

# ÔI VỠ NON

## I. ĐỊNH NGHĨA

Ôi vỡ non: ôi vỡ trước khi chuyển dạ (Prelabor rupture of membranes - PROM).

Ôi vỡ non ở thai non tháng: ôi vỡ non khi thai < 37 tuần (Preterm prelabor rupture of membranes - PPRM).

## II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- + Tiền căn ôi vỡ non
- + Xuất huyết 3 tháng đầu thai kỳ
- + Mẹ hút thuốc lá
- + Nhiễm trùng đường sinh dục dưới
- + Các yếu tố nguy cơ khác: tương tự yếu tố nguy cơ của chuyển dạ sinh non (xem phác đồ “Chuyển dạ sinh non”)

## III. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Lâm sàng

- Ra nước rỉ rả hay đột ngột trong âm đạo.
- Tính chất dịch: đục, lợn cợn, trong, vàng hay xanh sậm.
- Ra nước âm đạo liên tục hay ngắt quãng, đóng băng vệ sinh thấy ướt nước ôi.
- Đặt mỏ vịt vô khuẩn: quan sát dịch ôi chảy ra từ cổ tử cung (CTC), dịch ôi đọng trong túi cùng âm đạo, đánh giá màu sắc, mùi dịch ôi, xóa mờ cổ tử cung, ngôi thai.
- Nếu không rõ dịch ôi, lau sạch âm đạo CTC, sản phụ có thể được yêu cầu ho, rặn nhẹ... xem có dịch ôi chảy cổ tử cung.

### 3.2. Cận lâm sàng

- Nitrazine test: chỉ thị màu chuyển xanh. Dương tính giả khoảng 19-30%, đặc biệt khi có dấu chuyển dạ, trong trường hợp âm đạo có máu, tinh dịch, xà phòng, hoặc nhiễm trùng tiêu do Proteus species.
- PAMG-1 (placenta alpha microglobulin - 1, Amnisure) là một protein có từ tế bào màng rụng, không ảnh hưởng bởi tinh dịch hay máu, độ nhạy khoảng 94,4-98,9%, độ đặc hiệu khoảng 87,5-100%.
- Siêu âm đánh giá lượng nước ôi, ngôi thai, tăng trưởng thai.
- Xét nghiệm huyết đồ, CRP (nếu cần).
- CTG hoặc non-stress test (nếu cần).
- Xét nghiệm tầm soát Liên cầu khuẩn nhóm B (GBS) (nếu cần).

## IV. XỬ TRÍ

### 4.1. Nguyên tắc chung

- Xử trí tùy thuộc: tuổi thai, dấu hiệu chuyển dạ, tình trạng nhiễm trùng, ngôi thai, sức khỏe thai.
- Hạn chế thăm khám âm đạo, chỉ khám âm đạo khi:
  - + Có chuyển dạ: cần đánh giá tiến triển CTC và ngôi thai.

+ Cần đánh giá chỉ số Bishop để quyết định phương pháp khởi phát chuyển dạ.

- Đánh giá tình trạng nghi ngờ hoặc nhiễm trùng ối để xử trí kịp thời.

- Theo dõi sát tình trạng thai qua nghe tim thai, siêu âm và CTG hoặc non-stress test.

#### 4.2. Điều trị mong đợi

- Tuổi thai < 34 tuần không có nhiễm trùng, không dấu hiệu đe dọa mẹ và thai: cần điều trị mong đợi, cần tư vấn về nguy cơ và lợi ích.

- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng ối (xem Phác đồ “Nhiễm trùng ối”).

- Xét nghiệm huyết đồ mỗi 48 giờ hoặc khi nghi ngờ có dấu hiệu nhiễm trùng.

- Siêu âm kiểm tra chỉ số ối mỗi 48 giờ nếu ối bình thường, mỗi ngày nếu người bệnh thiếu ối hoặc khi người bệnh khai ra nước âm đạo nhiều.

- Khám mỏ vịt đánh giá tính chất ối mỗi 3 ngày.

- Không sử dụng thuốc cắt cơn gò tử cung.

- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh:

+ Chỉ định: thai 24 tuần đến 33 tuần 6 ngày có nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày.

- Thường quy cho thai 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày.

- Cân nhắc sử dụng khi thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.

+ Sử dụng liệu pháp Corticosteroids trước sinh ngay cả khi không chắc chắn có đủ thời gian để hoàn thành đủ liều Corticosteroids.

+ Liều dùng:

- Betamethasone 12 mg tiêm bắp (TB) 2 liều cách nhau 24 giờ.

- Hoặc Dexamethasone 6 mg TB 4 liều cách nhau 12 giờ

- Kháng sinh dự phòng:

+ Lựa chọn 1:

- Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và

- Ampicillin 2 g (TMC) mỗi 6 giờ đến 48 giờ, sau đó

- Amoxicillin 500 mg (u) mỗi 8 giờ trong 5 ngày.

+ Lựa chọn 2:

- Ampicillin 2 g (TMC) mỗi 6 giờ + Erythromycin 250 mg (u) mỗi 6 giờ đến 48 giờ, sau đó

- Amoxicillin 250 mg (u) mỗi 8 giờ + Erythromycin 333 mg (u) mỗi 8 giờ trong 5 ngày.

