

KHUYẾN CÁO MỚI CỦA HIỆP HỘI SẢN PHỤ KHOA HOA KỲ VỀ NHIỄM TRÙNG ỒI

R. Phillips Heine; Karen M. Puopolo; Richard Beigi; Neil S. Silverman; Yasser Y. El-Sayed
"Intrapartum Management of Intraamniotic Infection". *Obs & Gyn Vol. 130, No. 2, August 2017*

Lê Tiểu My - Bệnh viện Mỹ Đức

Nhiễm trùng ối, đôi khi được gọi là viêm nhau - ối, là tình trạng viêm do nhiễm trùng dịch ối và các thành phần khác như bánh nhau, thai nhi, các màng thai, màng ối. Nhiễm trùng ối không chỉ xảy ra ở sinh non mà cũng có thể gặp ở thai đủ tháng. Hầu hết nhiễm trùng ối chỉ được chẩn đoán lúc sanh. Gần đây, người ta đề nghị đổi tên của tình trạng này là "nhiễm trùng dịch ối và phản ứng viêm" nhằm mô tả một cách chính xác, đầy đủ tình trạng và diễn tiến của bệnh.

Nhiễm trùng dịch ối có thể có nhiều tác nhân, cả vi khuẩn ái khí lẫn kỵ khí, và thường bắt nguồn từ hệ vi khuẩn âm đạo. Phần lớn các trường hợp nhiễm trùng ối xảy ra do sự xâm nhập của vi khuẩn từ đường sinh dục dưới vào khoang ối, một số ít xảy ra sau các thủ thuật xâm lấn như chọc ối hay sinh thiết gai nhau hoặc hiếm hơn là nhiễm trùng thứ phát từ đường máu gây nhiễm trùng hệ thống.

Nhiễm trùng ối làm tăng tỷ lệ tử vong sớm sau sinh, bao gồm viêm phổi sơ sinh, viêm màng não, nhiễm trùng huyết và tăng những nguy cơ bệnh lý lâu dài cho trẻ loạn sản phế quản phổi, thậm chí là bại não. Một tổng quan hệ thống mới của 15 nghiên cứu cho thấy nguy cơ bại não ở trẻ sơ sinh tăng gần gấp đôi nếu có nhiễm trùng ối.

Về phía mẹ, nhiễm trùng ối cũng làm tăng nguy cơ can thiệp trong chuyển dạ, đờ tử cung, băng huyết sau sanh, viêm nội mạc tử cung, viêm phúc mạc, nhiễm trùng huyết, suy hô hấp cấp... có thể dẫn đến tử vong.

CHẨN ĐOÁN NHIỄM TRÙNG ỒI

Chẩn đoán nhiễm trùng ối bằng nuôi cấy dịch và/hoặc nhuộm gram, phân tích các chất sinh hóa, nhưng thực tế hầu hết đều chẩn đoán bằng tiêu chuẩn lâm sàng. Các chuyên gia thuộc Hội Sản Phụ khoa và Nhi khoa Hoa Kỳ đề nghị phân loại nhiễm trùng ối thành ba nhóm: (1) Sốt đơn độc; (2) Nghi ngờ nhiễm trùng ối; (3) Chẩn đoán xác định nhiễm trùng ối.

Định nghĩa mới phân biệt nghi ngờ và chẩn đoán xác định nhiễm trùng ối dựa vào dấu hiệu lâm sàng và các xét nghiệm, chuẩn hóa mức thân nhiệt chẩn đoán sốt trong chuyển dạ.

