

Chuyên đề
Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH TP. HỒ CHÍ MINH • TẬP 45 - THÁNG 02/2018

**CÁC BIỆN PHÁP
NGỪA THAI SỬ DỤNG NỘI TIẾT**



Merck



NHÀ XUẤT BẢN PHƯƠNG ĐÔNG

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 45

CÁC BIỆN PHÁP NGỪA THAI SỬ DỤNG NỘI TIẾT

- 06 < Tránh thai nội tiết trong thời kỳ hậu sản
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 10 < Dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel
Triệu Thị Thanh Tuyền, Huỳnh Hoàng Mi
- 16 < Sử dụng thuốc nội tiết ngừa thai ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang
Nguyễn Khánh Linh
- 20 < Các biện pháp tránh thai cho phụ nữ tiền mãn kinh
Nguyễn Hữu Nghị
- 24 < Điều hòa chọn lọc thụ thể progesterone - ứng dụng tránh thai khẩn cấp
Võ Thị Thành
- 27 < Thuốc ngừa thai và dự trữ buồng trứng
Lê Thị Ngân Tâm
- 31 < Hiệu quả khác của thuốc ngừa thai
Trần Thế Hùng
- 33 < Ngừa thai nam bằng hormone
Nguyễn Văn Học
- 36 < Ối vỡ – Khởi phát chuyển dạ hay chờ đợi?
Lê Hồng Cẩm
- 42 < Cập nhật các phương pháp giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng vết mổ lấy thai
Bùi Chí Thương
- 47 < Chiến thuật phòng ngừa lây truyền viêm gan siêu vi B từ mẹ sang con
Phan Thị Mai Hoa
- 51 < Cập nhật về vai trò của aspirin trong dự phòng tiền sản giật
Bùi Quang Trung
- 56 < Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán nhau cài răng lược
Nguyễn Thu Thủy
- 59 < Cập nhật khuyến cáo về tầm soát và dự phòng nhiễm khuẩn sơ sinh sớm do liên cầu khuẩn beta tan huyết nhóm B
Nguyễn Mai An, Phạm Thị Minh Trang
- 63 < Thuật ngữ phân loại và chẩn đoán thai ngoài tử cung
Lê Tiểu My
- 69 < Khuyến cáo về tầm soát ung thư vú ở những phụ nữ có nguy cơ (ACOG)
Phan Hà Minh Hạnh
- 75 < Tổng quan tầm soát ung thư vú ở phụ nữ từ 40 tuổi trở lên
Hồ Hoàng Thảo Quyên
- 79 < Hiếm muộn và u lạc nội mạc tử cung
Hồ Mạnh Tường
- 81 < Theo bước chân Gemba ở môi trường bệnh viện
Nguyễn Phạm Hoàng Lan
- 83 < Ứng dụng Lean vào y tế
Võ Thị Hà
- JOURNAL CLUB
- 87 < Sử dụng metformin ở nhóm vô sinh nữ có hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)
- 89 < Cập nhật khuyến cáo lâm sàng trong chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa băng huyết sau sinh
- 90 < Biện pháp tránh thai tác dụng kéo dài: que cấy và dụng cụ tử cung
- 92 < Vai trò của việc tuân thủ điều trị trong hiệu quả dự phòng tiền sản giật của aspirin liều thấp
- 93 < Lập kế hoạch sinh sản để giảm tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn
- 95 < Góc tử cung - cổ tử cung: phương tiện tầm soát mới trên siêu âm giúp tiên đoán khả năng sinh non tự phát
- 96 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 104 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề Y học sinh sản - tập 46: "TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ"
Tập 46 sẽ xuất bản vào tháng 5/2018. Hạn gửi bài cho tập 45 là 20/02/2018.

Chuyên đề Y học sinh sản - tập 47: "UNG THƯ PHỤ KHOA"
Tập 47 sẽ xuất bản vào tháng 8/2018. Hạn gửi bài cho tập 47 là 20/05/2018.

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 hệ Unicode (Times New Roman hoặc Arial), bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo vui lòng trích dẫn ở bài vui lòng đặt trong ngoặc đơn (Tác giả, năm xuất bản), 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 toàn bài). 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 và hình ảnh minh họa rõ ràng.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn)
Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

ỔI VỠ - KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ HAY CHỜ ĐỢI?

