

## Chapter 17

### Vỡ ối non (Premature Rupture of Membranes)

Chương này sẽ giải quyết chính với APGO Educational Topic Area:

#### CHỦ ĐỀ 25 Vỡ ối non

Sinh viên nên liệt kê các yếu tố nguy cơ, sinh bệnh học có thể có và sự phức tạp của vỡ ối non. Họ có thể phác thảo một cách tiếp cận cơ bản để đánh giá và nắm bắt các sự lựa chọn bao gồm nguy cơ và lợi ích của sự theo dõi so với cho sinh sớm. Họ có thể hiểu các quy tắc về tuổi thai trong việc đưa ra quyết định và theo dõi một cách phù hợp người mẹ và thai nhi trong việc vỡ ối non.

### CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân của bạn đang ở tuần 28 của thai kỳ than phiền về việc vỡ túi dịch (gush of fluid) từ âm đạo trong khi đứng làm việc hôm nay. Điều dưỡng chia bệnh ở Labor and Delivery lấy sinh hiệu và mắc monitor theo dõi thai và đường niệu, sau đó gọi bạn để đánh giá bệnh nhân. Bạn sẽ làm bước gì tiếp theo trong đánh giá? Yếu tố nào ảnh hưởng việc đánh giá bệnh nhân của bạn?

### GIỚI THIỆU

Dịch ối thường được sản xuất liên tục, sau tuần 16 của thai kỳ phần lớn dịch ối phụ thuộc và lượng nước tiểu của thai nhi sản xuất ra. Tuy nhiên, sự di chuyển của dịch ối qua màng nhau, qua da, qua dây rốn, sản xuất nước bọt cũng như dịch tiết từ phổi thai nhi cũng góp phần vào lượng nước ối. Dịch ối bảo vệ thai nhi tránh khỏi nhiễm trùng, chấn thương và chèn ép dây rốn. Nó cũng giúp thai nhi cử động, thở, giúp hồi thai nhi, lồng ngực và chi phát triển. Giảm hay không có nước ối sẽ dẫn đến chèn ép dây rốn và tưới máu nhau thai. Vỡ màng ối cũng làm mất hiệu quả bảo vệ của màng ối.

### TÁC ĐỘNG LÂM SÀNG

**Vỡ ối non (Premature rupture of membranes – PROM) là sự vỡ của màng ối trước khi chuyển dạ.** PROM xảy ra với khoảng 8% ở thai đủ tháng (thai đủ tháng là thai từ 37 tuần thai kỳ trở lên) và thường sẽ bắt đầu chuyển dạ sau đó. **Vỡ ối non tháng được định nghĩa là ối vỡ non trước 37 tuần của thai kỳ, là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh và tử vong ở thai nhi, chiếm khoảng 30% của sinh sớm.** Ới vỡ non dẫn đến sinh non và gây ra một số biến chứng có thai nhi hư hội chứng suy hô hấp, xuất huyết trong não thất, nhiễm trùng thai, hoại tử ruột thai nhi, bất thường chức năng vận động thần kinh và nhiễm trùng huyết. **Nguy cơ đáng kể của PROM với người mẹ là nhiễm trùng tử cung, nguy cơ gia tăng theo thời gian vỡ màng.** Sự hiện diện của nhiễm trùng đường sinh dục dưới với Neisseria gonorrhoeae và streptococcus nhóm B (group B streptococcus – GBS) cũng như nhiễm khuẩn âm đạo (bacterial vaginosis – BV) gia tăng nguy cơ nhiễm trùng tử cung khi ối vỡ non. Biến chứng khác của ối vỡ non là sa dây rốn và nhau bong non.

Hậu quả của ối vỡ non phụ thuộc vào tuổi thai khi vỡ ối. ối vỡ non trước khi thai nhi có thể sống sót xảy ra ít hơn 1%. Xác suất tử vong và mắc bệnh của thai nhi liên quan đến PROM giảm dần với sự kéo dài hơn của thời kỳ thai nghén. ối vỡ non xảy ra ở 3 tháng giữa thai kỳ do chọc ối để chẩn đoán di truyền thường tự bật kín. Nếu thiếu ối xuất hiện trước tuần 22 của thai kỳ thường do sự phát triển bất thường của phế nang và thiếu sản phổi. **Thai nhi có thể sống sót từ tuần 24 đến 26 mặc dù tử vong trong nhóm cực non này là chắc chắn.** Trẻ sơ sinh với thiếu sản phổi sẽ không thể được thông khí đầy đủ bất kể tuổi thai và sẽ sớm chống chịu không nổi với thiếu oxy và chấn thương khí áp từ áp suất cao trong không khí.