- Sốt đơn độc được định nghĩa khi thân nhiệt (đo ở miệng) từ 39°C trở lên hoặc sốt 38,0-38,9°C kéo dài 30 phút.
- Nghi ngờ nhiễm trùng ối khi thân nhiệt mẹ tăng (sốt) kèm theo một hoặc hơn trong số các dấu hiệu sau: bạch cầu tăng, dịch cổ tử cung giống như mủ, tim thai nhanh.
- Chẩn đoán xác định nhiễm trùng ối dựa trên kết quả xét nghiệm dịch ối (nhuộm gram, nồng độ đường, nuôi cấy vi trùng (+), hoặc giải phẫu bệnh học mô nhau có bằng chứng nhiễm trùng, hiện tượng viêm. Trong thực hành lâm sàng thường chẩn đoán nhiễm trùng ối sau sinh bằng giải phẫu bệnh mô nhau. Nếu thân nhiệt mẹ $\geq 39^{\circ}\text{C}$ mà không có yếu tố nguy cơ nhiễm trùng nào có thể xếp vào nhóm nghi ngờ nhiễm trùng ối dù phân loại mới lại gọi là sốt cao đơn độc. Điều này được lý giải rằng

hầu hết các trường hợp tăng nhiệt độ ở bà mẹ đều do nguyên nhân nhiễm trùng chứ ít khi do những nguyên nhân không nhiễm trùng như mất nước hay do gây tê ngoài màng cứng.

XỬ TRÍ TRƯỜNG HỢP NGHI NGỜ HOẶC CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH NHIỄM TRÙNG ỒI

Nhiễm trùng ối làm tăng nhiều nguy cơ bệnh lý cũng như tăng tỷ lệ tử vong, do vậy, với tất cả những trường hợp nghi ngờ hoặc chẩn đoán xác định nhiễm trùng ối cần chỉ định nhập viện và sử dụng kháng sinh, hạ sốt. Phương pháp chấm dứt thai kỳ cần dựa trên các chỉ định sản khoa. Cần lưu ý các trường hợp chuyển dạ kéo dài. Nhiễm trùng ối đơn

độc cũng là một chỉ định của mổ lấy thai.

XỬ TRÍ TRƯỜNG HỢP SỐT CAO ĐƠN ĐỘC

Khi thân nhiệt trong khoảng 38,0-38,9°C và không có tiêu chuẩn lâm sàng chẩn đoán nhiễm trùng ối, dù được gọi là sốt cao đơn độc nhưng thực tế lâm sàng thường chọn giải pháp điều trị như một trường hợp nhiễm trùng ối.

Vì lợi ích của mẹ và bé sơ sinh, vẫn chỉ định kháng sinh dù không có nguồn nhiễm trùng nào khác được xác định. Nhưng dù có quyết định xử trí như một trường hợp nhiễm trùng ối hay không thì khuyến cáo vẫn nên cân trao đổi với bác sĩ sơ sinh trong bất kỳ trường hợp nào mẹ có biểu hiện sốt.

Bảng 1. Kháng sinh được lựa chọn.

Liệu pháp đầu tay	Liều
Kháng sinh khuyến cáo	Liều
– Ampicillin	2 g IV mỗi 6 giờ
– Gentamicin	2 mg/kg IV liều tải sau đó 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ hoặc 5 mg/kg IV mỗi 24 giờ
Kháng sinh khuyến cáo (Trường hợp dị ứng Penicillin nhẹ)	Liều
– Cefazolin	2 g IV mỗi 8 giờ
– Gentamicin	2 mg/kg IV liều tải sau đó 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ hoặc 5 mg/kg IV mỗi 24 giờ
Kháng sinh khuyến cáo (Trường hợp dị ứng Penicillin nặng)	Liều
– Clindamycin	900 mg IV mỗi 8 giờ
– Vancomycin	1 g IV mỗi 12 giờ
– Gentamicin	2 mg/kg IV liều tải sau đó 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ hoặc 5 mg/kg IV mỗi 24 giờ
Liệu pháp thay thế	Liều
– Ampicillin – sulbactam	3 g IV mỗi 6 giờ
– Piperacillin – tazobactam	3.375 g IV mỗi 6 giờ hay 4,5 mg mỗi 8 giờ
– Cefotetan	2 g IV mỗi 12 giờ
– Cefoxitin	2 g mỗi 8 giờ
– Ertapenem	1 g IV mỗi 24 giờ

Sau mổ lấy thai chỉ định thêm 1 liều – clindamycin 900 mg IV hay metronidazol 500 mg IV.
Sau sinh ngã âm đạo: không thêm, nhưng không chỉ định clindamycin.