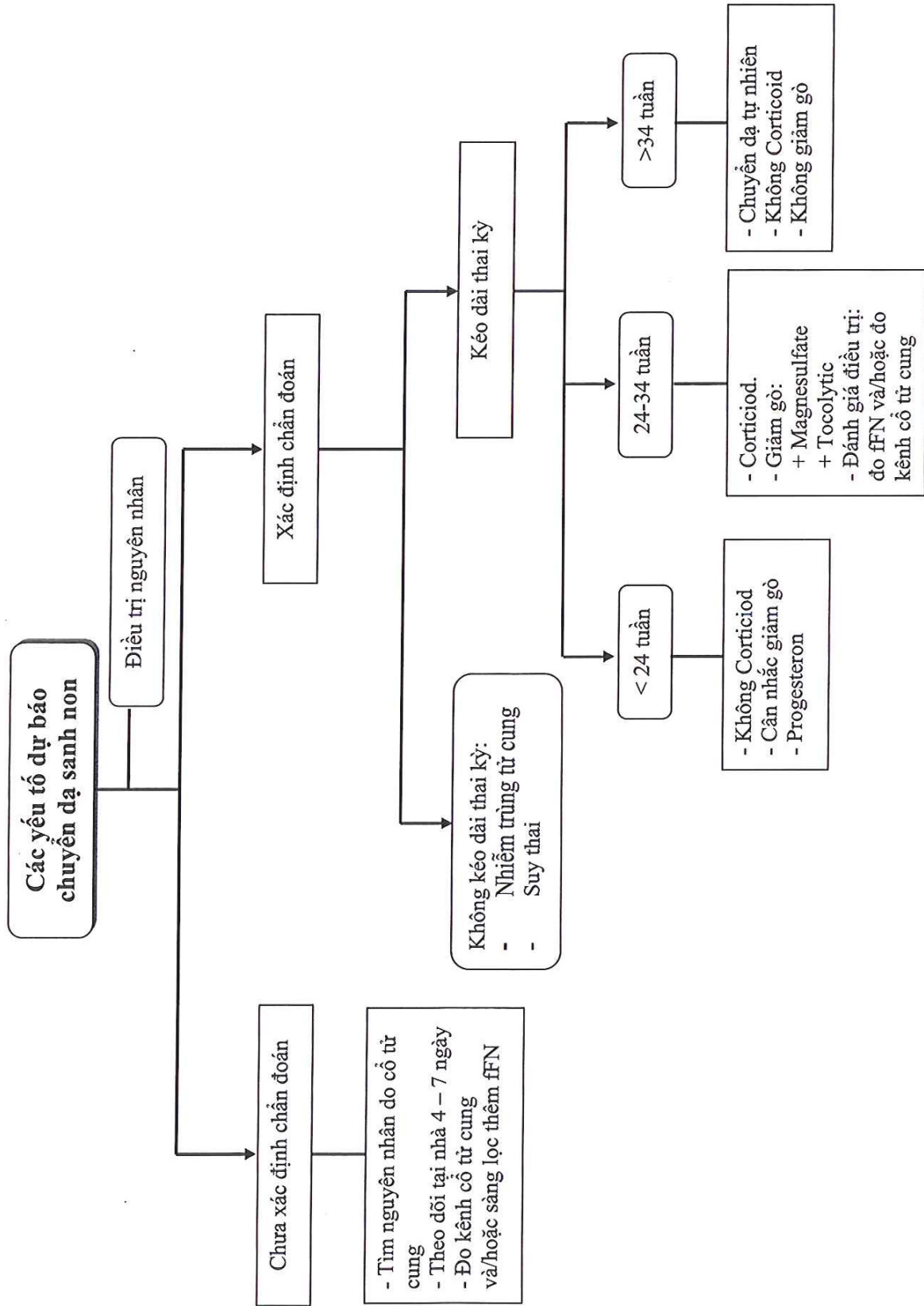
- Nằm nghỉ cho tới khi hết cơn co
- Tư vấn [Mục 5 Phụ lục 1]
- Thuốc: chỉ định trong trường hợp nguy cơ cao
  - + Progesterone [Mục 7 Phụ lục 1] 100 – 200 mg, ngày 2 lần, lần 1 viên (có nhiều dạng: uống, đặt âm đạo, đặt hậu môn)
  - + Corticoid kích thích trưởng thành phổi thai nhi [Mục 10 Phụ lục 1]
- Tái khám mỗi tuần

