

## Báo cáo loạt ca bệnh ra nước ối từ tuần thai 19 đến 23: theo dõi, điều trị và kết quả

Hoàng Phương Thảo<sup>1</sup>, Phạm Hải Hà<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

doi: 10.46755/vjog.2022.2.1283

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Phạm Hải Hà; email: bshant2000@yahoo.fr

Nhận bài (received): 29/11/2021 - Chấp nhận đăng (accepted): 1/8/2022

### Tóm tắt

*Ra nước ối sớm là tình trạng ra nước ối do tổn thương màng ối ở tuổi thai trước 37 tuần, thường là nguyên nhân gây sảy thai, đẻ non. Ra nước ối sớm có thể gây những biến chứng đối với mẹ và thai trong thai kỳ cũng như những vấn đề của sơ sinh non tháng. Theo dõi, quản lý và điều trị dự phòng nhiễm trùng có thể giúp giữ thai và giảm các biến chứng cho mẹ và thai. Chúng tôi báo cáo 3 trường hợp ra nước ối sớm ở tuổi thai từ 19 đến 23 tuần được điều trị chống nhiễm trùng bằng kháng sinh và theo dõi giữ thai thành công tại khoa Sản bệnh lý bệnh viện Phụ sản Trung ương.*

**Từ khóa:** ra nước ối sớm, đẻ non.

## Cases report preterm premature rupture of membranes between 19 and 23 weeks of gestation: monitoring, treatment and result

Hoang Phuong Thao<sup>1</sup>, Pham Hai Ha<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> National Hospital of Obstetrics and Gynecology

### Abstract

*Preterm premature rupture of membranes (PPROM) which is defined as damaged amniotic membrane spontaneously, occurs before 37 weeks of gestation, commonly occurs in premature birth. PPRM can lead to severe complications among mothers and fetuses during pregnancy as well as premature babies. Following up, managing and treating inflammation can help stability and avoid complications for the mother and fetus. We report 03 cases of PPRM at 19-23 weeks, treated by antibiotics and successfully saved fetuses at the Department of Pathological Obstetrics, NHOG.*

**Keywords:** preterm premature rupture of membranes, premature birth.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ra nước ối sớm là những trường hợp tổn thương màng ối xảy ra ở tuổi thai trước 37 tuần. Đây là triệu chứng thường gặp ở khoảng 1/3 các trường hợp đẻ non và là dấu hiệu thường gặp nhất gây chuyển dạ đẻ non [1]. Trong đó ra nước ối ở tuổi thai trước 24 tuần có tiên lượng không tốt cho thai, gặp ở khoảng 3,7/1000 thai phụ [2]. Các yếu tố nguy cơ bao gồm tiền sử viêm nhiễm âm đạo, ra máu trong quá trình thai nghén, đa thai, tiền sử sinh non, yếu tố di truyền, sử dụng thuốc lá, tuổi mẹ cao [3]. Ở những bệnh nhân xuất hiện ra nước ối ở tuổi thai nhỏ rất khó để đưa ra quyết định tiếp tục hay ngừng thai nghén. Nguy cơ nhiễm trùng cho mẹ, tiên lượng không tốt về khả năng sống của trẻ cũng như các biến chứng sau sinh là lý do cân nhắc đình chỉ thai nghén. Tuy nhiên, có 1 tỷ lệ nhất định lựa chọn tiếp tục thai kỳ và có kết quả thành công với trẻ sơ sinh xuất viện khỏe mạnh. Chẩn đoán ra nước ối sớm chủ yếu dựa vào thăm khám lâm sàng. Phác đồ theo dõi, điều trị và tiên lượng các trường hợp ra nước ối sớm còn chưa thực sự thống nhất phụ thuộc rất nhiều vào tuổi thai xuất hiện ra nước ối, tình trạng nhiễm trùng và đặc biệt phụ thuộc vào

trình độ hồi sức sơ sinh. Dưới đây, chúng tôi trình bày 3 ca bệnh ra nước ối sớm được chẩn đoán trước 24 tuần, được theo dõi và điều trị tại khoa sản bệnh lý bệnh viện Phụ sản trung ương. Cả 3 bệnh nhân đều được theo dõi giữ thai đến tuổi thai từ 33 đến 36 tuần và kết thúc thai nghén khi có dấu hiệu chuyển dạ bằng mổ lấy thai. Trẻ sơ sinh được điều trị ổn định sau mổ và không có biến chứng liên quan xảy ra đối với mẹ và con.

