

## ĐA ỒI

### I. ĐẠI CƯƠNG

Đa ối gặp ở 0,5 - 3% thai phụ, chẩn đoán dựa vào lâm sàng và siêu âm.

### II. NGUYÊN NHÂN

#### 2.1. Do mẹ

- Tiểu đường thai kỳ (20%)
- Bất đồng nhóm máu Rhesus (10%)

#### 2.2. Do thai

- Bất thường nhiễm sắc thể (13,18,21...)
- Nhiễm trùng bào thai (TORCH)
- Thiếu máu thai
- Bất thường hình thái thai

+ Bất thường hệ thần kinh trung ương: não úng thủy, vô sọ, chẻ đôi đốt sống

+ Bất thường thần kinh - cơ: bệnh nhược cơ, bệnh Steinert, rối loạn nuốt (Pierre Robin, sứt môi chẻ vòm...).

+ Bất thường vùng cổ - lồng ngực: tăng sinh tuyến dạng nang ở phổi, phổi biệt trí

- + Bệnh tim bẩm sinh
- + Bất thường hệ tiêu hóa: hẹp thực quản, hẹp tá tràng
- + Bất thường thành bụng: thoát vị rốn
- + Thoát vị hoành
- + Bất thường thận: hội chứng Bartter
- + Bất thường hệ xương.
- + Shunt: phình tĩnh mạch Galien, bứu quái cùng cụt, bứu máu ...
- + Các hội chứng đa dị tật
- + Song thai: hội chứng truyền máu song thai, TRAPS
- + Phù nhau thai.
- + Vô căn (30%).

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 3.2. Lâm sàng

- Dấu hiệu quá tải của sản phụ: khó thở, tim nhanh ...
- Bề cao tử cung tăng nhanh, có thể kèm thành bụng căng bóng
- Sờ nắn bụng: dấu hiệu “sóng vỗ”
- Khám âm đạo: dấu hiệu “cục đá”

#### 3.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm
  - + Chỉ số ối (AFI: Amniotic fluid index) 3 tháng giữa:  $\geq 22$  cm, 3 tháng cuối:  $\geq 25$  cm
  - + Hoạch xoang ối lớn nhất  $\geq 8$  cm

+ Xoang ối lớn nhất  $\geq 16$  cm: mức độ nặng

Mức độ	Nhẹ	Trung bình	Nặng
AFI	25 - 30 cm	30,1 - 35 cm	> 35 cm
Xoang ối lớn nhất	8 - 11,9 cm	12 - 15,9 cm	$\geq 16$ cm

- Siêu âm tiền sản: tìm bất thường hình thái liên quan đa ối.

- Siêu âm đo chiều dài kênh cổ tử cung.

- Xét nghiệm 75 gram glucose.

- Xét nghiệm nhóm bệnh nhiễm trùng gồm Toxoplasma gondii, Rubella, Cytomegalovirus (CMV), Herpes simplex virus (HSV) (xét nghiệm TORCH).

- Cân nhắc chọc ối xét nghiệm karyotype, TORCH, thalassemia ...

#### IV. XỬ TRÍ

- Điều trị ngoại trú:

+ < 34 tuần: tái khám mỗi 2 tuần + đo chiều dài kênh cổ tử cung + cân nhắc liệu pháp Corticosteroids trước sinh.

+  $\geq 34$  tuần: tái khám, siêu âm Doppler màu và non stress test (NST) mỗi tuần.

- Tiêu chuẩn nhập viện:

+ Xuất hiện dấu hiệu quá tải.

+ Dấu hiệu dọa sinh non.

+ Thai  $\geq 39$  tuần.

+ CTG nhóm II trở lên hoặc siêu âm Doppler màu bất thường.

- Điều trị nguyên nhân (nếu có).