## SINH BỆNH HỌC

Nguyên nhân của ối vỡ non là chưa được biết rõ ràng. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục (sexually transmitted infections – STIs) và nhiễm trùng sinh dục dưới như nhiễm khuẩn âm đạo như BV có thể đóng vai trò trong ối vỡ non, vì có bằng chứng cho thấy phụ nữ với các nhiễm khuẩn này có nguy cơ PROM cao hơn nhóm không có STI hoặc BV. Tuy nhiên, sự toàn vẹn của màng nhau và dịch ối bình thường không thể bảo vệ hoàn toàn thai nhi với sự nhiễm khuẩn vì sự xuất hiện của nhiễm khuẩn dưới lâm sàng có thể góp phần gây PROM. Sản phẩm chuyển hóa từ vi khuẩn và phản ứng viêm có thể làm suy yếu màng ối và cơn gò tử cung bởi sự tăng kích thích tổng hợp protasglandin.

### Yếu tố nguy cơ

Tiền căn của vỡ ối non thiếu tháng PPRM là 1 yếu tố nguy cơ quan trọng cho PPRM hoặc sinh non ở thai kỳ sau. YTNC của PPRM giống với sinh non tự phát bao gồm khung chậu hẹp, chảy máu ở tam cá nguyệt thứ 2 và thứ 3, chỉ số cơ thể thấp (low body mass index), tình trạng kinh tế xã hội thấp, hút thuốc lá và sử dụng thuốc cấm. Mặc dù các yếu tố nguy cơ này đều liên quan đến PPRM nhưng PPRM thường xảy ra trong sự thiếu vắng của các yếu tố nguy cơ được công nhận hoặc có nguy cơ rõ ràng.

### Viêm màng ối (chorioamnionitis)

**Viêm màng ối (nhiễm trùng trong màng ối)** bao gồm nhiễm trùng màng ối và dịch ối, là một mối đe dọa nguy hiểm cho người mẹ và thai nhi. Nhiễm trùng thai làm tăng nguy cơ tử vong, đặc biệt là bất thường về thần kinh như là leukomalacia cạnh não thất, bại não, gián tiếp làm tăng Phản ứng viêm trong môi trường thai nhi. Bệnh nhân với nhiễm trùng ối thường có sốt cao ( $> 100.5$  độ F), nhịp tim nhanh (cả người mẹ và thai) và tử cung mềm. Chảy dịch tử cung thường được phát hiện rất trễ. Bạch cầu của mẹ tăng nhưng không đặc hiệu và có thể gây nhầm lẫn trong thai kỳ. Nó cũng có thể là kết quả của kế hoạch chăm sóc bằng corticosteroid trước sinh. Bệnh nhân với nhiễm trùng ối thường dẫn đến chuyển dạ tự phát và bất thường chuyển dạ. Một khi đã chẩn đoán nhiễm trùng ối, cần điều trị với kháng sinh truyền tĩnh mạch (IV) và cho sinh thường. Chỉ có nhiễm trùng ối thôi thì không phải là 1 chỉ định của sinh khẩn cấp, và chỉ

định sinh phù hợp nên dựa trên các tiêu chuẩn chỉ định sinh đặc biệt. Nhiễm trùng ối đơn độc thường ít nhưng nếu có thì đó là 1 chỉ định của sinh mổ.

## CHẨN ĐOÁN

**Chất dịch ra từ âm đạo thì phải xem đó là dịch ối cho tới khi loại trừ được là không phải.** Đôi khi, bệnh nhân miêu tả là 1 sự vỡ của dịch (“gush of fluid”), mặc dù trước đó không ghi nhận sự rò rỉ dịch lượng nhỏ dịch một cách ổn định. Rò rỉ nước tiểu thường xảy ra trong suốt thai kỳ, đặc biệt gần ngày sanh và nó có thể gây nhầm lẫn với PROM. Tương tự như vậy, sự tăng tiết dịch một cách bình thường của âm đạo trong thai kỳ cũng như tăng tiết dịch li ti của tầng giữa âm đạo (ví dụ như mồ hôi) có thể gây nhầm lẫn với dịch ối.