### 2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân 1: Nữ 35 tuổi, PARA: 1031, 1 lần mổ đẻ, tiền sử cường giáp đã điều trị ổn định. Bệnh nhân được chẩn đoán thai 22 tuần 5 ngày – Ra nước ối, sau khi được giải thích nguy cơ, bệnh nhân được theo dõi, giữ thai tại khoa 90 ngày. Bệnh nhân được mổ lấy thai ở tuổi thai 35 tuần 4 ngày với chỉ định chuyển dạ con lần 2 thai 36 tuần – Ối vỡ sớm/ Mổ cũ, mổ được 01 trai 2800g, apgar 9-10. Sơ sinh sau mổ được ghép cùng mẹ và ổn định ra viện sau mổ 5 ngày.

Bệnh nhân 2: Nữ 35 tuổi, PARA: 1001, 1 lần mổ đẻ, tiền sử khỏe mạnh. Bệnh nhân được chẩn đoán thai 20 tuần 5 ngày - IVF - Ra nước ối, sau khi được giải thích

nguy cơ, bệnh nhân được theo dõi, giữ thai tại khoa 80 ngày. Bệnh nhân được mổ lấy thai khi thai 32 tuần 1 ngày với chỉ định chuyển dạ con lần 2 thai 33 tuần - Ổi vỡ sớm/ Mổ cũ, mổ được 01 trai 1800g, apgar 7 - 8. Sơ sinh sau mổ được theo dõi và điều trị tại trung tâm Sơ sinh và được ra viện sau 10 ngày.

Bệnh nhân 3: nữ 28 tuổi, PARA 0040, tiền sử khỏe mạnh. Bệnh nhân được chẩn đoán thai 19 tuần 2 ngày - Ra nước ối, sau khi được giải thích nguy cơ, bệnh nhân được theo dõi, giữ thai tại khoa 98 ngày. Bệnh nhân được mổ lấy thai khi thai 33 tuần 2 ngày với chỉ định chuyển dạ con so thai 34 tuần - Ngôi mông - Ổi vỡ sớm, mổ được 01 trai 1900g, apgar 7-8. Sơ sinh sau mổ được theo dõi và

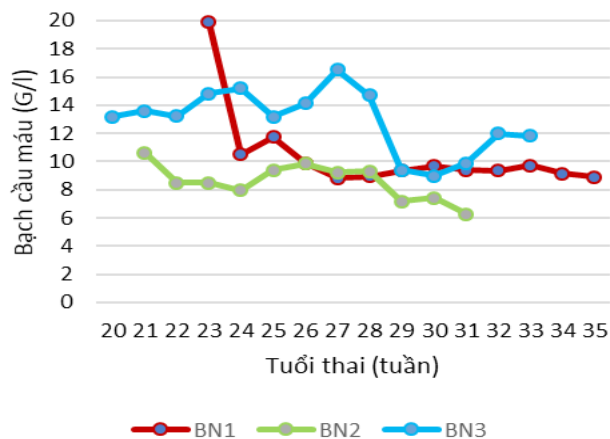
điều trị tại trung tâm Sơ sinh và được ra viện sau 40 ngày.

Tình trạng lâm sàng khi nhập viện: 3 ca đều có dấu hiệu ra nước âm đạo, khám lâm sàng bằng mỏ vịt thấy nước ối ra từ lỗ cổ tử cung, nước ối trong, cổ tử cung đóng, không có cơn co tử cung. Toàn trạng 3 bệnh nhân không có biểu hiện nhiễm trùng, siêu âm còn hoạt động tim thai. Đây là những điều kiện tiên quyết để quyết định giữ thai.