- Điều trị triệu chứng:

+ Giảm ối: nếu có triệu chứng quá tải ở sản phụ (khó thở, nhịp tim nhanh, đau bụng...), tốc độ < 1 lít/20 phút. Thủ thuật có thể lặp lại tùy thuộc tốc độ tái lập ối.

+ Indomethacine: khi đủ điều kiện theo dõi.

• Chỉ định: đa ối vô căn và khi tuổi thai chưa đủ trưởng thành.

• Liều khởi đầu 25 mg (uống), 4 lần/ngày, nếu thể tích ối (AFV) không giảm trong 2-3 ngày điều trị có thể tăng liều đến 3 mg/kg/ngày. Giảm liều hoặc ngưng điều trị khi AFV giảm, hướng ngưng điều trị trước 34 tuần.

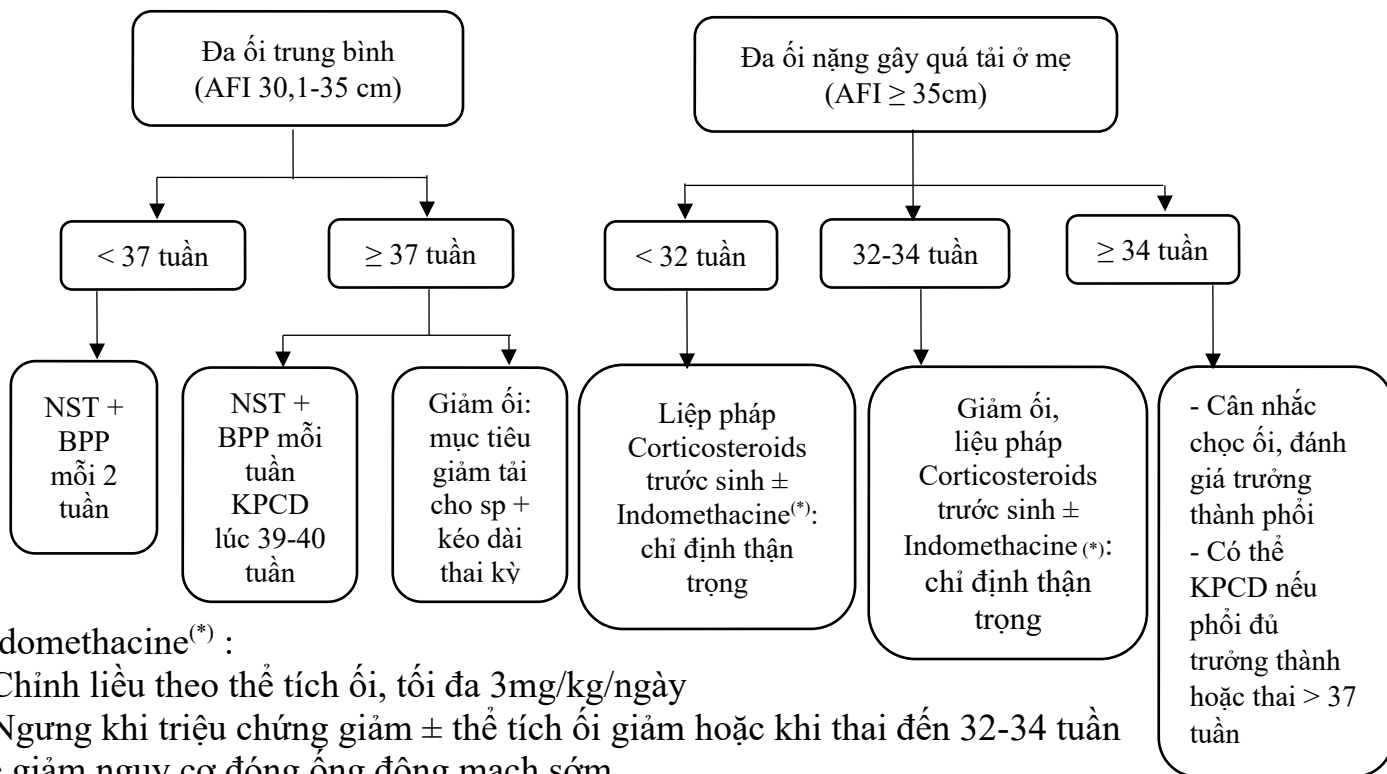
• Tác dụng phụ đáng lo ngại nhất của Indomethacine là nguy cơ đóng ống động mạch sớm ở thai nhi. Do đó, nếu thời gian điều trị trên 48 giờ và thai trên 24 tuần khuyến cáo nên theo dõi Doppler thai mỗi 2 ngày đến mỗi tuần, kèm với siêu âm tìm dấu hiệu hẹp ống động mạch (ĐM) (phổ ngược dòng ở van 3 lá, thất phải mất chức năng). Nguy cơ đóng ống ĐM tăng 50% từ 32 tuần trở lên, đóng ống ĐM sẽ cải thiện ngay sau khi ngưng điều trị 24 giờ. Chỉ định: đa ối vô căn và khi tuổi thai chưa đủ trưởng thành.