Chẩn đoán phân biệt của PROM bao gồm tiểu không tự chủ, tăng tiết dịch âm đạo sinh lý trong thai kỳ, tăng tiết dịch cổ tử cung (trong bệnh lý như nhiễm trùng), và dịch từ bên ngoài (ví dụ như tinh dịch hoặc dung dịch vệ sinh phụ nữ). Hầu hết ca PROM có thể được chẩn đoán dựa trên bệnh sử và khám lâm sàng. Cận lâm sàng nên được chỉ định trong chẩn đoán để giảm thiểu yếu tố nhiễm trùng.

## Test nitrazine

**Nitrazime test** dùng pH để phân biệt dịch ối với nước tiểu và dịch âm đạo. dịch ối trung tính, có pH trên 7.1; dịch âm đạo có pH 4.5-6 và nước tiểu pH  $\leq 6$ . Để thực hiện test này, một mẫu chất lỏng thu được từ âm đạo trong khi kiểm tra mỏ vịt được đặt trên một dải giấy hoặc tấm bông tẩm nitrazine. Nếu độ pH là 7.1 đến 7.3 thì là nước ối, giấy hoặc tấm chuyển sang màu xanh đậm. Niêm mạc cổ tử cung, máu, và tinh dịch là nguyên nhân có thể dẫn đến kết quả dương tính giả ([Khung 17.1](#)).

### **KHUNG 17.1 Nguyên nhân của dương giả và âm giả của nitrazine tests.**

#### **Dương giả**

- Nước tiểu cơ bản
- Tinh dịch
- Chất nhầy Niêm mạc cổ tử cung
- Nhiễm trùng máu
- Một số phương pháp sát trùng
- Viêm âm đạo (đặc biệt là trichomonas)

#### **Âm giả**

- Không còn nước ối
- Nước ối rỉ quá ít

### Fern test

**Fern test** cũng dùng để giúp phân biệt dịch ối với dịch khác. Nó được định nghĩa là có sự kết tinh hình lá dương xỉ xuất hiện khi dịch ối được phết lên lam kính và để khô ở nhiệt độ phòng. Mẫu kết quả sẽ giống lá dương xỉ do nồng độ NaCl trong dịch ối. Mẫu kết tinh của dịch ối khá ổn, nhiều nhánh được vẽ ở [Hình 17.1](#). Dịch nhầy thường sẽ không hiện hình dương xỉ, nếu có kết tinh cũng mỏng và ít nhánh. Xét nghiệm này giúp chẩn đoán vỡ ối tốt hơn Nitrazine test nhưng không có xét nghiệm nào có độ tin cậy 100%.



**FIGURE 17.1.** Ferning pattern from amniotic fluid. (Courtesy of Dr. Dwight Rouse. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008, p. 27.)

### Siêu âm

Siêu âm có thể giúp ích trong việc đánh giá khả năng vỡ ối sớm. Nếu thấy nhiều hơn mức bình thường lượng dịch ối quanh thai trên siêu âm thì phải nghi ngờ PROM. Tuy nhiên, nếu lượng dịch ối rò rỉ ít thì vẫn thấy được khi quét siêu âm. Nếu dịch ít hơn cả giới hạn nhìn thấy của siêu âm, các chẩn đoán phân biệt khác với thiếu ối, bao gồm PROM cần được cân nhắc. **Nếu lâm sàng hoặc thăm khám không rõ, ối vỡ non có thể được chẩn đoán xác định với chọc ối qua thành bụng với sự hướng dẫn của siêu âm và tiêm vào buồng ối dung dịch indigo carmine, và theo dõi bằng sự quan sát sự ra dịch màu xanh blue từ âm đạo.** Tuy nhiên, chỉ định của thủ thuật này là hạn chế.