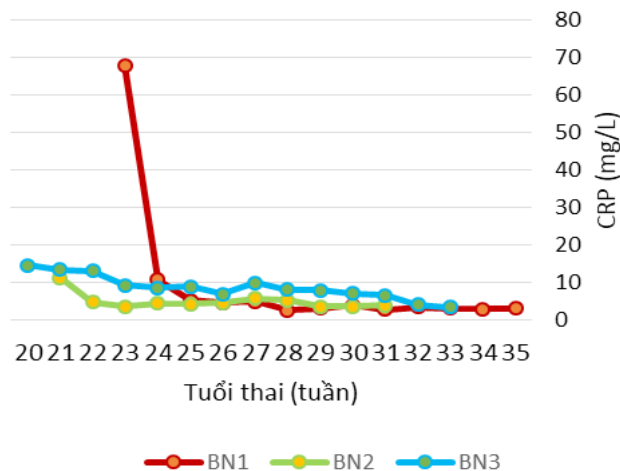
Quá trình điều trị: 3 bệnh nhân đều được sử dụng kháng sinh dự phòng đường tiêm tĩnh mạch; siêu âm đánh giá tình trạng thai, lượng nước ối; theo dõi nhịp tim thai bằng monitoring sản khoa; và làm các xét nghiệm cận lâm sàng định kỳ để theo dõi, đánh giá tình trạng nhiễm trùng.

**Bảng 1.** Đặc điểm lâm sàng của 3 ca bệnh

Đặc điểm	Bệnh nhân 1	Bệnh nhân 2	Bệnh nhân 3
Tuổi thai xuất hiện ra nước ối	22 tuần 5 ngày	20 tuần 5 ngày	19 tuần 2 ngày
Thời điểm kết thúc thai kỳ	35 tuần 4 ngày	32 tuần 1 ngày	33 tuần 2 ngày
Thời gian giữ thai	90 ngày	80 ngày	98 ngày
Thời gian sơ sinh nằm viện	2 ngày	10 ngày	40 ngày

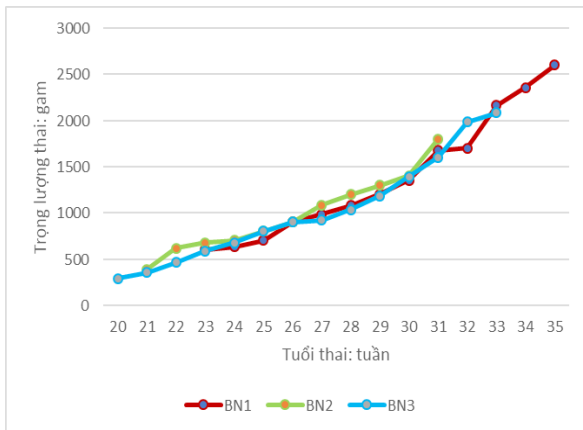


**Biểu đồ 1.** Sự thay đổi chỉ số nhiễm trùng của 3 ca bệnh



**Biểu đồ 2.** Sự thay đổi trọng lượng thai của 3 ca bệnh

Cả 3 bệnh nhân đều xuất hiện dấu hiệu ra nước âm đạo ở tuổi thai rất sớm trước 24 tuần và thời gian giữ thai của cả 3 bệnh nhân khoảng từ 80 đến 98 ngày. Về các dấu hiệu nhiễm trùng, cả 3 bệnh nhân đều không có biểu hiện sốt trong quá trình theo dõi, theo biểu đồ 1, bệnh nhân số 2 các xét nghiệm cận lâm sàng đều trong giới hạn bình thường, bệnh nhân số 1 và số 3 xét nghiệm lúc vào viện bạch cầu và protein phản ứng C (CRP) đều cao có nguy cơ nhiễm trùng phải ngừng thai, sau khi điều trị kháng sinh dự phòng các xét nghiệm của 2 bệnh nhân số 1 và số 3 đều dần trở về bình thường.



Về trọng lượng thai, cả 3 bệnh nhân trọng lượng thai đều phát triển tương ứng với tuổi thai.

Về số lượng nước ối của 3 bệnh nhân, khi theo dõi qua siêu âm có thể nhận thấy rõ ràng sự khác biệt giữa 3 bệnh nhân, bệnh nhân 1 nước ối trở về bình thường từ tuần 30, bệnh nhân 2 nước ối tăng lên từ tuần 29, bệnh nhân 3 chỉ số ối dưới 50 mm từ khi nhập viện đến khi kết thúc thai nghén. Tương ứng với số lượng nước ối của mỗi bệnh nhân nhận thấy thời gian sơ sinh phải theo dõi và điều trị tại trung tâm sơ sinh khác biệt rõ rệt giữa 3 bệnh nhân như trên bảng 1.

