

VỠ ỐI NON

Vỡ ối non là vỡ tự nhiên của màng ối và màng đệm tại bất kì thời điểm nào trước khi có chuyển dạ. Phần lớn các thai trưởng thành sẽ chuyển dạ tự nhiên trong vòng 24 giờ. 50% trường hợp vỡ ối sau 37 tuần sẽ tự chuyển dạ trong vòng 5 giờ. Vỡ ối ở tuổi thai từ 32 – 34 tuần trung bình 4 ngày sau sẽ chuyển dạ và 93% trường hợp đẻ trong vòng 1 tuần.
Vỡ ối sớm là vỡ ối trong khi chuyển dạ trước khi cổ tử cung mở trọn.

Tình huống lâm sàng có thể là

- Thai phụ vào viện vì vỡ ối non, thời điểm tiếp xúc chưa quá 12h từ khi ối vỡ, chưa bị nhiễm trùng ối. Tư vấn về tình trạng hiện tại, nguy cơ và hướng xử trí tiếp theo.
- Thai phụ vào viện đã nhiễm trùng ối. Tư vấn về nguy cơ của nhiễm trùng ối và CDTK.

1. Mở đầu buổi tư vấn

- ☐ Chào hỏi, tự giới thiệu: *Chào chị tôi là ... hôm nay tôi sẽ phụ trách khám/tư vấn cho chị.*
- ☐ Mời thai phụ tự giới thiệu
 - Tên, tuổi, nghề nghiệp
 - PARA
 - Tuần tuổi thai
- ☐ Thai phụ trình bày về mục đích buổi tư vấn: *Điều gì khiến cho chị phải đến buổi tư vấn hôm nay?*
- ☐ Làm rõ mục đích buổi tư vấn: *Hôm nay tôi sẽ tư vấn cho chị hiểu rõ hơn tình trạng hiện tại của chị và thai cũng như hướng xử trí theo dõi tình trạng này.*

2. Thu thập thông tin – Thiết lập chẩn đoán

Mục tiêu thu thập thông tin là để chẩn đoán ối vỡ non và xác nhận tình trạng hiện tại của ối vỡ non.

- ☐ Hỏi bệnh: **sổ khám thai, giấy tờ**
 - Tuổi thai, tuổi mẹ
 - Xác định chính xác thời gian, địa điểm vỡ ối: khi bắt đầu ra nước rỉ rả hoặc khi âm đạo đột ngột ra nước lượng nhiều ⇒ thời gian đến lúc tư vấn, nguyên nhân vỡ ối do chấn thương, vận động quá mức.
 - Tính chất dịch: đục, lợn cợn, trong, vàng, hay xanh sậm.
 - Triệu chứng kèm theo: đau bụng, gò, sốt, mệt mỏi...
 - Các chẩn đoán trong thai kì đã có có thể dẫn đến vỡ ối non: ngôi thai bất thường, khung chậu hẹp, méo, đa thai, đa ối, tử cung dị dạng, chiều dài kênh tử cung ngắn, hở eo tử cung, viêm màng ối.
 - Triệu chứng của viêm đường tiểu: tiểu buốt, tiểu gắt, tiểu lắt nhắt, sốt, ớn lạnh, đau hông lưng.
 - Tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục dưới, phẫu thuật phụ khoa, tiền sử sanh non, ối vỡ non, sanh quá nhanh.
 - Thai phụ nhẹ cân, thiếu dinh dưỡng, hút thuốc lá, kinh tế kém.
- ☐ **Lâm sàng (không khám bằng tay)** *chuyển dạ tích cực, đánh giá Bishop*
 - **Đặt mỏ vịt:** thấy nước ối vọt ra khi thai phụ ho, rặn, có thể thấy đầu thai, kiểm tra sa dây rốn hay không ngay khi vừa vỡ ối.
 - Đóng băng vệ sinh thấy ướt nước ối.
 - Trường hợp nhiễm trùng ối nặng có thể thấy: sốt cao, chàm TC đau, dịch ối chuyển màu xanh đen và hôi.
- ☐ Cận lâm sàng
 - **Nitrazine test: chỉ thị màu chuyển xanh.**
 - Test lá dương xỉ dương tính.