## ĐÁNH GIÁ VÀ QUẢN LÝ

Yếu tố cần lưu ý trong quản lý bệnh nhân với PROM bao gồm tuổi thai khi vỡ ối, đánh giá sức khỏe của thai nhi, sự hiện diện của cơn co thắt, cơ hội xảy ra của viêm màng ối, lượng ối bao quanh thai và sự phát triển của thai. Những yếu tố này cùng với bệnh sử phải được đánh giá cẩn thận để chẩn đoán và tiếp cận.

### Kiểm tra thể chất

Khám bụng bao gồm sờ sự mềm mại của tử cung và chiều cao của đáy tử cung để đánh giá tuổi thai và ngôi thai. Khám bằng mỏ vịt để đánh giá khả năng nhiễm trùng âm đạo và lấy dịch âm đạo hoặc tử cung để tìm *N.gonorrhoeae*, *Streptococcus tán huyết nhóm B*, *Chlamydia trachomatis*. Quan sát cổ tử cung để xem xét mức độ giãn của tử cung cũng như sự hiện diện của dịch ối. Dịch được lấy từ âm đạo được làm nitrazine và/ hoặc fern test. Bởi vì nguy cơ nhiễm trùng nên **xét nghiệm kép** nên được làm để hạn chế mức thấp nhất và là cách phòng tránh tốt nhất cho đến khi bệnh nhân chuyển dạ hoặc có kế hoạch sinh sớm.

Siêu âm có hiệu quả để xác định tuổi thai, kiểm tra sự hiện diện của thai nhi và đánh giá lượng nước ối còn lại trong buồng tử cung. Điều đó đảm bảo rằng sẽ ít khả năng chuyển dạ và nhiễm trùng xảy ra nếu lượng ối trong tử cung còn duy trì đủ.

### Vỡ ối non ở thai đủ tháng

Nếu PROM đủ tháng ( $\geq 37$  tuần thai kỳ), chuyển dạ tự phát sẽ xảy ra sau đó ở 90% phụ nữ trong 24h. **Với phụ nữ có ối vỡ non đủ tháng, chuyển dạ nên được chủ động, thường là truyền oxytocin để giảm nguy cơ nhiễm trùng ối.**

Tuy nhiên, sau khi tham vấn, có thể khởi phát chuyển dạ bất cứ lúc nào sau khi ối vỡ. **Bác sĩ nên cung cấp cho thai phụ thông tin để có quyết định cân nhắc khi xử trí gồm nguy cơ nhiễm trùng, nếu tăng có bằng oxytocin sẽ giảm nguy cơ viêm màng ối, viêm nội mạc tử cung. Nếu chuyển dạ tự nhiên sẽ giảm nguy cơ mổ lấy thai.** Đánh giá sự phát triển của nhiễm trùng gồm sốt, tử cung căng, nhịp tim nhanh của mẹ hay của thai và các biến chứng của ối vỡ non là cần thiết nhưng trong hầu hết các ca thì chỉ nên theo dõi trong 24h. **Khi quyết định chấm dứt thai kỳ, kháng sinh ngừa streptococcus nên được cho dựa trên kết quả cấy dịch ối tìm vi trùng hoặc yếu tố nguy cơ nếu cấy không được làm trước đó.**

### Vỡ ối non ở thai thiếu tháng

**Thời gian từ ối vỡ non đến chuyển dạ gọi là thời gian tiềm thời (*latency period*) và thời gian này có liên quan thuận nghịch với tuổi thai.** Giữa tuần 28 tới khi đủ tháng, 50% bệnh nhân sẽ chuyển dạ trong vòng 24h và 80% trong 1 tuần nhưng chỉ 50% bệnh nhân bệnh nhân có tuổi thai từ 24-

28 tuần có chuyển dạ trong 1 tuần. **Nó cũng xuất hiện tình trạng nguy hiểm hơn là thiếu ối, yếu tố nguy cơ mạnh của nhiễm trùng và theo đó, thời gian tiềm thời ngắn hơn.**

Lấy dịch ối giúp ích cho đánh giá độ trưởng thành của phổi thai nhi (fetal lung maturity – FLM) nhưng việc này khó vì ối vỡ non và giảm nước ối. Cùng với FLM test, đánh giá nhiễm trùng ối (dựa trên nhuộm gram tìm vi trùng, gia tăng WBC, giảm đường hoặc kết quả cấy dương) nên được làm. Nếu thể tích đủ, FLM test có thể được làm ở dịch lấy từ âm đạo.

Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng mạnh mẽ, chấm dứt thai kì ngay bất kể tuổi thai. **Nếu đánh giá có nhiễm trùng, kháng sinh truyền tĩnh mạch và chấm dứt thai kì được chỉ định bất kể tuổi thai.** Kháng sinh nên là kháng sinh phổ rộng vì tính đa nhiễm trùng. Ảnh hưởng của sinh non cho phép sử dụng kháng sinh và corticosteroid thai kỳ ở bệnh nhân có ối vỡ non nhưng chưa được đánh giá thuyết phục; vì thế, khuyến nghị cụ thể để phòng tránh sinh non chưa được thực hiện. Các bằng chứng cho rằng có lợi ích với trẻ sơ sinh khi sử dụng liệu pháp steroid (betamethasone hoặc dexamethasone) bất kể tình trạng màng ối của PPROM, có vẻ như làm chậm quá trình vỡ non (34 0/7 tới 36 6/7 tuần) với nhóm người không sử dụng liệu pháp này. **Nếu tuổi thai qua được giai đoạn chuyển tiếp để có thể sống được (đó là từ tuần 34 đến tuần 36), xử trí được cụ thể dựa trên từng tình huống cụ thể (Bảng 17.1).**

**BẢNG 17.1** XỬ TRÍ ỎI VỠ NON THEO CHUỖI THỜI GIAN

Tuổi thai	Xử trí
Đủ tháng (hơn 37 tuần)	Cho sinh, thời phải khởi phát chuyển dạ nên chuyển dạ sớm không xảy ra sau PROM Kháng sinh dự phòng streptococcus nhóm B
Late preterm (từ tuần 34 đến 36)	Giống đủ tháng Corticosteroid nếu trước đó chưa có
Preterm (từ tuần 32 đến hết tuần 33)	Theo dõi sát trừ khi phổi thai nhi đã trưởng thành Kháng sinh phòng ngừa strep nhóm B Kháng sinh được khuyến cáo để kéo dài thời gian tiềm thời nếu không có chống chỉ định
Preterm (từ tuần 24 đến tuần hết tuần 31)	Theo dõi Kháng sinh dự phòng strep nhóm B Cho 1 đợt corticosteroids MgSO <sub>4</sub> để bảo vệ thần kinh thai nhi nếu khởi



	phát chuyển dạ sớm Thuốc giảm gò: chưa có sự đồng thuận Kháng sinh để kéo dài thời gian tiềm thời nếu không có chống chỉ định
Trước 24 tuần <sup>a</sup> a : Sự đồng bộ của cân nặng, tuổi thai và giới tính cung cấp ước lượng cơ hội sống và nên được cân nhắc trong ca cụ thể Adapted from the American College of Obstetricians and Gynecologists. Premature rupture 399 of membranes. ACOG Practice Bulletin No. 172. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2016.	Tham vấn cho bệnh nhân Theo dõi hay khởi phát chuyển dạ Kháng sinh dự phòng, thuốc giảm gò, MgSO <sub>4</sub> và corticosteroid không được khuyến nghị trước khi thai có khả năng sống Kháng sinh có thể được cân nhắc sớm lúc tuổi thai đạt tuần 20 0/7

### Từ tuần 32 đến tuần 33

Vì gia tăng nguy cơ nhiễm trùng ối nên cho sinh được khuyến nghị nên PROM xảy ra khi thai đạt ít nhất 37 tuần. Nếu PROM xảy ra khi thai từ tuần 32 đến hết tuần 33, nguy cơ non tháng sẽ thấp nếu phổi thai nhi trưởng thành (dựa trên xét nghiệm dịch ối từ âm đạo hoặc qua chọc ối).