### 3. BÀN LUẬN

Ra nước ối sớm làm tăng các biến chứng thai nghén của cả mẹ và thai. Về phía mẹ, ra nước ối sớm làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, bệnh cảnh đa dạng, nặng nề nhất có thể gây nhiễm khuẩn huyết và tử vong [4]. Đối với thai, ra nước ối sớm làm tăng nguy cơ sinh non, nhiễm khuẩn sơ sinh sau đẻ, làm giảm lượng nước ối ở thai (thiếu ối) đặc biệt ở các trường hợp thiếu ối kéo dài làm hạn chế vận động các chi gây bất thường tư thế chi, cản trở sự phát triển của phổi là nguyên nhân dẫn đến thiếu sản phổi gây suy hô hấp nặng sau sinh [5].

Theo Al Riyami và cộng sự (2013), tỷ lệ nhiễm trùng lên đến trên 55% ở những trường hợp thai phụ ra nước ối sớm trước 26 tuần [6]. Cả 3 bệnh nhân trình bày ở trên đều ra nước ối rất sớm trước 24 tuần, tiên lượng giữ thai khó khăn tuy nhiên sau khi được giải thích và tình trạng lâm sàng của bệnh nhân lúc nhập viện chưa có tình trạng nhiễm trùng toàn thân, còn hoạt động tim thai, không có các dấu hiệu chuyển dạ, đã được loại trừ các

bất thường thai, bệnh nhân và gia đình có nguyện vọng theo dõi tiếp. Không có biểu hiện nhiễm trùng là điều kiện tiên quyết để giữ thai, chỉ định ngừng thai ngay lập tức khi có biểu hiện nhiễm trùng xuất hiện ở thai phụ [7]. Nhiễm trùng ối được định nghĩa theo tiêu chí Gibb bao gồm: sốt, tăng bạch cầu, có cơn co tử cung, nhịp tim nhanh của mẹ hoặc thai, dịch ối hôi, ở những thai phụ không có triệu chứng lâm sàng thì xét nghiệm CRP cao kèm theo số lượng bạch cầu tăng cao là những yếu tố tiên lượng nặng [8]. Trong quá trình theo dõi qua xét nghiệm cận lâm sàng và triệu chứng lâm sàng có thể thấy cả 3 bệnh nhân đều không có biểu hiện nhiễm trùng: không sốt, xét nghiệm bạch cầu và CRP ở mức cho phép (biểu đồ 1).

Theo Esteves JS và cộng sự, thời gian giữ thai lâu nhất ở một trường hợp ra nước ối sớm là 77 ngày và liệu pháp kháng sinh được sử dụng phù hợp là yếu tố quyết định giúp kéo dài thời gian giữ thai [9]. Cả 3 trường hợp lâm sàng chúng tôi nêu trên, các bệnh nhân có thời gian giữ thai từ 84 đến 98 ngày, kết thúc thai nghén ở tuổi thai từ 33 đến 36 tuần vì chuyển dạ, nhận thấy thời gian kéo dài thai nghén càng lâu, tuổi thai khi ngừng thai các lớn thì tiên lượng với thai càng tốt.

Số lượng nước ối có thể thay đổi trong quá trình theo dõi thai, sinh lý nước ối thay đổi theo tuổi thai, tùy thuộc vào lượng nước ối mất đi nhiều hay ít mà số lượng nước ối thay đổi trong quá trình thai nghén ở các thai phụ ra nước ối. Ảnh hưởng của số lượng nước ối đến sự phát triển của thai phụ thuộc vào mức độ nặng, nhẹ, kéo dài của thiếu ối. Những vấn đề của trẻ sơ sinh ở những trường hợp ra nước ối sớm nguyên nhân chính là do những vấn đề của non tháng và số lượng nước ối bị giảm (thiếu ối) [4]. Qua 3 bệnh nhân được báo cáo ở trên chúng tôi nhận thấy sự ảnh hưởng của số lượng nước ối đến tình trạng sơ sinh sau đẻ, bệnh nhân số 1 lượng nước ối bình thường từ 30 tuần sơ sinh sau đẻ tình trạng ổn định, được về nằm cùng mẹ sau 2 ngày theo dõi và xuất viện cùng mẹ; bệnh nhân số 2 và số 3 mặc dù kết thúc ở tuổi thai với trọng lượng tương đương nhau, tuy nhiên với lượng nước ối tăng dần trong quá trình theo dõi bệnh nhân số 2 có tình trạng sơ sinh tốt hơn sau 10 ngày theo dõi tại trung tâm sơ sinh, ở bệnh nhân số 3 tình trạng thiếu ối kéo dài nhận thấy thời gian trẻ phải nằm viện dài hơn (40 ngày). Tác giả Storness-Bliss và cộng sự khi nghiên cứu các trường hợp ra nước ối sớm ở tuổi thai trước 24 tuần cũng nhận thấy ở các trường hợp có số lượng nước ối còn lại nhiều hơn làm tăng khả năng thai nhi sống sau sinh, tăng thời gian kéo dài thai nghén mà không làm tăng các biến chứng mẹ [10].