**2.3.2 Điều trị nội trú: khi chẩn đoán xác định chuyển dạ sanh non**

- Tìm nguyên nhân [Mục 5 Phụ lục 1]
- Nằm nghỉ
- Tư vấn
- Xác định tuổi thai
  - + Thai  $\geq$  35 tuần: Không kích thích trưởng thành phổi, không điều trị giảm gò, theo dõi chuyển dạ tự nhiên
  - + Thai 34-35 tuần: không kích thích trưởng thành phổi, cân nhắc giảm gò trong một số trường hợp: ngôi mông, đài tháo đường, đa thai,...
  - + Thai 24-34 tuần: kích thích trưởng thành phổi, điều trị giảm gò tối thiểu 48 giờ, cho thuốc cắt cơn co tử cung, bổ sung progesteron

**Lưu ý:** Theo dõi chuyển dạ tự nhiên khi thai từ 35 tuần trở lên. Cân nhắc Corticoid và giảm gò khi chưa đủ chứng cứ phổi thai nhi đủ trưởng thành

**3. LƯU ĐỒ XỬ TRÍ:**



## PHỤ LỤC 1: GIẢI THÍCH LƯU ĐỒ XỬ TRÍ DẠ SINH NON

### 1. Yếu tố nguy cơ của sinh non

- Tiền căn sinh non
- Thai phụ < 18 tuổi hay >40 tuổi
- Thai phụ < 35 kgs
- Cao huyết áp mạn
- Có tiền căn phẫu thuật ở cổ tử cung
- U xơ cơ tử cung to hay nhiều
- Đa thai hay đa ối
- Xuất huyết âm đạo
- Hút thuốc lá ( $\geq 10$  điếu/ ngày)
- Dùng các chất gây nghiện
- Thiếu máu mức độ trung bình trở lên
- Nhiễm khuẩn hay nhiễm trùng niệu

### 2. Con co tử cung:

Ghi nhận với Monitor sản khoa hay dùng tay: tính chất đều đặn, tần số 4 cơn trong 20 phút hoặc 6 cơn trong 60 phút.

### 3. Siêu âm chiều dài kênh cổ tử cung

Với điểm cắt 25 mm, nếu < 25 mm nên mô tả hình dạng, chữ T, Y, V hay U kèm sẽ tăng thêm giá trị tiên lượng. Lưu ý: Với các trường hợp nguy cơ sinh non nên thực hiện thường quy đo chiều dài kênh cổ tử cung

### 4. Xét nghiệm fFN – fetal Fibronectin/ huyết thanh

Thời điểm thực hiện 24 tuần – 36 tuần 6 ngày; màng ối còn; cổ tử cung < 3 cm. Điểm cắt: 50 ng/ml. Nếu fFN (-), chỉ có < 1% sẽ sinh trong 14 ngày; nếu fFN (+) 16% sinh trong 14 ngày. Có thể lập lại sau 1 – 2 tuần

### 5. Tìm nguyên nhân

Chiếm 50% các trường hợp

- Viêm nhiễm vùng âm đạo – cổ tử cung
- Nhiễm khuẩn đường tiêu
- Viêm nhiễm quanh tử cung: ruột thừa, túi thừa Meckel, vùng hồi manh tràng
- Xuất huyết nội do nhiều nguyên nhân

### 6. Tư vấn

- Về khả năng sống tương quan tuổi thai
- Dùng các thuốc giúp trưởng thành phổi thai nhi: steroids và surfactant bơm ngoài sau sinh
- Trẻ non tháng

- Nguy cơ của cuộc sinh non

**7. Progesterone**

- Hiệu quả cho đến hiện nay, thời điểm 16 tuần – 36 tuần
- Đường dùng: đặt âm đạo hay đặt hậu môn hay uống, tùy loại chế phẩm
- Liều dùng: 100 – 200 mg cho một lần, 1 – 2 lần / ngày

**8. Dùng Salbutamol giảm co cơ tử cung đặt hậu môn: Phụ lục 2.**

**9. Dùng Salbutamol giảm co cơ tử cung truyền tĩnh mạch: Phụ lục 2**

**10. Corticoides:**

- Chỉ định: dùng cho tuổi thai từ 24 đến hết 34 tuần, chỉ dùng một đợt
  - + Hoặc cho Betamethason 12 mg, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ
  - + Hoặc cho Dexamethason 6 mg/lần, tiêm bắp 4 lần, cách nhau 12 giờ
- Chống chỉ định: đang có nhiễm trùng cấp, xuất huyết tiêu hóa cấp, suy giảm miễn dịch hay đang dùng các chất ức chế miễn dịch do các lý do khác