- Siêu âm: không có giá trị chẩn đoán nhưng có thể ghi nhận lượng nước ối giảm hoặc bình thường, thai chậm tăng trưởng hay không.
- Monitor tim thai: sức khỏe thai, thai suy?
- Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng ối (**trong trường hợp chưa có thì phải chỉ định**)
 - TPTTBM: đánh giá sự gia tăng của tổng số BC và tỉ lệ BCĐNTT mỗi 6 giờ sau khi ối vỡ. Khi BC > 12.000/mm³, BCĐNTT: > 85%.
 - CRP: > 20mg/L.
 - Cấy dịch ối: ít làm, kết quả chậm, thường làm cấy dịch lòng TC sau sinh khi tình trạng nhiễm trùng sau sinh không được khắc phục sau điều trị kháng sinh liều cao.
- Chẩn đoán nhiễm trùng ối
 - Mạch mẹ > 100 l/p.
 - Mạch con > 160 l/p.
 - TC mềm đau.
 - Sản dịch hôi.
 - Bạch cầu > 15000/mm³.

⇒ **Chẩn đoán: vỡ ối non giờ thứ ... do ... có/không có nhiễm trùng ối, thai sống, đủ/chưa đủ khả năng sống.**

3. Kế hoạch quản lý – Theo dõi tại viện

Tùy thuộc

- Có chuyển dạ hay không
- Có nhiễm trùng hay không
- Tuổi thai.

Chấm dứt thai kỳ ngay khi

- ☐ Sa dây rốn.
- ☐ Thai suy. Đã vào chuyển dạ thực sự với CTC ≥ 3cm không thể chặn cuộc chuyển dạ.
- ☐ Có nhiễm trùng ối trên lâm sàng và/hoặc CLS
 - Không dùng Corticosteroid.
 - Kháng sinh liều cao phối hợp, từ khi chẩn đoán đến sau sanh và khi đã kiểm soát được nhiễm trùng, ít nhất là đã được 48 giờ liên tục không dấu nhiễm trùng.
 - CDTK: Tăng co sau sử dụng kháng sinh 30 phút không quá 4 giờ. Nếu thuận lợi: theo dõi sinh. Nếu không thuận lợi thì MLT (chèn gạc kỹ, hút sạch nước ối). Tư vấn MLT. Cuộc mổ có thể là nguy hiểm hơn cuộc sanh, do khả năng vấy bẩn phúc mạc.
- ☐ Đã vào chuyển dạ thực sự với CTC < 3cm nhưng dùng thuốc giảm gò không hiệu quả.
- ☐ Thai đã đủ trưởng thành với tuổi thai ≥ 37 tuần.
- ☐ Vỡ ối non tuổi thai lớn/thai phụ có bất thường khung chậu (đã được chỉ định MLT) để tránh vào chuyển dạ.

26

Thai 22 – 34 tuần: cố gắng dưỡng thai

- ☐ Thuốc trưởng thành phổi thai: Tiêm bắp Betamethasone 12mg/24 giờ x 2 ngày hoặc Dexamethasone 6mg/12 giờ x 2 ngày.
- ☐ Nếu CTC mở < 3cm trì hoãn cuộc sanh bằng thuốc giảm gò.
- ☐ Sau 48h hỗ trợ phổi có thể theo dõi chuyển dạ sanh tự nhiên, nếu không chuyển dạ thì theo dõi không có nhiễm trùng ối có thể cho về, CDTK khi đủ 34 tuần.
- ☐ Theo dõi tại viện

- Theo dõi mẹ: Nghỉ ngơi, tránh vận động nhiều, vệ sinh sạch sẽ vùng âm hộ - TSM, 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.
- Kháng sinh: Erythromycin 250mg hoặc Amoxicilline 500mg uống 3 lần/ngày x 7 ngày.
- Theo dõi thai: monitor sản khoa 3 lần/ngày. Siêu âm đánh giá thai, rau, nước ối