### Từ tuần 24 đến hết tuần 31

Nếu PROM xảy ra trong giai đoạn này, bệnh nhân nên được nhập viện và chăm sóc theo dõi nếu không có chống chỉ định cho bệnh nhân và thai nhi cho đến tuần 33 kháng sinh dự phòng kéo dài thời gian tiềm thời và corticosteroid đơn liều làm giảm nguy cơ nhiễm trùng và giảm tử vong chu sinh (tùy thuộc vào tuổi thai). Thai phụ cần được theo dõi mỗi ngày về cơn gò tử cung (uterine tenderness) và nhịp tim của mẹ và thai nhi. Đếm WBC và so sánh với mức bình thường mặc dù WBC không đặc hiệu và có thể bị ảnh hưởng bởi glycocorticoid lúc nhập viện. Siêu âm giúp định lượng nước ối vì rỉ ối có thể ngưng và lượng nước ối được tái lập quanh tử cung. Theo dõi quy luật thai nhi (period antepartum testing), nonstress Test giúp đánh giá tình trạng phát triển thai nhi. Nếu giảm lượng ối hoặc ối không còn, dây rốn bị chèn ép làm nhịp tim thai giảm. Nếu chậm nhịp xảy ra liên tục kéo dài và biểu đồ tim thai không có cải thiện thì nên cho sinh sớm khẩn trương tránh chèn ép dây rốn làm chết thai. Thật không may, chèn ép dây rốn thường không được phát hiện trong thời gian dài dù đã mắc monitor theo dõi. Monitor tim thai nên được gắn để theo dõi liên tục để ghi nhận nhịp chậm dù cơ chế kiểm soát tim thai không phát triển đầy đủ chức năng để có thể cho phép đánh giá có ý nghĩa sự thai đổi và phản ứng tim thai.

### Vỡ thai cực sớm ở tam cá nguyệt giữa

PROM ở thai sớm (đó là trước tuần 24) tồn tại nhiều vấn đề. Từ các nguy cơ nhiễm trùng và non tháng đã biết, ối vỡ non cực sớm còn đối mặt với nhiều vấn đề nguy hiểm khác như thiếu sản phổi, dị tật chi và các hậu quả khác của tình trạng thiếu ối kéo dài. Mối liên hệ của PROM với cả hai thực thể quan trọng và thú vị. Sự mất khả năng di chuyển tự do trong túi ối có thể dẫn đến co rút chi và trở thành dị tật suốt đời. **Với sự phát triển phổi thai nhi bình thường, hơi thở thai nhi xuất hiện.** Trong môi trường ối, thai nhi hít và thở ra nước ối với dòng ối di chuyển vào và ra. Điều này thêm các chất được tạo ra trong cây hô hấp đến bể nước ối, bao gồm cả phospholipids tạo thành cơ sở cho nhiều xét nghiệm trưởng thành của thai nhi. Nếu vỡ màng bào thai xảy ra trước 22 tuần tuổi thai, thiếu nước ối can thiệp vào các nỗ lực hô hấp và sự phát triển phổi. Kết quả là sự thất bại của tăng trưởng bình thường và tách biệt giữa cây hô hấp và ngực thai nhi. Nếu nghiêm trọng, giảm sản phổi có thể xảy ra, dẫn đến không thể duy trì thông khí.

**Phụ nữ có PROM trước khi thai có khả năng tồn tại nên tư vấn về tác động của sinh con ngay lập tức và tiềm năng rủi ro và lợi ích của theo dõi.** Tham vấn nên bao gồm kết cục của thai nhi gồm có theo dõi bằng monitor và khả năng bé nằm hồi sức nhi. Bởi vì những tiến bộ trong chăm sóc tiền sản tốt, tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong ngày càng giảm. Một nỗ lực nên được thực hiện để cung cấp cho cha mẹ những thông tin cập nhật nhất có thể. Phụ nữ có PPROM thường được theo dõi ở nhà hoặc trong bệnh viện. Một thai đã đạt được khả năng sống thì nên nhập viện và cho corticosteroids cho đến khi phổi thai trưởng thành và sau đó chấm dứt thai kỳ sớm.

## LIÊN HỆ LÂM SÀNG

Kiểm tra mỏ vịt vô trùng bạn thực hiện trên bệnh nhân của bạn là dương tính với PPROM. Bạn đánh giá thêm về mẹ và thai nhi để loại trừ bất kỳ dấu hiệu rõ ràng nào của viêm màng ối, phá thai hoặc chuyển dạ sớm trước khi xác định liệu bạn sẽ chuyển sinh hay cố gắng kéo dài thời gian tiềm thời từ vỡ màng ối đến chuyển dạ.