**11. Dùng Nifedipine giảm co: Phụ lục 3**

**12. Dùng Atosiban giảm co: Phụ lục 4**

**13. Dùng Magnesium Sulfate giảm co: Phụ lục 5**

**15. Chăm sóc ban đầu trẻ non tháng: Phụ lục 6**

## PHỤ LỤC 2: THUỐC GIẢM GÒ BETAMIMETICS (KÍCH THÍCH $\beta$ 2-SALBUTAMOL)

### 1. Chống chỉ định

- Dị ứng với Salbutamol
- Cường giáp
- Bệnh lý tim mạch như: thiếu máu cơ tim, loạn nhịp tim, nhịp tim nhanh, đau thắt ngực
- Bệnh lý mạch máu: xơ vữa động mạch, phình động mạch
- Cao huyết áp, tiền sản giật
- Nhiễm trùng ối
- Thai lưu

### 2. Tác dụng phụ

- Mạch nhanh, rối loạn nhịp tim
- Buồn nôn, nôn
- Nhức đầu
- Run cơ (đặc biệt ở tay), chuột rút
- Áo giác
- Hạ kali/máu
- Giãn mạch ngoại vi, rối loạn chuyển hóa
- Phù phổi cấp (2%-5%)

### 3. Thận trọng

- Hạ Kali/máu
- Tiểu đường
  - + Liều dùng tương đối cao nên dễ gây ra các tác dụng phụ không mong muốn cho người mẹ, thuốc được dùng tại bệnh viện, dưới sự giám sát, theo dõi chặt chẽ của thầy thuốc
  - + Lưu ý nhiều khi dùng trong trường hợp đa thai
  - + Không nên kết hợp Salbutamol với thuốc ức chế canxi vì tăng nguy cơ tác dụng phụ
  - + Nên tránh dùng Salbutamol trong những tháng đầu của thai kỳ
  - + Nếu có gây tê ngoài màng cứng, nên ngưng dùng thuốc kích thích beta trước đó 2 giờ
  - + Trong lúc dùng, nếu phải gây mê toàn thân, tránh dùng loại halogen và dẫn cơ loại giống Acetylcholine

#### 4. Tương tác thuốc

Các thuốc làm hạ Kali/máu, digoxin, ipratropium, methyldopa, MAOIs, sulphamethoxazole, theophylline

#### 5. Liều dùng

- Salbutamol 0,5mg × 2 ống pha trong 500ml Glucose 5% (tránh dùng NaCl 0,9%), truyền tĩnh mạch bắt đầu XX giọt/phút (tương đương 0,67 mcg terbutaline mỗi phút) đánh giá gò tử cung với Monitor trong 2 giờ, tăng dần tốc độ mỗi 15 phút X giọt (0,33 mcg) cho đến khi cắt được cơn gò. Nếu khi tăng lên đến LX (60 giọt) /phút (2mcg) vẫn chưa giảm được cơn gò, cần xem xét khả năng dùng bơm tiêm điện để hạn chế lượng nước đưa vào. Liều thuốc dùng khi đến 45 mcg/phút hay **thời gian dùng hơn 48 giờ nên xem xét hiệu quả của Salbutamol**
- Sau khi hết gò, duy trì tốc độ đang truyền thêm 6 giờ, rồi giảm liều còn một nửa (50%) trong 6 giờ tiếp và chuyển qua dạng tọ dược Salbutamol 1mg, 1viên × 4-6 lần nhét hậu môn (cách mỗi 4-6giờ) và xem xét khả năng xuất viện theo dõi ngoại trú

#### 6. Theo dõi

- Đo mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, đo ECG trước khi truyền thuốc
- Đánh giá gò tử cung với Monitor trong 2 giờ đầu, sau đó mỗi 6 giờ (ghi 20 phút)
- Đo mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub> sau khi truyền thuốc 1 giờ
- Đo mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub> và kiểm tra tốc độ dịch truyền mỗi 6 giờ khi truyền thuốc
- Chú ý: tổng nước vào, nước ra