Lê Hồng Cẩm

Đại học Y Dược TPHCM



TỪ KHÓA

- PROM: Premature rupture of membranes.
- PPRM: Preterm premature rupture of membranes.
- PPPROM: Prolonged preterm premature rupture of membranes.
- Latency period.
- BV: Bacterial vaginosis.
- GBS: group B *streptococcus*.

MỞ ĐẦU

Sinh non chiếm khoảng 12% tất cả các trẻ sinh ra ở Hoa Kỳ và là nguyên nhân chính gây ra bệnh suất và tử suất cho trẻ sơ sinh trong đó ối vỡ non chiếm 3%. Phương pháp tối ưu để đánh giá lâm sàng và điều trị ối vỡ non ở thai đủ tháng và non tháng vẫn còn chưa thống nhất. Điều trị dựa vào tuổi thai, nguy cơ của sinh ngay hay chờ đợi (nhiễm trùng, nhau bong non, sa dây rốn...). Mục đích bài viết này là điểm lại hiểu biết hiện tại về tình trạng này và cung cấp hướng dẫn điều trị dựa trên những kết quả nghiên cứu có giá trị, đồng thời cũng dựa trên sự đồng thuận và một số ý kiến của các chuyên gia.

ĐỊNH NGHĨA

Ổi vỡ sớm là vỡ màng ối trước khi có chuyển dạ. Vỡ màng ối trước khi chuyển dạ và trước 37 tuần của thai kỳ gọi là ối vỡ non (ACOG, 2016).

TẦN SUẤT

Ổi vỡ xảy ra khoảng 8-10% của tất cả thai kỳ,

khoảng 8% ở thai đủ tháng (hơn 37 tuần của thai kỳ) thông thường sẽ bắt đầu chuyển dạ sau khi ối vỡ. Ổi vỡ non ở thai non tháng được định nghĩa là ối vỡ xảy ra trước 37 tuần của thai kỳ chiếm tỷ lệ 3%, trong đó, 0,7% thai <27 tuần, 1% tuổi thai từ 27-34 tuần và 1% từ 34-37 tuần (Philippa Middleton). Ổi vỡ non là một trong ba nguyên nhân gây sinh non và gây ra một số biến chứng cho thai nhi như: hội chứng suy hô hấp, xuất huyết trong não thất, nhiễm trùng thai, hoại tử ruột thai nhi, bất thường chức năng vận động và thần kinh, nhiễm trùng huyết. Ổi vỡ non gây nhiễm trùng ối 15-25%, nhiễm trùng hậu sản 15-20%, tỷ lệ nhiễm trùng càng cao nếu ối vỡ ở tuổi thai càng non tháng (ACOG, 2016). Biến chứng khác của ối vỡ là sa dây rốn và nhau bong non 2-5%. Hậu quả của ối vỡ non tùy thuộc vào tuổi thai khi vỡ ối. Vỡ ối non xảy ra ở 3 tháng giữa thai kỳ do chọc ối để chẩn đoán di truyền thường tự bít kín. Nếu thiếu ối xuất hiện trước 22 tuần của thai kỳ thường do sự phát triển bất thường của phôi thai và gây nên thiếu sản phổi. Từ tuần 24-26 thai kỳ, thai nhi có thể sống sót tuy nhiên tử vong trong nhóm cực non này là chắc chắn (Sân khoa, 2014).

NGUYÊN NHÂN CỦA ỔI VỠ

Một số yếu tố kết hợp với ối vỡ non như tình trạng kinh tế xã hội thấp, tử cung căng quá mức, chảy máu trong tam cá nguyệt thứ hai hay ba, nguy cơ ối vỡ non tăng gấp 3-7 lần, chỉ số khối cơ thể thấp, dinh dưỡng thiếu đồng và acid ascorbic, thai phụ hút thuốc nguy cơ tăng 2-4 lần, cổ tử cung bị khoét

