

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 59

BỆNH TRUYỀN NHIỄM & THAI KỲ



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 59 – QUÝ III/2021

BỆNH TRUYỀN NHIỄM VÀ THAI KỲ

- 4 Vaccine COVID-19 và thai kỳ
BS. Nguyễn Khánh Duy và cộng sự
- 9 Nhiễm COVID-19 trong thai kỳ – cập nhật những kết quả nghiên cứu mới nhất
BS. Trần Ngọc Vân Anh, BS. CKI Châu Ngọc Minh
- 12 Cúm và thai kỳ
BS. Huỳnh Thanh Nguyệt,
BS. CKI. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 17 Tầm soát nhiễm Rubella trong thai kỳ
BS. CKI. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh,
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 23 Nhiễm virus Zika khi mang thai
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 28 Sàng lọc viêm gan C ở phụ nữ mang thai
BS. CKI Lê Đức Thắng
- 31 Liệu pháp kháng virus trong điều trị viêm gan B và kết cục thai kỳ
BS. CKI. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 36 Tổng quan về giang mai trong thai kỳ
BS. CKI. Trần Thế Hùng
- 39 Nhiễm *Chlamydia Trachomatis* trong thai kỳ
BS. Trần Ngọc Vân Anh, BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 44 Cập nhật về *Cytomegalovirus* và thai kỳ
BS. Ngô Việt Thảo, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 48 Sảy thai sớm liên quan đến nhiễm khuẩn *Haemophilus influenza* không điển hình
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 51 Sùi mào gà và thai kỳ
BS. Dương Văn Sang
- 55 Nhiễm trùng đường tiết niệu trong thai kỳ
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 60 *Chlamydia trachomatis* ở nam giới: tình trạng bị ảnh hưởng như thế nào?
ThS. Nguyễn Ngọc Yến Nhi, ThS. Lâm Thị Mỹ Hậu
- 63 Vai trò của xét nghiệm tiền sản không xâm lấn (NIPT) trong tầm soát lệch bội ở song thai
BS. Đào Thị Hải Yến, BS. Nguyễn Thành Nam
- 66 Quản lý trong và sau thai kỳ cho thai phụ có Lupus ban đỏ hệ thống
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 71 Khả năng sinh sản và quản lý thai kỳ ở bệnh nhân thalassemia
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 79 Mối tương quan giữa bất thường tình trùng và kết cục thai kỳ
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 83 Ứng dụng kỹ nghệ mô buồng trứng nhân tạo – Bước tiến mới trong bảo tồn khả năng sinh sản
CN. Đặng Thị Huyền Trang và cộng sự
- 88 Tổng quan về Zona Pellucida
CNSH. Trần Nhật Ánh Dương, CNSH. Hồ Lan Trâm

93 Hỏi - Đáp lâm sàng

95 Journal Club

- So sánh hiệu quả Oxytocin liều cao với liều tiêu chuẩn trong thúc đẩy chuyển dạ ở phụ nữ con so: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng
- Nhiễm SAR-CoV-2 giai đoạn chu sinh và COVID-19 trẻ sơ sinh

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 61 – Quý I/2022
Chủ đề “Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản”
Vui lòng nộp bài trước 30/11/2021



Y học sinh sản tập 62 – Quý II/2022
Chủ đề “Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh, trước khi có thai”
Vui lòng nộp bài trước 30/02/2022

SẢY THAI SỚM LIÊN QUAN ĐẾN NHIỄM KHUẨN HAEMOPHILUS INFLUENZAE KHÔNG ĐIỂN HÌNH

TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên

Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Haemophilus influenzae không điển hình (Non-typeable *Haemophilus influenzae* – NTHi) là một loại vi khuẩn gây nhiễm trùng đường hô hấp trên, gây tắc nghẽn phổi mạn tính, là căn nguyên của bệnh viêm phổi mắc phải ở cộng đồng, chiếm khoảng 25% các trường hợp viêm tai giữa cấp và tiềm ẩn nguy cơ gây bệnh trên người già, trẻ em và trẻ sơ sinh (Cevik và cs, 2020; Cherpes và cs, 2002). Các ca nhiễm trùng do NTHi đã tăng đều trong 20 năm qua. NTHi gây nhiễm trùng dưới cả hai hình thức: xâm lấn và khu trú.

Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy khả năng gây nhiễm trùng của NTHi trong thai kỳ và giai đoạn chu sinh, dẫn đến các kết cục bất lợi cho thai nhi và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, hiện vẫn còn nhiều trường hợp sảy thai liên quan đến NTHi vẫn không được phát hiện hoặc chưa được chẩn đoán và báo cáo cụ thể. Mặt khác, các triệu chứng và các biểu hiện lâm sàng, cơ chế bệnh sinh, sự lây lan, phương pháp chẩn đoán và điều trị tối ưu vẫn chưa được xác định. Những mầm bệnh này cần được tầm soát và điều trị trong thời kỳ mang thai, cũng như cần tiến hành điều tra để xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn sinh dục và khả năng nhiễm khuẩn do NTHi ở phụ nữ mang thai.