#### Lưu ý:

- Khi ghi nhận một hay nhiều dấu hiệu sau:
  - + Huyết áp  $\leq 90/60$ mmHg
  - + Mạch  $\geq 120$  lần/phút
  - + SpO<sub>2</sub> < 90%
  - + Bệnh nhân khó thở hoặc đau ngực (hết sức lưu ý nguy cơ phù phổi cấp)
- Thực hiện: (cho đến khi có Bác sĩ đến)
  - + Mời Bác sĩ đến xem bệnh
  - + Ngưng không dùng tiếp Salbutamol
  - + Cho thở Oxygen qua mặt nạ 8 Lít/phút
  - + Lập đường truyền tĩnh mạch giữ vein (6 giọt/ phút)
  - + Monitor theo dõi M, HA, SpO<sub>2</sub>
  - + Monitor theo dõi tim thai, gò tử cung

**PHỤ LỤC 3: THUỐC GIẢM GÒ:  
NIFEDIPINE - ỨC CHẾ CALCI**

**Dạng 10mg viên nang và dạng 20mg viên nén (tác dụng phóng thích chậm)**

**1. Chống chỉ định**

- Suy tim, shock tim
- Nhịp tim chậm, block nhĩ-thất, rối loạn chức năng nút xoang
- Đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim
- Hẹp valve ĐMC
- Cao huyết áp
- Dị ứng với Nifedipine hoặc các thành phần của thuốc

**2. Tác dụng phụ**

- Tụt huyết áp (có thể xảy ra khi sử dụng nifedipine, hoặc phối hợp các thuốc hạ áp khác đặc biệt là beta-blocker, hoặc khi phối hợp gây mê Fentanyl liều cao)
- Nhức đầu
- Đỏ bừng mặt
- Đỏ mồ hôi lòng bàn tay
- Phù ngoại biên (ví dụ: phù mắt cá chân)
- Phù phổi cấp

**3. Thận trọng**

- Suy gan → giảm liều
- Hiếm trường hợp tăng alkaline phosphatase, CPK, LDH, SGOT, SGPT, thường thoáng qua

**4. Tương tác thuốc**

- Các thuốc hạ áp → tăng nguy cơ tụt huyết áp
- Magnesium sulfate → tăng nguy cơ tụt huyết áp
- Ketoconazole, Fluconazole, Itraconazole
- Clarithromycin, Erythromycin, Azithromycin
- Nefazodone, Fluoxetine, Saquinavir, Indinavir, Nelfinavir, và Ritonavir → theo dõi huyết áp sát, cân nhắc giảm liều khi cần thiết
- Rifampine, Rifabutin, Phenobarbital, Phenytoin, Carbamazepine → giảm hiệu quả của nifedipine

**5. Liều dùng**

- Liều tấn công: nifedipin 10 mg, đặt dưới lưỡi (bệnh nhân ngậm cho tan dần). Nếu còn cơn co, cứ 20 phút ngậm 1 viên, tổng liều không quá 4 viên
- Liều duy trì: sau viên cuối của liều tấn công 3 giờ, dùng nifedipin (viên nén) tác dụng chậm 20mg, uống 1 viên, 8 giờ một lần. Duy trì không quá 72 giờ. Khi quá 72 giờ vẫn chưa đạt hiệu quả, cần đánh giá lại



**6. Theo dõi**

- Giai đoạn tấn công:
  - + Đo mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, đo ECG trước dùng thuốc
  - + Đo mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub> trước khi ngậm liều nifedipine kế tiếp
  - + Đo mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub> và đánh giá tim thai, cơn gò tử cung với monitor trong 2 giờ đầu từ khi bắt đầu dùng Nifedipine
- Giai đoạn duy trì
  - + Đo mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub> trước khi uống viên nén Nifedipine 20mg
  - + Đánh giá tim thai, cơn gò tử cung với monitor mỗi 8 giờ trong 20 phút

**Lưu ý:**

- Khi ghi nhận một hay nhiều dấu hiệu sau:
  - + Huyết áp  $\leq 90/60$ mmHg
  - + Mạch  $\geq 120$  lần/phút
  - + SpO<sub>2</sub>  $< 90\%$
  - + Bệnh nhân khó thở hoặc đau ngực (lưu ý nguy cơ phù phổi cấp), hoặc nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực
- Thực hiện: (cho đến khi có bác sĩ đến)
  - + Mời Bác sĩ đến xem bệnh
  - + Ngưng không dùng tiếp Nifedipine
  - + Cho thở Oxygen qua mặt nạ 8 Lít/phút
  - + Lập đường truyền tĩnh mạch giữ vein (6 giọt/ phút)
  - + Monitor theo dõi M, HA, SpO<sub>2</sub>
  - + Monitor theo dõi tim thai, gò tử cung