chóp hay khâu cổ tử cung, thai phụ có bệnh phổi trong thai kỳ, bệnh mô liên kết. Tuy nhiên, phần lớn không rõ nguyên nhân. Ổi vỡ non thường có liên quan đến nhiễm trùng niệu dục như *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, GBS, BV. Vi khuẩn gây phóng thích protease làm suy yếu và gây vỡ màng ối đồng thời cũng kích thích đáp ứng viêm của thai phụ làm tăng cytokines tại chỗ, MMPs và prostaglandins. Thai phụ có tiền căn sinh non, đặc biệt sinh non do ối vỡ non có nguy cơ gây sinh non do ối vỡ non cho thai kỳ này (RR 3,3; KTC 95% 2,1-5,2). Hơn nữa, thai phụ có tiền căn ối vỡ non dẫn tới sinh non có nguy cơ ối vỡ non và sinh non trước 28 tuần so với thai phụ không có tiền căn sinh non do ối vỡ non (RR 13,5; KTC 95% 23,0-80,3). Một nghiên cứu khác ghi nhận tỷ lệ tái phát ối vỡ non là 32%.

Bằng chứng hiện nay cho thấy 17- α -hydroxyprogesterone caproate (17-P) hay progesterone đặt âm đạo dự phòng sinh non do OVN hay sinh non do chiều dài cổ tử cung ngắn. Vitamine C không có hiệu quả dự phòng ối vỡ non (Gabbe, 2017).

CHẨN ĐOÁN

(Beckmann's Obstetrics, Uptodate 2017)

Chẩn đoán ối vỡ non dựa trên hồi bệnh sử ra dịch ở âm đạo và xác định đó là dịch ối. Trong trường hợp điển hình thai phụ thấy ra dịch âm đạo lượng nhiều hay ra rỉ rả liên tục, dịch âm đạo có thể có lẫn chất gây hay phân su, kèm theo đau bụng nếu có chuyển dạ, sốt nếu có nhiễm trùng.

Khám âm đạo bằng tay sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng trong tử cung và rút ngắn giai đoạn tiềm tàng nếu thai non tháng, do đó, không nên khám âm đạo bằng tay, trừ khi có chuyển dạ. Nếu có chuyển dạ, cũng nên hạn chế số lần khám âm đạo, vì nguy cơ nhiễm trùng ối tăng theo số lần khám âm đạo bằng tay.

Đặt mỏ vịt vô trùng để chẩn đoán vỡ ối, xem độ mở và xóa cổ tử cung. Khám bằng mỏ vịt quan sát thấy nước ối đọng lại ở âm đạo hay chảy ra qua lỗ cổ tử cung, có thể ấn vào đáy tử cung hay ho làm tăng áp lực ổ bụng để thấy dịch ối chảy ra qua lỗ cổ tử cung. Trong lúc đặt mỏ vịt, lấy dịch âm đạo hay dịch

ở cổ tử cung để tìm *N.gonorrhoeae*, *Streptococcus tán huyết nhóm B*, *Chlamydia trachomatis*, có thể lấy dịch ối xét nghiệm độ trưởng thành của thai nhi và làm xét nghiệm Nitrazin hay xét nghiệm kết tinh hình lá dương xỉ (Hacker).

Nitrazin test

Nitrazin test xác định là dịch ối dựa vào sự khác biệt pH của nước ối có tính kiềm (pH 7,0-7,3) so với pH của âm đạo (pH 3,8-4,2), nước tiểu (pH 5,0-6,0) bằng giấy Nitrazine. Thực hiện sau khi đặt mỏ vịt quan sát, dùng 1 tấm bông vô trùng đặt vào cùng đồ sau âm đạo để thấm dịch đọng tại đây rồi thử trên giấy Nitrazin, nếu giấy đổi màu vàng cam sang màu xanh đậm là dịch ối. Tuy nhiên, máu, tinh dịch, nhiễm khuẩn âm đạo có thể cho kết quả dương tính giả, thử nghiệm âm tính giả nếu ra nước ối rỉ quá ít hay không còn nước ối.



Hình 1. Thử nghiệm Nitrazin đổi màu giấy quỳ từ màu vàng sang màu xanh đậm. (UptoDate)
(A) Bình thường.
(B) BV.
(C) Thai phụ với màng ối vỡ sớm.