- Tác dụng phụ khác ở mẹ: trào ngược, nôn ói, viêm dạ dày ...
- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh: thường quy đối với thai từ 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày, cân nhắc đối với thai từ 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.
- Chỉ định chấm dứt thai kỳ:
  - + Thai  $\geq 39$  tuần có đa ối nhẹ đến trung bình, NST bình thường
  - + Thai  $\geq 37$  tuần có đa ối nặng.
  - + Thai 34-37 tuần có triệu chứng quá tải nặng ở mẹ và đã có liệu pháp Corticosteroids trước sinh.

## V. BIẾN CHỨNG SẢN KHOA

- Sinh non
- Ối vỡ non
- Sa dây rốn
- Ngôi bất thường
- Băng huyết sau sanh do đờ tử cung.

### Thái độ xử trí trong trường hợp đa ối đơn thuần (đơn thai)



#### Indomethacine<sup>(\*)</sup> :

- Chính liều theo thể tích ối, tối đa 3mg/kg/ngày
- Ngưng khi triệu chứng giảm ± thể tích ối giảm hoặc khi thai đến 32-34 tuần để giảm nguy cơ đóng ống động mạch sớm
- Theo dõi khi điều trị > 48 giờ và thai > 24 tuần: siêu âm doppler thai mỗi 2 ngày
- 1 tuần ± siêu âm tim thai

KPCD: Khởi phát chuyển dạ

BPP: Biophysical profile

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. Hamza,<sup>1</sup> D. Herr,<sup>1</sup> E. F. Solomayer,<sup>2</sup> and G. MeybergSolomayer Polyhydramnios (2013), Causes, Diagnosis and Therapy, Geburtshilfe Frauenheilkd; 73(12), 1241-1246.
2. Cabrol D, Jannet D, Pannier E (1996), Treatment of symptomatic polyhydramnios with indomethacin, Eur. J. Obstet, Gynecol, Reprod, Biol, 66,11-15.
3. Cabrol D, Landesman R, Muller J, Uzan M, Sureau C, Saxena BB (1987). Treatment of polyhydramnios with prostaglandin synthetase inhibitor (indomethacin). Am. J. Obstet. Gynecol, 157(2), 422-426.
4. D.Carol, F.Goffinet et al (2008), Protocoles cliniques en Obstétriques , Abreges de Périnatalité, 3<sup>e</sup> edition.
5. Desmedt EJ, Henry OA, Beischer NA (1992). Polyhydramnios and associated maternal and fetal complications in singleton pregnancies, Br. J. Obstet. Gynaeco, 97,115-122.
6. Magann EF, Nolan TE, Am J Obstet Gynecol (1992), 167,1533. Hess LW, et al, Measurement of amniotic fluid volume: accuracy of ultrasonography techniques.
7. Ron Belooses MD et al (2015), Polyhydramnios, Uptodate.