## PHỤ LỤC 4: THUỐC ĐỐI KHÁNG THỤ THỂ OXYTOCIN: ATOSIBAN (TRACTOCILE)

### 1. Chống chỉ định

- Thai <24 tuần hoặc  $\geq$  34 tuần
- Vỡ ối non/ thai >30 tuần
- Nhiễm trùng ối
- Nhịp tim thai bất thường
- Tiền sản giật, sản giật
- Thai lưu
- Nhau tiền đạo ra huyết nhiều
- Nhau bong non
- Các chỉ định chấm dứt thai kỳ về phía mẹ và thai
- Dị ứng với atosiban hoặc bất cứ thành phần nào của thuốc

### 2. Tác dụng phụ

- Buồn nôn, nôn
- Nhức đầu, chóng mặt, bừng nóng
- Nhịp tim nhanh
- Huyết áp hạ
- Đường huyết cao
- Phản ứng tại chỗ tiêm: ngứa và nổi ban
- Sốt
- Mất ngủ

(\*Phù phổi cấp ghi nhận xảy ra 2 trường hợp/1260 trường hợp dùng Atosiban. Hai trường hợp này trước đó đã dùng betamimetics chuyển sang atosiban)

### 3. Thận trọng:

- Nghi ngờ rỉ ối
- Rối loạn chức năng gan, thận
- Đa thai
- Thai từ 24 tuần - 27 tuần
- Lưu ý: khả năng sanh trong thời gian gần, có thể giảm khả năng co hồi tử cung, gây tăng khả năng mất máu sau sanh

### 4. Tương tác thuốc

- Chưa có nghiên cứu nào thực hiện với kháng sinh, các alkaloid và thuốc điều trị cao huyết áp
- Chưa đủ chứng cứ ghi nhận tương tác liên quan về lâm sàng giữa Tractocile và betamethasone

- Khi Tractocile và Labetalol dùng đồng thời, nồng độ cao nhất trong huyết tương (Cmax) của labetalol giảm 36% và thời gian để đạt được nồng độ cao nhất trong huyết tương (Tmax) tăng 45phút. Tuy nhiên, sự tương tác không có liên quan về lâm sàng. Labetalol không tác dụng lên dược động học của Tractocile
- Không dùng chung đường truyền tĩnh mạch atosiban với các thuốc khác
- **Cẩn thận khi dùng Atosiban ngay sau Betamimetics**

### 5. Liều dùng

- **Tiêm tĩnh mạch chậm** liều khởi đầu 6,75mg trong 0,9ml trong **một phút**. Pha một lọ 5ml (7,5mg/ml) với một trong các dung dịch sau:
  - + Natriclorua 0,9%
  - + Dung dịch Lactate Ringer
  - + Dung dịch glucose 5%
- **Truyền bơm tiêm điện 24ml/giờ** (tương đương là 18mg/giờ) trong **3 giờ**
- Sau 3 giờ, giảm tốc độ truyền bơm tiêm điện **8ml/giờ** (tương đương 6mg/giờ) **cho đến khi hết cơn gò tử cung** hoặc **45 giờ** (*xem xét khả năng thất bại*)

### 6. Theo dõi

- Giai đoạn tấn công:
  - + Đo mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, đo ECG trước dùng thuốc
  - + Đo mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub> sau liều tấn công
  - + Đo mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub> và đánh giá tim thai, cơn gò tử cung với monitor
  - + trong 2 giờ đầu
- Giai đoạn duy trì:
  - + Đo mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub> và đánh giá tim thai, cơn gò tử cung với monitor sau liều tấn công 3 giờ
  - + Đo mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub> mỗi 6 giờ sau đó
- Ngưng thuốc ngay và báo bác sĩ gấp khi:
  - + Huyết áp  $\leq 90/60$ mmHg
  - + Mạch  $\geq 120$  lần/phút
  - + Bệnh nhân khó thở hoặc đau ngực **cần lưu ý nguy cơ** phù phổi cấp, hoặc nhồi máu cơ tim hoặc cơn đau thắt ngực
- Trong lúc chờ đợi bác sĩ đến, thực hiện:
  - + Cho sản phụ nằm nghiêng + thở Oxy 8L/p
  - + Nghe Tim thai và đếm trong 1 phút

## PHỤ LỤC 5: THUỐC GIẢM GÒ: MAGNESIUM SULFATE 15% ống 10 ML

Thuốc này được cho là ảnh hưởng đến hoạt động của canxi trong cơ cơ tử cung bằng ức chế cạnh tranh