Xét nghiệm kết tinh hình lá dương xỉ

Xét nghiệm kết tinh hình lá dương xỉ giúp phân biệt dịch ối với dịch khác không phải nước ối. Bằng cách phết dịch ối lên lam kính và để khô trong nhiệt độ phòng trong 10 phút rồi xem dưới kính hiển vi sẽ thấy kết tinh hình lá dương xỉ, hiện tượng này xảy ra do thành phần chloride sodium trong dịch ối. Xét nghiệm này giúp chẩn đoán vỡ ối hơn là Nitrazin test, tuy nhiên, không có xét nghiệm nào có độ tin cậy là 100%. Phân biệt nước ối với chất nhầy cổ tử cung cổ tử cung do chất nhầy cổ tử cung sẽ không có hình lá dương xỉ, nếu có sự phân nhánh cũng rất ít.



Hình 2. Ferning (Williams Obstetrics).

PAMG-1 (AmniSure) (Hình 3)

PAMG-1 dùng phương pháp miễn dịch sắc ký phát hiện alpha microglobulin-1 protein của nhau trong dịch âm đạo. Tắm bông vô trùng đặt vào âm đạo 1 phút, sau đó đặt vào lọ chứa dung dịch hòa tan trong 1 phút. Dùng mẫu AmniSure nhúng vào, xét nghiệm đọc sau 5-10 phút: nếu hiện lên 1 gạch âm tính, hai gạch dương tính, không hiện là xét nghiệm sai. Tuy nhiên, giá thành còn cao (35-45 USD). Độ nhạy 98% và chuyên 87%.

Một số xét nghiệm khác như IGFBP1 (Actim PROM); protein tiết ra từ màng ối và nhau thai độ nhạy 95-100% độ chuyên 95-98%. Test này có ở châu Âu.

Placental protein 12 và alpha-fetoprotein (ROM plus). Kết hợp kháng thể đơn dòng hay đa dòng phát hiện 2 protein trong dịch ối, test có độ nhạy cao (99%) nhưng độ chuyên thấp hơn (91%) so với Nitrazin và Fern test.

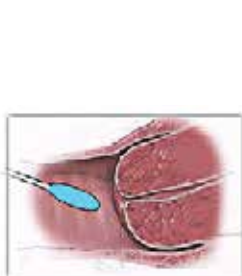
Xét nghiệm Fetal fibronectin âm tính là không có vỡ màng ối.

Alpha-fetoprotein (AFP) trong âm đạo là có vỡ ối. Trong một nghiên cứu thử đặt băng vệ sinh để xem có vỡ ối độ nhạy 96,2% và độ chuyên 100% nếu AFP ở ngưỡng 3,88 ng/mL.

Siêu âm không giúp chẩn đoán vỡ ối nhưng có thể đo lượng nước ối còn lại, xác định ngôi thai và đánh giá tuổi thai. Khoảng 50-70% ối vỡ non siêu âm có giảm lượng nước ối. Thiếu ối khi xoang ối sâu nhất <2 cm hay chỉ số ối ≤5 cm. Hiện nay, siêu âm còn được dùng để khảo sát độ mở và xóa của cổ tử cung, diễn tiến của ngôi thai để tiên lượng cuộc chuyển dạ.

Tiêm chất chỉ thị màu

Siêu âm hướng dẫn, tiêm vào buồng ối dung dịch 1 ml indigo carmine pha 9 ml nước cất vô trùng rồi theo dõi băng vệ sinh hoặc tắm bông ở âm đạo sẽ thấy màu xanh sau 15-30 phút chứng tỏ có vỡ ối. Đây là xét nghiệm xâm lấn nên chỉ thực hiện khi có



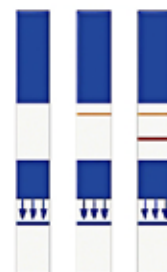
Đặt tắm bông vào âm đạo 5-7cm 1 phút.



Nhúng tắm bông và khuấy trong ống đựng dung dịch 1 phút.



Nhúng que thử trong ống đựng dung dịch và đọc kết quả sau 5-10 phút.



Đọc kết quả (từ trái qua phải):
- Không vạch: Que thử trước khi dùng (Hay để kiểm chứng).
- 1 vạch: Âm tính (Không có vỡ ối).
- 2 vạch: Dương tính (Hai vạch đều +).