Ở cả 3 trường hợp, qua theo dõi lâm sàng có thể thấy sự phát triển của thai (trọng lượng thai) tương đương với tuổi thai. Tuy vậy, với số lượng 3 bệnh nhân cũng chưa thể khẳng định số lượng nước ối ở các trường hợp ra nước ối có ảnh hưởng hay không đến sự tăng trưởng, phát triển của thai nhi. Theo Esteves JS và cộng sự, một số yếu tố tiên lượng tỷ lệ tử vong và bệnh tật sơ

sinh là thời gian kéo dài thai nghén, tuổi thai khi sinh và trọng lượng sơ sinh [9]. Trong đó trọng lượng sơ sinh là một yếu tố tiên lượng độc lập đến khả năng sống của trẻ sơ sinh, do đó tất cả nỗ lực để kéo dài thời gian giữ thai là yếu tố quyết định đến tiên lượng của trẻ sau sinh. Do đó, liệu pháp kháng sinh phù hợp để kiểm soát tình trạng nhiễm khuẩn là yếu tố quyết định đến thời gian kéo dài thai nghén.

#### 4. KẾT LUẬN

Với chiến lược điều trị phù hợp, đặc biệt với liệu pháp kháng sinh để kiểm soát tốt tình trạng nhiễm khuẩn các thai phụ có tình trạng ra nước ối sớm trước 24 tuần vẫn có khả năng tiếp tục theo dõi thai và có kết quả thai nghén tốt cho cả mẹ và thai. Gợi ý sự liên quan giữa tình trạng nước ối trong quá trình theo dõi và tiên lượng nặng của trẻ sơ sinh.

#### 5. KIẾN NGHỊ

Làm thêm các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để có cái nhìn tổng quan về kết quả thai nghén của các bệnh nhân ra nước ối sớm để có thể đưa ra được các kết luận cũng như các khuyến cáo theo dõi và điều trị các trường hợp trên.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lorthe E, Ancel, et al. Impact of Latency Duration on the prognosis of preterm infants after premature rupture of membranes at 24 to 32 weeks' gestation: A national population-based cohorts, J Pediatr 2017, 182:47.
2. Waters TP, Mercer BM. The management of preterm premature rupture of membranes near the limit of fetal viability, Am J Obstet Gynecol 2009; 201:230-40.
3. Gabbe SG. Obstetrics: normal and problem pregnancies. Philadelphia: Elsevier/Saunders. 2012
4. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. Obstet Gynecol. 2003;101; 178-93.
5. van Teefelen AS, van der Ham DP, Willekes C, et al. Midtrimester preterm prelabour rupture of membranes (PPROM): expectant management amnioinfusion for improving perinatal outcomes (PPROMEXIL – III trial), BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:128.
6. Al Riyami, Al-Ruheili, et al. Extreme preterm premature rupture of membranes risk factors and fetomaternal outcomes, Oman Med J 2013; 28: 108-11.
7. Tamara Jane Hauter, Megan J. Brynes, Elizabeth Nathan, et al. Factors influencing survival in prelabour preterm premature rupture of membranes, The Journal of Maternal – Fetal and Neonatal Medicine, 2012;25(9): 1755-1761.
8. Gibbs RS, Castillo MS. Management of acute chorioamnionitis, Am J Obstet Gynecol 1980;136: 709-13.
9. Esteves JS, et al. Neonatal outcome in women with preterm premature rupture of membranes (PPROM) between 18 and 26 weeks. J Matern fetal Neonatal Med. 2015;29: 1-5.
10. Storness - Bliss C, Metcalfe A, et al. Correlation of residual amniotic fluid and perinatal outcomes in prelabour preterm rupture of membranes. J Obstet Gynecol Can. 2012;34;354-8.