11. ỐI VỠ NON

I. Định nghĩa

Ối vỡ non là ối vỡ trước khi thai vào chuyển dạ.

II. Chẩn đoán

1. Lâm sàng

- Ra nước rỉ rả hay đột ngột trong âm đạo.
- Tính chất dịch: đục, lợn cợn, trong, vàng, hay xanh sậm.
- Đóng băng vệ sinh thấy ướt nước ối.
- Đặt mỏ vịt: thấy nước ối chảy ra từ cổ TC, có thể thấy phần thai (tóc, chi...).
- Khám (hạn chế): có thể sờ thấy phần thai, tóc, dịch ối chảy ra âm đạo.
- Trường hợp nhiễm trùng ối nặng có thể thấy: sốt cao, chạm TC đau, dịch ối chuyển màu xanh đen và hôi. Tiên lượng xấu cho mẹ và bé.

2. Cận lâm sàng

- Nitrazine test: chỉ thị màu chuyển xanh.
- Siêu âm: không có giá trị chẩn đoán nhưng có thể ghi nhận lượng nước ối giảm hoặc bình thường.
- Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng ối
  - + 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/mm^3, 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.

3. Chẩn đoán

- Mạch mẹ > 100 l/p.
- Mạch con > 160 l/p.
- TC mềm đau.
- Sản dịch hôi.
- Bạch cầu > 15 000 .

III. Xử trí

Tùy thuộc

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

- **Nguyên tắc chung trong xử trí**

1. Hạn chế khám âm đạo, chỉ khám âm đạo khi
   + Có chuyển dạ tích cực, cần đánh giá tiến triển CTC và ngôi thai theo biểu đồ chuyển dạ.
   + Cần khám đánh giá chỉ số Bishop trước khi quyết định phương pháp chấm dứt thai kỳ.
2. 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.
3. Khởi phát chuyển dạ dựa trên chỉ số Bishop
   + Bishop ≥ 6 tăng co với Oxytocin tham khảo phác đồ "Khởi phát chuyển dạ".
   + Bishop < 6 gây chín mùi CTC 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.

- **Phải 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.
  + 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.
- **Trì hoãn chấm dứt thai kỳ khi**

Trì hoãn CDTK là tạm ngăn chặn việc CD xảy ra trong vòng 36-48 giờ, là thời gian cần thiết để hỗ trợ phổi thai nhi khi **tuổi thai < 37 tuần** kèm theo
  + Không có bằng chứng của nhiễm trùng ối trên lâm sàng và/hoặc CLS.
  + Đã vào chuyển dạ thực sự nhưng CTC < 3cm.

- **Các phương pháp chấm dứt thai kỳ**

Các phương pháp chấm dứt thai kỳ theo thể lâm sàng

1. **Trường hợp đã có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và thai đủ tháng**: 80 – 90% vào CD.
   + Theo dõi như một cuộc chuyển dạ tự nhiên.
   + Đánh giá nhiễm trùng mỗi 3 giờ: nhiệt độ, tim thai, màu mùi nước ối.
   + Đánh giá tiến triển của chuyển dạ mỗi 4 giờ/tiềm thời và mỗi 1-2 giờ/hoạt động.
   + Kháng sinh điều trị (liều cao và phối hợp) khi có bằng chứng nhiễm trùng.
   + Dùng KS sau 12 giờ ối vỡ mà chưa sinh.

2. **Trường hợp đã có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và thai ≤ 34 tuần** (50% vào CD tự nhiên sau 48 giờ): xử trí như trên và thêm hỗ trợ phổi thai với Beta Methasone theo phác đồ hoặc tương đương và trì hoãn CDTK từ 12 – 24 giờ để hỗ trợ phổi với thuốc giảm gò với:
   + Nifedipin 10mg 1v ngậm dưới lưỡi/20ph sau 3 giờ 1v uống /6-8g hoặc
   + Salbutamol 1mg 1 viên đặt hậu môn /4-6g.

3. **Trường hợp chưa có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và thai đủ tháng**: theo dõi tự nhiên, nếu sau 12 giờ ối vỡ không vào chuyển dạ thực sự do cơn gò thưa sẽ tăng co với dung dịch Oxytocin.

4. **Trường hợp chưa có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và ≤ thai 34 tuần**: cố gắng dưỡng thai, tối thiểu 48 giờ để hỗ trợ phổi. Có thể dưỡng thai lâu hơn khi không có nhiễm trùng.

5. **Xử trí nhiễm trùng ối**
   + Kháng sinh liều cao phối hợp.
   + CDTK:
     - Tăng co sau sử dụng kháng sinh 30 phút không quá 4 giờ.
     - Thuận lợi → theo dõi sinh.
     - Nếu không thuận lợi → MLT (chèn gạc kỹ, hút sạch nước ối).