Hình 3. Dùng phương pháp miễn dịch sắc ký phát hiện alpha microglobulin-1 protein của nhau trong dịch âm đạo.

chỉ định chọc ối để xác định độ trưởng thành của thai nhi hoặc lấy dịch ối để nhuộm Gram hay cấy tìm vi trùng.

Cần chẩn đoán phân biệt với són nước tiểu, tăng tiết dịch âm đạo do thai kỳ hay dịch tiết cổ tử cung do nhiễm trùng, chất nhầy cổ tử cung khi chuyển dạ, tinh dịch và dò bàng quang âm đạo.

XỬ TRÍ: KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ HAY CHỜ ĐỢI?

Xử trí ối vỡ non bao gồm nhiều vấn đề như: khởi phát chuyển dạ hay chờ đợi, thời điểm dùng corticosteroids, kháng sinh loại nào thời gian dùng bao lâu? Có nên dùng thuốc giảm gò hay không? Phương pháp xét nghiệm để chẩn đoán nhiễm trùng thai phụ và thai nhi? Các vấn đề khác như ngừa bại não trẻ non tháng <32 tuần tuổi thai bằng Magnesium sulfat, truyền ối, keo fibrin... (Upto Date, 2017).

Những yếu tố cân nhắc khi xử trí ối vỡ non tùy thuộc vào tuổi thai lúc vỡ ối, độ trưởng thành và tình trạng sức khỏe thai nhi, có chuyển dạ chưa, có nhiễm trùng hay không, khả năng của đơn vị chăm sóc trẻ sơ sinh. Những yếu tố khác bao gồm: bệnh sử của thai phụ như thời gian lập gia đình, số con, tiền căn mổ lấy thai... cần được hỏi cẩn thận. Khám lâm sàng xác định có chuyển dạ chưa, ngôi thai, đo bề cao tử cung để đánh giá tuổi thai, tình trạng cổ tử cung (quan sát bằng mỏ vịt), không khám bằng tay trừ khi chuyển dạ hay khởi phát chuyển dạ ngay. Đặt monitoring theo dõi tim thai và cơn gò tử cung.

Chấm dứt thai kỳ ngay nếu có dấu hiệu viêm màng ối, Non stress test không đáp ứng nếu thai >32 tuần, có xuất huyết âm đạo như nhau bong non, nhau tiền đạo. Kéo dài thai kỳ làm nguy hiểm cho sức khỏe mẹ như: tiền sản giật, hội chứng HELLP, thai suy cấp, chuyển dạ (Protocols for High-Risk Pregnancies).

Xử trí theo Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe năm 2009

Thai 22-31 tuần: cố gắng dưỡng thai

– **Thuốc trưởng thành phổi thai:** Tiêm bắp Betamethasone 12 mg/24 giờ x 2 ngày hoặc Dexamethasone 6 mg/12 giờ x 2 ngày. Sử dụng trên

2 đợt có thể gây giảm cân nặng thai nhi, giảm chu vi vòng đầu và chiều dài cơ thể.

– **Quản lý nhiễm khuẩn:** Hạn chế thăm khám bằng tay, có thể theo dõi bằng khám mỏ vịt. Cấy dịch cổ tử cung, âm đạo, hậu môn. Sử dụng kháng sinh phổ rộng ngăn ngừa nhiễm trùng cho cả mẹ và thai, ngoài ra còn làm giảm tỷ lệ chuyển dạ, do đó được khuyến cáo sử dụng thường quy trong trường hợp cần kéo dài thai kỳ khi ối vỡ non để đủ thời gian kích thích trưởng thành phổi thai. Hiện nay các nghiên cứu đều đồng thuận sử dụng kháng sinh không nên quá 7 ngày, vì việc kéo dài thời gian sử dụng kháng sinh ở những thai kỳ này là không cần thiết, mà còn làm tăng kháng thuốc của vi khuẩn.

– **Theo dõi mẹ:** Nghỉ ngơi, đóng băng vệ sinh sạch. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 4 lần/ngày, công thức máu, công thức bạch cầu, CRP. Cấy dịch âm đạo 1-3 lần/tuần.

– **Theo dõi thai:** Monitor sản khoa 3 lần/ngày. Siêu âm đánh giá thai, nhau thai, nước ối. Sử dụng thuốc giảm co.