+ Trường hợp có nguy cơ thấp phản ứng phản vệ với Penicillin:

- Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và

- Cefazolin 1 g (TMC) mỗi 8 giờ đến 48 giờ, sau đó

- Cephalexin 500 mg (u) mỗi 6 giờ trong 5 ngày.

+ Trường hợp nguy cơ cao phản ứng phản vệ với Penicillin:

- Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và

- Clindamycin 900 mg (TTM) mỗi 8 giờ đến 48 giờ + Gentamycin 5 mg/kg (TTM) mỗi 24 giờ đến 48 giờ, sau đó
  - Clindamycin 300 mg (u) mỗi 8 giờ trong 5 ngày.
- + Trường hợp dị ứng nặng với Penicillin, GBS (+) kháng Clindamycin hoặc không có kháng sinh đồ:
  - Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và
  - Vancomycin 20 mg/kg (tối đa 2 g) (TTM) mỗi 24 giờ đến 48
- \* Lưu ý: xét nghiệm creatinin trước khi sử dụng Vancomycin
- Cân nhắc điều trị ngoại trú, tái khám 1 tuần khi:
  - + Trường hợp ối vỡ non không ra thêm nước ối sau 7 ngày điều trị kháng sinh dự phòng.
  - + Không có dấu hiệu nhiễm trùng theo lâm sàng và cận lâm sàng.
  - + Lượng nước ối bình thường qua siêu âm.
  - + Sản phụ được ký tự vấn đồng thuận về lợi ích và nguy cơ của việc điều trị mong đợi.
  - + Hướng dẫn sản phụ tự đo nhiệt độ 2 lần/ngày, các dấu hiệu cần tái khám ngay: sốt, ra nước âm đạo, dịch âm đạo hôi, thai máy ít...

#### **4.3. Chấm dứt thai kỳ**

- Chấm dứt thai kỳ khi:
  - + Thai  $\geq$  34 tuần hoặc thai < 24 tuần
  - + Chuyển dạ thật sự
  - + Sa dây rốn
  - + Nhau bong non
  - + Bất thường sức khỏe mẹ và thai có chỉ định chấm dứt thai kỳ
  - + Chẩn đoán nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng ối
- Dùng Magnesium Sulfate bảo vệ não ở trẻ sinh non:
  - + Chỉ định: thai 24 tuần đến 31 tuần 6 ngày có nguy cơ sắp sinh non trong vòng 24 giờ, áp dụng cho cả đơn thai và đa thai.
    - Thường quy cho thai 28 tuần đến 31 tuần 6 ngày.
    - Cân nhắc sử dụng khi thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.
  - + Chống chỉ định: mẹ bị nhược cơ.
  - + Thận trọng: tiền căn mẹ bị thiếu máu cơ tim, rối loạn dẫn truyền tim
  - + Trường hợp tăng huyết áp hoặc tiền sản giật (sử dụng theo phác đồ “Tăng huyết áp thai kỳ”).
  - + Liều lượng: Magnesium sulfate 4,5 g liều duy nhất, truyền tĩnh mạch chậm trong 20-30 phút.
  - + Giảm liều ở người bệnh có thiếu niệu hoặc dấu hiệu khác của suy thận.
  - + Khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ vì nguyên nhân của mẹ hoặc thai, Magnesium sulfate được chỉ định lý tưởng nhất trước sinh 4 giờ.

- Khi có chuyển dạ: đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ mỗi 4 giờ ở giai đoạn tiềm thời và mỗi 1-2 giờ ở giai đoạn hoạt động, đánh giá các dấu hiệu của nhiễm trùng ối.

- Chỉ định và liều dùng kháng sinh: xem phác đồ “Nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B trong thai kỳ”.

- Các phương pháp chấm dứt thai kỳ:

+ Ưu tiên sinh ngả âm đạo, mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa.

+ Khi theo dõi sinh ngả âm đạo: không dấu hiệu nhiễm trùng, không dấu hiệu đe dọa mẹ và thai, có thể theo dõi sau 12 giờ nếu không vào chuyển dạ tự nhiên, khởi phát chuyển dạ dựa trên chỉ số Bishop:

- Chỉ số Bishop  $\geq 6$ : khởi phát chuyển dạ bằng Oxytocin

- Chỉ số Bishop  $< 6$ : gây chín muồi CTC bằng PGE2 trước khi dùng Oxytocin

## V. DỰ PHÒNG

Sản phụ mang đơn thai có tiền căn sinh non (có kèm hoặc không kèm ối vỡ non) có thể bổ sung liệu pháp progesterone bắt đầu từ khi thai 16 tuần đến khi thai 20 tuần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, trang 123.

2. ACOG (2020), Prelabor rupture of membranes, vol 135.

3. ACOG (2010), Committee opinion number 455, Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection.

4. Patrick Duff (2021), Preterm prelabor rupture of membranes: Management and outcome, Uptodate.

5. Patrick Duff (2021), Preterm prelabor rupture of membranes: Clinical manifestations and diagnosis, Uptodate 2021.

6. WHO (2015), WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes.