

CẬP NHẬT QUẢN LÝ ỐI VỠ NON TRONG THAI KỲ

BS. Trần Thế Hùng

Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

Theo FIGO 2019, vỡ ối non (P-PROM) xảy ra ở 3% tất cả các thai kỳ và chiếm 30% là thai kỳ sinh non. Ước tính có khoảng 20 – 25% thai kỳ có nghi ngờ là P-PROM, 40% không thấy dịch ối chảy ra từ cổ tử cung và 47% được xác định bằng khám lâm sàng. Vỡ màng ối non được chia làm 3 nhóm chính:

– Nhóm có màng ối vỡ khi thai đủ tháng (≥ 37 tuần) trước khi có chuyển dạ (T-PROM) có tỷ lệ 2 – 10%.

– Nhóm có màng ối vỡ khi thai chưa đủ tháng (24 đến < 37 tuần) (P-PROM) chiếm 2 – 3%.

– Nhóm có màng ối vỡ khi thai chưa có khả năng sống (Pr-PROM) (< 24 tuần) dưới 1%.

Việc quản lý và xử trí trên 3 nhóm đối tượng này hoàn toàn khác nhau. Cũng như các biến chứng hay ảnh hưởng cho thai kỳ cũng khác nhau. Thời gian tiềm thời là khoảng thời gian tính từ lúc màng ối vỡ cho đến khi bắt đầu chuyển dạ. Thời gian này khác nhau phụ thuộc vào từng tuổi thai cụ thể. Hầu hết 90% các sản phụ có thai đủ tháng sẽ có chuyển dạ tự nhiên sau 24 giờ, 28 đến 34 tuần có 50% chuyển dạ sau 24 giờ và 80% sẽ có chuyển dạ sau 1 tuần.^[1,4,6,7]

PROM không chỉ ảnh hưởng đến thai nhi mà còn ảnh hưởng đến cả sản phụ. Các trường hợp Pr-PROM đa số thai nhi không có khả năng sống sau khi sinh, kéo dài tuổi thai gây nguy cơ nhiễm trùng cho mẹ bao gồm viêm nội mạc tử cung, nhiễm trùng tử cung, nhiễm trùng huyết. Đối với T-PROM gây nhiễm trùng sơ sinh, chèn ép rốn hoặc sa dây rốn, nhiễm trùng đối với mẹ. Các trường hợp P-PROM thì gây chuyển dạ sinh non, nhiễm trùng sơ sinh, chèn ép hoặc sa dây rốn, tăng tỷ lệ mổ lấy thai, nhiễm trùng mẹ, giảm sản phổi và thai nhi biến dạng^[7].

Chẩn đoán vỡ màng ối non chủ yếu dựa vào tiền sử, khám lâm sàng và các cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán. Khai thác kỹ tiền sử ra dịch âm đạo bao gồm thời gian, số lượng, màu sắc, mùi. Đa số các sản phụ có chảy dịch âm đạo kéo dài đều có liên quan đến PROM. Khám kiểm tra

Bảng 1. Nguyên nhân có thể gặp trên lâm sàng^[7]

Không rõ nguyên nhân
Nhiễm trùng
Đa ối
Hở eo tử cung
Bất thường tử cung
Sau khâu eo tử cung hoặc chọc ối
Chấn thương hoặc bạo lực
Tiền sử phẫu thuật ở cổ tử cung
Các vấn đề khác:
– Tiền sử P-PROM
– Chủng tộc
– Hút thuốc
– Sử dụng thuốc
– Lối sống và căng thẳng
– Dinh dưỡng

bằng mở vạt sẽ thấy chất dịch đọng lại ở cùng đồ sau âm đạo hoặc chảy ra từ lỗ trong cổ tử cung. Thực hiện các xét nghiệm xác định chẩn đoán. Kiểm tra pH dịch ở âm đạo bằng giấy quỳ đổi từ màu vàng sang xanh. pH âm đạo từ 4,5 đến 6, pH dịch ối từ 7,1 đến 7,3. Nhưng xét nghiệm này không đặc hiệu vì nếu có viêm nhiễm âm đạo do vi khuẩn, máu, nước tiểu, tinh dịch sẽ làm dương tính giả. Vì vậy cần lưu ý khi làm xét nghiệm pH nước ối để có kết quả chính xác hơn. Một xét nghiệm kiểm tra màng ối vỡ được hầu

hết các nước trên thế giới sử dụng là fibronectin bào thai (fFN), alpha macroglobulin-1 nhau thai (PAMG-1) và protein liên kết yếu tố tăng trưởng giống insulin-1 được phosphoryl hóa (phIGFBP-1). Hai xét nghiệm fFN và phIGRBP-1 được sử dụng từ năm 1990, nhưng sau đó họ đưa vào sử dụng xét nghiệm PAMG-1 vì nó chính xác và ít bị ảnh hưởng bởi máu trong âm đạo hơn. So sánh độ chính xác giữa PAMG-1 và phIGFBP-1 kết quả như sau: độ nhạy là 97,8% và 91,0%, độ đặc hiệu là 91,5% và 75,0%, PPV là 94,6%

Bảng 2. Quản lý ối vỡ non theo các tuổi thai.^[1,3]

T-PROM	<ul style="list-style-type: none"> - Dự phòng GBS nếu dương, nếu không biết kết quả hoặc âm tính thì sau 18h sử dụng kháng sinh. - Điều trị nhiễm trùng nếu có. - Theo dõi chuyển dạ ít nhất 24 giờ (khởi phát chuyển dạ/mổ lấy thai nếu có chỉ định). - Nếu mổ lấy thai rửa âm đạo bằng povidin 1% hạn chế viêm nội mạc tử cung.
	<p>34 đến < 37 tuần:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quản lý chờ đợi chuyển dạ. - Corticosteroid nếu chưa sử dụng, nếu chuyển dạ không dưới 24 giờ và không hơn 7 ngày, hoặc không nhiễm trùng ối. - Tầm soát GBS. - Điều trị nhiễm trùng nếu có. - Không khuyến cáo sử dụng thuốc giảm gò. - Chấm dứt thai kỳ nếu có dấu hiệu nhiễm trùng. - Hạn chế thăm khám cổ tử cung.
P-PROM	<p>24 đến < 34 tuần:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quản lý chờ đợi. - Kháng sinh kéo dài thêm thời gian chờ đợi nếu không có chống chỉ định. - Corticosteroid nếu chưa sử dụng hoặc liều lặp lại. - Điều trị nhiễm trùng ối nếu có (tiến hành chuyển dạ). - Tầm soát GBS nếu chưa làm và điều trị nếu dương tính. - Magie sulfate sử dụng khi thai < 32 tuần. - Có thể xem xét sử dụng thuốc giảm gò để chờ tác dụng của hỗ trợ phổi hoặc chuyển đến nơi chăm sóc tốt hơn nhưng chú ý đến nhiễm trùng và nhau bong non. - Hạn chế thăm khám cổ tử cung.
Pr-PROM	<p>Thai dưới 24 tuần:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Có thể quản lý ngoại trú. - Thảo luận với gia đình, bác sĩ sơ sinh. - Quản lý chờ đợi hoặc khởi phát chuyển dạ. - Kháng sinh đường uống khi thai ≥ 20 tuần. - Không tầm soát GBS. - Không corticosteroid. - Không thuốc giảm gò. - Không magie sulfate. - Sau 72h đánh giá lại tình trạng. - Chấm dứt thai kỳ khi: có dấu hiệu nhiễm trùng, thai lưu, bệnh nhân yêu cầu.

và 83,5%, và NPV là 96,4% và 85,7%)^[4,8]. Xét nghiệm bạch cầu và CRP đánh giá tình trạng nhiễm trùng. Siêu âm kiểm tra nước ối và sự phát triển của thai (Bảng 2).

Sử dụng kháng sinh để giảm tỷ lệ viêm màng ối RR 0,62 (KTC 95%, 0,51 – 0,75), giảm tỷ lệ nhiễm trùng mẹ RR: 0,85 (KTC 95%, 0,76 – 0,96), kéo dài tuổi thai 48 giờ RR: 0,77 (KTC 95%, 0,72 – 0,83), tăng thời gian chờ đến 7 ngày RR 0,88 (KTC 95%, 0,84 – 0,92), giảm tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh RR 0,67 (KTC 95%, 0,52 – 0,85), giảm sử dụng surfactant RR 0,83 (KTC 95%, 0,72 – 0,96), giảm tổn thương trẻ trên siêu âm RR: 0,82 (KTC 95%, 0,68 – 0,99) (Bảng 3).

Các công việc cần làm khi gặp trường hợp nghi ngờ có PROM^[3]:

- Kiểm tra sinh hiệu sản phụ: mạch, nhiệt độ.
- Xác định lại tình trạng màng ối có vỡ không bằng khám lâm sàng và các test xét nghiệm có thể thực hiện tại cơ sở y tế.

Bảng 3. Sử dụng kháng sinh trên P-PROM^{[1][2][5][9]}

Lựa chọn 1:

Ampicillin 2g TMC mỗi 6h + erythromycin 250mg mỗi 6h trong 48h sau đó.
Amoxicillin 250mg uống mỗi 8h + erythromycin base 333mg uống mỗi 8h trong 5 ngày.

Lựa chọn 2:

Ampicillin 2g TMC mỗi 6h + azithromycin 1g uống liều duy nhất 48h sau đó.
Amoxicillin 250mg uống mỗi 8h trong 5 ngày.

Lựa chọn 3:

Dị ứng ampicillin thì sử dụng erythromycin 250mg uống mỗi 6h trong 10 ngày.

Lựa chọn 4:

Dị ứng ampicillin và penicillin thì sử dụng clindamycin 900mg TMC mỗi 8h trong 48h và sau đó uống 300mg mỗi 8h trong 5 ngày.

Ghi chú:

Amoxicillin – clavulanic không khuyến cáo sử dụng vì tăng nguy cơ viêm ruột hoại tử.
Bảng kháng sinh này chỉ sử dụng cho ối vỡ non khi thai dưới 34 tuần, các trường hợp thai ≥ 34 tuần xử lý theo bảng 2.

– Siêu âm đánh giá sức khỏe thai nhi và lượng nước ối, có thể đo chiều dài kênh cổ tử cung khi thai nhỏ.

– Non-stress test cho thai nhi 30 phút nếu có thể.

– Bạch cầu máu, CRP máu.

– Thực hiện xét nghiệm GBS nếu chưa làm, kiểm tra khí hư âm đạo nếu nghi ngờ do viêm nhiễm.

– Phân chia theo tuổi thai, theo dõi và xử trí theo từng nhóm.

– Theo dõi các dấu hiệu nhiễm trùng: mạch, nhiệt độ, mùi nước ối, tình trạng đau bụng, bạch cầu, non-stress test, CRP, siêu âm thai.

– Kiểm tra lại cơ sở vật chất có đủ điều kiện chăm sóc cho thai nhi non tháng không. Hội chẩn với bác sĩ khoa sơ sinh để đưa ra hướng điều trị. Có thể điều trị hoặc chuyển tuyến có NICU.

Tóm lại: PROM đa số xảy ra trên thai non tháng. Chẩn đoán xác định sớm và có kế hoạch quản lý cụ thể giúp cải thiện đầu ra cho sơ sinh và sản phụ. Việc theo dõi và đưa ra quyết định điều trị trên lâm sàng là vô cùng quan trọng. Quản lý những trường hợp PROM đặc biệt là P-PROM cần có sự kết nối giữa các nhà sản khoa và nhi khoa. Để giúp những trẻ sơ sinh non tháng hoặc cực non có thể tránh những biến chứng nặng sau sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (2020). Prelabor Rupture of Membranes, number 217.
2. César H. Meller (2018). Preterm premature rupture of membranes. Archivos Argentinos de Pediatría, 116(4) – doi:10.5546/aap.2018.eng.e575.
3. Clinical practice guideline (2019). Rupture of membranes – spontaneous. King Edward Memorial Hospital Obstetric.
4. FIGO (2019). Good clinical practice advice: Prediction of preterm labor and preterm premature rupture of membranes. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 144(3), 340–346. doi:10.1002/ijgo.12744 ics & Gynaecology
5. Guideline (2020). Rupture of the Membranes – Preterm Premature (PPROM). The Royal women's hospital Victoria Australia.
6. Sherif A Shazly (2020). Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline No. 01-O-19, doi:10.7189/jogh.10.010325.
7. The alarm international program. chapter 16: Pre-labour Rupture of Membranes.
8. Thomson, AJ (2019). Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabor Rupture of Membranes from 24 Weeks of Gestation. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 0, – doi:10.1111/1471-0528.15803.
9. Yudin, Mark (2017). No. 233 – Antibiotic Therapy in Preterm Premature Rupture of the Membranes. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 39(9), e207 – e212. doi:10.1016/j.jogc.2017.06.003.