Thai 32-33 tuần

– Xác định tình trạng sức khỏe của thai nhi tại thời điểm tiếp nhận. Theo dõi monitor tim thai lúc nhập viện. Xác định thai chậm phát triển trong tử cung. Corticoid trưởng thành phổi thai nhi.

– **Quản lý nhiễm trùng.** Hạn chế thăm khám bằng tay, nên khám bằng mỏ vịt để tránh nhiễm trùng. Kháng sinh dự phòng. Thuốc giảm co.

– **Khởi phát chuyển dạ khi có đủ bằng chứng trưởng thành phổi, nhiễm khuẩn, thai suy.**

Thai 34-36 tuần

Xác định tình trạng sức khỏe của thai nhi tại thời điểm tiếp nhận. Corticoid: không khuyến cáo.

Chấm dứt thai kỳ: Hầu hết thai phụ (90%) sẽ chuyển dạ tự nhiên trong vòng 24 giờ sau khi vỡ ối. Chờ chuyển dạ tự nhiên hay khởi phát chuyển dạ tùy tình trạng ối, thai và nhiễm khuẩn. Nên tư vấn với thai phụ việc kéo dài thai kỳ có nguy cơ nhiễm trùng tử cung và viêm màng ối, thiếu ối, nhau bong non, suy thai, thiếu sản phổi, biến dạng chi. Nếu có đủ bằng chứng trưởng thành phổi thì chấm dứt thai kỳ ngay. Nếu giữ thai thì quản lý nhiễm trùng (tương tự như trên). Thuốc giảm co không có chỉ định đối với thai kỳ >36 tuần.

Thai ≥37 tuần

- ACOG 2009 khuyến cáo chấm dứt thai kỳ đối với thai >37 tuần bị vỡ ối sớm, không đợi 12-24 giờ nhằm giảm biến chứng cho mẹ và thai. Nên khởi phát chuyển dạ ngay trong 6-12 giờ hoặc nếu thuận lợi thì nên chấm dứt thai kỳ càng sớm càng tốt.
 - Chấm dứt thai kỳ tùy tình trạng cổ tử cung, ngôi thai, tình trạng thai, có nhiễm trùng hay không.
 - Ngôi bất thường hoặc có những bằng chứng cho thấy thai nhi không chịu nổi cuộc chuyển dạ → mổ lấy thai.
 - Nếu có bằng chứng nhiễm trùng trên lâm sàng và không có chống chỉ định để đường âm đạo, cho kháng sinh và khởi phát chuyển dạ ngay lập tức.
 - Khi cổ tử cung thuận lợi → gây chuyển dạ bằng truyền oxytocin.
 - Khi cổ tử cung không thuận lợi → làm chín muôi cổ tử cung.
 - Để phòng nhiễm trùng:
 - Chuyển lên tuyến có đơn vị chăm sóc trẻ non tháng nhẹ cân.
 - Kháng sinh thường quy khi ối vỡ ở những thai >37 tuần: dùng kháng sinh làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ viêm màng ối và nhiễm trùng hậu sản ở mẹ nhưng không hiệu quả cải thiện kết cục nhiễm trùng chu sinh.
- Một số tác giả khuyến cáo chỉ sử dụng kháng sinh để phòng ngừa tác nhân streptococcus nhóm B nếu có bằng chứng cấy (+) ở tuần 35-37 thai kì, hoặc vỡ màng ối >18 giờ ở những người bệnh không có kết quả cấy.

Xử trí theo ACOG 2016

Thai gần đủ ngày hay đủ ngày (≥37^{0/7} tuần)

- Cho sinh ngay.
- Kháng sinh ngừa GBS.

Thai non tháng muộn (34^{0/7}-36^{6/7} tuần)

- Xử trí giống như trên.

Thai non tháng (24^{0/7}-33^{6/7} tuần)

- Xử trí chờ đợi.
- Kháng sinh để kéo dài giai đoạn tiềm tàng nếu không có chống chỉ định.
- Hỗ trợ phổi 1 đợt.
- Kháng sinh ngừa GBS.