Thai 34 tuần trở lên: CDTK

- ☐ Không dùng corticosteroid trừ trường hợp thai chậm tăng trưởng.
- ☐ Theo dõi chuyển dạ sinh tự nhiên trong 12h đầu
- ☐ Sau 12h chưa có chuyển dạ tự nhiên: **kháng sinh dự phòng Ampicillin**, đường tĩnh mạch, 2 gram mỗi 6 giờ hoặc Penicillin G, đường tĩnh mạch, 2 triệu đơn vị mỗi 6 giờ, cho đến lúc sinh.
- ☐ Tiến hành CDTK (có thể giữ thai tới 37 tuần nếu tình trạng mẹ và thai ổn)

4. Tư vấn về ảnh hưởng trên mẹ và con

- ☐ Hỏi thai phụ đã biết gì về tình trạng vỡ ối non hay chưa. Thai phụ lo lắng điều gì nhất khi vỡ ối non.
- ☐ Đối với con:
 - Thiếu ối ⇒ thiếu sản phổi, biến dạng chi, chèn ép dây rốn
 - **Dễ bị nhiễm trùng từ môi trường âm đạo đi lên.**
 - Dễ gây sanh non, nhau bong non, thai chết trong tử cung
 - Suy dinh dưỡng.
 - Phổi không dẫn nở, thận không hoạt động.
- ☐ Đối với mẹ: Gây nhiễm trùng lòng tử cung, nhiễm trùng huyết, có thể phải cắt tử cung để cứu mạng mẹ.

5. Tư vấn về CDTK

- ☐ Đảm bảo thai phụ hiểu được tầm quan trọng của việc CDTK càng sớm càng tốt để tránh nhiễm trùng thai nhi cũng như các biến chứng khác.
- ☐ Có 2 phương pháp CDTK: khởi phát chuyển dạ hoặc MLT. Cố gắng sinh đường âm đạo. Tuy nhiên, khi việc khởi phát chuyển dạ hay sinh chỉ huy không thuận tiện hoặc không tiến triển tốt thì phải mổ lấy thai.
- ☐ Khởi phát chuyển dạ dựa theo:
 - Nếu cổ TC đã mở sẵn sàng cho cuộc sanh, tăng co với Oxytocin. **Bishop > 6**
 - Nếu cổ TC chưa mở sẵn sàng cho cuộc sanh, thúc đẩy quá trình này bằng PGE1, PGE2 trước khi dùng Oxytocin. (Chú ý sau khi dùng PGE1, PGE2, tử cung rất nhạy với Oxytocin và dễ gây cơn gò cường tính, dọa vỡ - vỡ TC, thai suy nên cần theo dõi chặt chẽ CD với monitor sản khoa. Chỉ sử dụng Oxytocin sau 4 tiếng sử dụng PGE1 hay 6 tiếng sử dụng PGE2.)
- ☐ Giục sinh thất bại: mổ lấy thai (tư vấn biến chứng mổ lấy thai)

6. Kết thúc buổi tư vấn

- ☐ Hệ thống hóa các thông tin cơ bản về vấn đề
 - Tuần tuổi thai, vấn đề đến tư vấn
 - Các thông tin đã thu thập và đã tư vấn
- ☐ Hệ thống hóa các trao đổi đã thực hiện về định hướng quản lý, nhằm đạt đồng thuận
 - Quyết định CDTK hay không
 - Theo dõi tại viện
- ☐ Dẫn dò thai phụ chuẩn bị cho cuộc sanh, lưu ý các bất thường, đếm thai máy
- ☐ Tìm hiểu có vấn đề nào khác còn tồn đọng sau tư vấn: *Chị còn thắc mắc gì không?*

Điểm giao tiếp

- ☐ Trao đổi thông tin hai chiều, thảo luận trao đổi với thai phụ.
- ☐ Thường xuyên đặt câu hỏi. Câu hỏi đóng mở thích hợp, có mục đích rõ ràng.
- ☐ Lắng nghe đồng cảm, trấn an.
- ☐ Tôn trọng sự lựa chọn của thai phụ.

☐ Ngôn ngữ dễ hiểu.