### 1. Chỉ định

- Chuyển dạ cần phải được trì hoãn trong 24 đến 48 giờ tới
- Giúp có thời gian để corticosteroid tiêm cho người mẹ giúp phổi của thai nhi trưởng thành
- Cung cấp thời gian để đưa thai phụ đến bệnh viện có khả năng chăm sóc tích cực sơ sinh
- Cổ tử cung < 4cm, và chưa vỡ ối
- Thai phụ khỏe mạnh và thai nhi vẫn còn sống
- Các loại thuốc giảm co đã không làm chậm lại các cơn co tử cung
- Điều trị bằng các loại thuốc giảm co khác bị dừng lại vì các tác dụng phụ

Lưu ý: trong trường hợp thai < 32 tuần, liên quan đến bảo vệ hệ thần kinh thai.

### 2. Chống chỉ định

- Nghẽn dẫn truyền nhĩ – thất (Block A-V)
- Nhồi máu cơ tim
- Suy thận (Thể tích nước tiểu < 30cc/ giờ; Creatinine >1.0)
- Nhược cơ thể nặng

### 3. Liều dùng – cách dùng

- Giảm gò
  - + Liều đầu: 2–4gr, thường dùng 3g pha loãng tiêm mạch chậm hay truyền tĩnh mạch trong 10 phút.
  - + Liều duy trì: mỗi 2g/giờ. Tối thiểu 24 giờ
- Bảo vệ não thai nhi đối với thai ≤ 32 tuần:
  - + Thời điểm bắt đầu truyền Sulfate magnesium lý tưởng để bảo vệ não thai nhi trong vòng 4 giờ trước sanh
  - + Liều đầu: 4gr, pha loãng tiêm mạch chậm hay truyền tĩnh mạch trong 30 phút.
  - + Liều duy trì: mỗi 1g/giờ cho đến lúc sanh hoặc tối đa 24 giờ nếu không vào chuyển dạ
  - + Ngưng thuốc giảm gò khác khi sử dụng Sulfate magnesium
  - + Theo dõi tác dụng phụ, các triệu chứng ngộ độc và sử dụng calci gluconat chống ngộ độc như trong ngừa co giật.

**4. Tương tác**

- Trong trường hợp hiếm hoi, các triệu chứng của ngộ độc magnesium (mất phản xạ gân xương, nhịp thở < 12 lần/phút, ngưng tím) xảy ra trong khi điều trị magnesium sulphate
- Xử trí: Ngưng Magnesium Sulfate. Dùng calci gluconat (đối vận) 10% ống 10 ml (1gram) tiêm mạch thật chậm

**5. Tác dụng phụ**

Tác dụng phụ thường gặp của thuốc này bao gồm:

- Yếu cơ và cảm giác mệt
- Nhìn mờ
- Nhức đầu
- Buồn nôn và nôn
- Nóng phồng mặt
- Nghẹt mũi
- Với thai nhi: có thể là giảm dao động nội tại (variability), giảm nhịp tim cơ bản

**6. Theo dõi**

- Do Magnesium Sulfate thải qua thận, nên việc theo dõi nước tiểu là hết sức quan trọng
- Khi có ngộ độc Magnesium Sulfate, lâm sàng biểu hiện đầu tiên là mất phản xạ gân xương (thường thực hiện ở đầu gối, phản xạ gân xương bánh chè). Nếu mất phản xạ, thực hiện ngay các biện pháp chống ngộ độc

**4. Tài liệu tham khảo:**

1. E.R. Norwitz, M. Belfort, G.R Saade and H. Miller, 2010. *Obstetric Clinical Algorithms: Management and Evidence*.
2. Antenatal Corticosteroids to Reduce Neonatal Morbidity and Mortality. *RCOG Green-top Guideline No. 7*, October 2010.
3. Antenatal Magnesium Sulphate Prior to Preterm Birth for Neuroprotection of the Fetus. *Infant and Child Australian Research Centre for Health of Women and Babies*, The University of Adelaide 2010
4. Tocolytic drug for women in preterm labor. *RCOG Green-top Guideline No. 1(B)* February 2011
5. Ultrasonographic Cervical Length Assessment in Predicting Preterm Birth in Singleton Pregnancies. *SOGC Clinical practice guideline No. 257*, May 2011

**GIÁM ĐỐC**

**Nguyễn Văn Trương**