Thai <24 tuần tuổi thai

- Tham vấn cho bệnh nhân.
- Theo dõi hay khởi phát chuyển dạ.
- Kháng sinh cân nhắc nếu thai <20^{0/7} tuần.
- Không dùng kháng sinh ngừa GBS nếu thai không sống được.
- Không dùng corticosteroid trước khi thai sống được.
- Không dùng giảm gò trước khi thai sống được.
- Magnesium sulfate không được đề nghị trước khi thai sống được.

Phân tích gộp của 23 nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng ở thai phụ với PROM >37 tuần: khởi phát chuyển dạ so với điều trị theo dõi

- Giảm nguy cơ nhiễm trùng ối, viêm nội mạc tử cung (54/100 so với 110/1.000; RR 0,49; KTC 95% 0,33-0,72).
- Giảm bé nhập NICU và chăm sóc tích cực (RR 0,75; KTC 95% 0,66- 0,85).
- Không làm tăng nguy cơ mổ lấy thai (126/1.000 so 150/100; RR 0,84; KTC 95% 0,69-1,04).
- Giảm không ý nghĩa nhiễm trùng sơ sinh (12/1.000 so với 22/1.000; RR 0,57; KTC 95%: 0,24-1,33 và tử vong chu sinh (1/100 so 2/1.000; RR 0,47; KTC 95%: 0,13-1,66) (Cochrane, 2017).
- Khác nhau không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh rõ ràng giữa hai nhóm vì cỡ mẫu nhỏ.

Tuy nhiên, tác giả đánh giá nghiên cứu này cung cấp bằng chứng thấp do phân tích gộp những nghiên cứu không đồng nhất như kế hoạch can thiệp sớm là trong 24 giờ và theo dõi là khi can thiệp sau 24 giờ, không thống nhất về kháng sinh sử dụng cũng như phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin hay prostaglandins. Do đó, cần có thêm nghiên cứu với thiết kế tốt hơn. (Cochrane, 2017)

Khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin: Nếu không có chống chỉ định sinh ngã âm đạo. Một phân tích gộp không cho thấy lợi ích rõ rệt khi khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandins so với bằng oxytocin ở thai trưởng thành có ối vỡ non kể cả khi cổ tử cung không thuận lợi.

Misoprostol hay prostaglandin E2: Không cần làm cổ tử cung thuận lợi trước khi khởi phát chuyển dạ ở thai trưởng thành có ối vỡ on. Một vài thử

nghiệm nhỏ tiến hành làm chín muối cổ tử cung trước khi khởi phát chuyển dạ ở thai >37 tuần đối với non bằng prostaglandins mà cổ tử cung không thuận lợi đã không tìm được những kết quả thống kê có lợi.

Thời gian theo dõi tối đa cho thai đủ tháng khi có ối vỡ non là bao nhiêu? Chờ đợi thời gian tối đa là 24 giờ. Trong 24 giờ chuyển dạ tự nhiên có thể xảy ra. Trong một nghiên cứu PROM chuyển dạ tự nhiên và sinh trong 5, 24, 48 và 72 giờ là 50, 70, 85% và 95%. (Upto Date, 2017)

Gafni A đã tiến hành nghiên cứu so sánh kinh tế giữa khởi phát chuyển dạ hay chờ đợi ở ba nhóm:

(1) Khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin hay chờ rồi khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin.

(2) Khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin hay chờ rồi khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin.

(3) Khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin hay khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin.

Kết quả nghiên cứu cho thấy giá trung bình khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin rẻ hơn chờ rồi khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin và khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin (-\$114 so -\$46 ở Canada, -113 Pounds and -63 Pounds ở Anh, và -A\$30 so -A\$49 ở Úc). Không khác nhau khi khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin hay chờ rồi khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin. (Gafni A, Cochrane library, 2017).

Đối với thai có tuổi thai <37 tuần có ối vỡ non, tác giả Diana M Bond đã tiến hành phân tích gộp 12 thử nghiệm lâm sàng gồm 3.617 thai phụ và 3.628 thai nhi để đánh giá hiệu quả của sinh ngay hay theo dõi ở thai nhi, trẻ sơ sinh và thai phụ. Kết quả là tác giả không thấy có sự khác biệt giữa nhiễm trùng sơ sinh: 12 nghiên cứu, 3.628 bé (RR=0,93; KTC 95% 0,66-1,30). Nhiễm trùng (cấy máu +): 7 nghiên cứu 2.925 bé, (RR=1,24; KTC 95% 0,72-2,21). Tuy nhiên, sinh sớm làm tăng nguy cơ mổ lấy thai: có 12 nghiên cứu, 3.620 thai phụ (RR 1,26; KTC 95% 1,11-1,44). Tăng hội chứng suy hô hấp: 12 nghiên cứu, 3.622 bé (RR 1,26; KTC 95% 1,05-1,53), chứng cứ mức độ cao.

Không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong toàn bộ trẻ sơ sinh: 11 nghiên cứu, 3.319 trẻ (RR 1,76; KTC 95% 0,89-3,15); thai chết lưu 11 nghiên cứu, 3.321

trẻ (RR 0,45, KTC 95% 0,13-1,57). Tuy nhiên, sinh sớm kết hợp với tỷ lệ tử vong cao của trẻ sơ sinh 11 nghiên cứu 3.316 trẻ (RR 2,55; KTC 95% 1,17-5,56), cần phải hồi cứu 7 nghiên cứu 2.895 bé (RR 1,27, KTC 95%: 1,02-1,58) chứng cứ mức độ cao.

Thai phụ giảm tỷ lệ viêm màng ối nếu sinh sớm, giảm thời gian nằm viện trung bình 1,75 ngày và tăng viêm nội mạc tử cung nếu điều trị chờ đợi.

Tác giả kết luận thai phụ với ối vỡ non thai <37 tuần nếu không có chống chỉ định nên xử trí theo dõi cẩn thận để kết cục thai kỳ sẽ tốt hơn cho thai phụ và thai nhi.

KẾT LUẬN

Ối vỡ non (PPROM) là vỡ màng ối trước khi có chuyển dạ ở thai <37^{0/7} tuần và là nguyên nhân gây sinh non 30%.

Thai phụ có tiền căn sinh non ối vỡ non, có nguy cơ tăng gấp ba lần PPRM. Dự phòng sinh non ở thai phụ có tiền căn sinh non do PPRM và chiều dài kênh cổ tử cung ngắn bằng progesterone.

Xử trí của PPRM tùy thuộc nhiều yếu tố gồm tuổi thai, nhiễm trùng thai phụ hay thai nhi hay không, có chuyển dạ chưa, ngôi thai là gì và khả năng của đơn vị chăm sóc trẻ sơ sinh. Có thể chờ đợi cho đến khi thai đạt 34 tuần của tuổi thai. Thai đủ trưởng thành nên khởi phát chuyển dạ ngay bằng oxytocin. (Mức độ 2B)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sản khoa (2014), NXB Y học, tr 148-155.
2. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2010, Chương 22.
3. ACOG Practise Bulletin: Premature Rupture of Membranes. Number 172, October 2016.
4. Beckmann's Obstetrics and Gynecology 6th edition published in collaboration with ACOG. Page 213 - 217.
5. Diana M Bond, Planned early birth versus expectant management for women with preterm rupture of membranes prior to 37 week' gestation for improving pregnancy outcome. Cochrane library 2017.
6. F. Gary Cunningham, Williams Obstetrics (2010) 23th ed, Mc GRAW-HILL, chapter 36.
7. Gabbe, Obstetrics Normal and Problem pregnancies, (2017), 7th Edi, Elsevier, 647-658.
8. Gafni A, Induction of Labour versus expectant management for prelabour rupture of the membranes at term an economic evaluation. Cochrane library, 2017.
9. Hacker & Moore's Essential of Obstetrics and Gynecology 5th edition, pp.150-153.
10. John T. Queenan, (2015) Protocols for High- Risk Pregnancies 6 th Edid.
11. Patrick Duff, MD Upto Date, Preterm premature (prelabor) rupture of membranes This topic last updated: Aug 04, 2017.
12. Philippa Middleton, Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). Cochrane library 4th January 2017.
13. Thomas McElrath, MD, PhD, Midtrimester preterm premature rupture of membranes, This topic last updated: Jan 04, 2017.
14. William E Scorza, MD, Management of premature rupture of the fetal membranes at term. This topic last updated: Aug 30, 2017.