NHIỄM KHUẨN NTHi TRONG THAI KỲ

Theo số liệu thống kê từ Anh, phụ nữ mang thai có nguy cơ nhiễm NTHi tăng 17 lần so với

phụ nữ không mang thai. Hiện có nhiều bằng chứng cho thấy mối tương quan chặt chẽ giữa nhiễm NTHi trong thai kỳ với sảy thai sớm. Trong số những thai phụ nhiễm NTHi, tỷ lệ sảy thai chiếm 61%, với tần suất 20% sảy thai trước 25 tuần tuổi. Các trường hợp sảy thai liên quan đến NTHi được ghi nhận dựa trên nuôi cấy vi sinh từ máu thai nhi hoặc nuôi cấy mô bào thai, thực hiện sinh thiết bánh nhau và phôi thai (Cevik và cs, 2020).

Thông thường, các trường hợp dương tính với *H. influenzae* là những thai phụ có độ tuổi trung bình là 33 tuổi (khoảng 25 – 35), và tất cả bệnh nhân đều có tuổi thai <20 tuần tại thời điểm sảy thai. Các triệu chứng chính xuất hiện bao gồm đau bụng quặn cấp tính và dữ dội, chảy máu âm đạo, tiết dịch âm đạo, đau đầu và sốt. Một số trường hợp thai phụ bị ối vỡ non và xuất hiện viêm màng đệm hoại tử cấp tính, viêm kẽ phổi cấp tính, thâm nhiễm tế bào phế nang, hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng huyết, dẫn đến các kết cục bất lợi cho thai kỳ, do đó cần được hồi sức truyền dịch và kháng sinh đồ ngay lập tức (Cevik và cs, 2020).

SẢY THAI DO NHIỄM NTHi

Sảy thai do nhiễm *H. influenzae* lần đầu tiên được báo cáo vào năm 1973. Wallace và các đồng nghiệp là những người đầu tiên nhận thấy chủng NTHi là chủng phân lập chủ yếu từ các trường hợp nhiễm trùng khi phá thai. Nguyên nhân có thể do tác dụng ức chế miễn dịch của

thai kỳ làm tăng tính nhạy cảm của thai phụ với *H. influenzae*. Nguy cơ nhiễm trùng huyết do *H. influenzae* ở phụ nữ mang thai từ 18 – 39 tuổi tăng gấp 6 lần so với những người trưởng thành khác ở cùng độ tuổi và hơn một nửa số ca nhiễm khuẩn liên quan đến thai kỳ đã dẫn đến kết cục thai lưu. Sẩy thai do *H. influenzae* gây ra thường diễn biến nhẹ ở thai phụ, nhưng cũng có thể diễn biến nặng hơn và đe dọa đến tính mạng (Cherpes và cs, 2002).

Trong trường hợp thai phụ đồng nhiễm NTHi với các loại virus khác như virus cúm, sốt xuất huyết và virus gây suy giảm miễn dịch ở người, phản ứng miễn dịch của người mẹ với các virus này có thể dẫn đến sẩy thai tự nhiên mà không do nhiễm trùng NTHi trong tử cung. Mặt khác, có rất ít bằng chứng cho thấy nhiễm trùng huyết do nhiễm khuẩn cấp tính có liên quan đến nhau bong non và sẩy thai tự nhiên. Tuy nhiên, vẫn có khả năng nhiễm trùng huyết do nhiễm NTHi có thể dẫn đến sẩy thai tự nhiên mà không có bất kỳ tín hiệu gì từ tử cung, ngoại trừ sốc nhiễm trùng sau khi sẩy thai, ra máu âm đạo nhẹ kèm theo đau bụng dưới (Baba và cs, 2017).

CƠ CHẾ LÂY TRUYỀN NTHi TỪ MẸ SANG CON VÀ VAI TRÒ CỦA *H. INFLUENZAE* TRONG NHIỄM TRÙNG ỒI VÀ ỒI VỠ NON

Hai cơ chế lây truyền *H. influenzae* sang thai nhi dẫn đến sẩy thai bao gồm: (1) sự lây lan phù nề nội sinh theo đường máu từ thai phụ bị nhiễm trùng qua nhau thai hoặc nước ối để đến thai nhi trong trường hợp thai phụ bị nhiễm trùng huyết nguyên phát do sự xâm nhập của NTHi qua niêm mạc đường hô hấp trên; (2) nhiễm trùng lan dần từ cổ tử cung và âm đạo của thai phụ truyền đến thai nhi. Tuy nhiên, tỷ lệ phân lập NTHi từ đường sinh dục người thường chiếm 1 – 7% và được đặc trưng bởi biotype IV đặc hiệu cho niệu sinh dục, gây kết dính màng bụng, giúp cho NTHi biotype IV tăng khả năng sống sót trong môi trường đường sinh dục với khả năng gây nhiễm trùng đường sinh dục và nhiễm trùng

huyết sơ sinh, (Cherpes và cs, 2002).

Nhiễm trùng do NTHi gây ra theo hình thức lan dần từ cổ tử cung và âm đạo của thai phụ truyền đến thai nhi trong tử cung thường được liên kết với sinh non và ối vỡ non. Một số nghiên cứu đã báo cáo rằng các chủng NTHi biotype IV chiếm đến 38% các trường hợp nhiễm trùng từ mẹ sang con. Nghiên cứu của Martínez và cộng sự (1999) sớm đã ước tính tỷ lệ mắc *H. influenzae* trong nhiễm trùng ối liên quan đến ối vỡ non là 7,3%. Thông qua sinh thiết mô bánh nhau, chứng viêm màng đệm trong tất cả các trường hợp nhiễm *H. influenzae* và các biến chứng như viêm nội mạc tử cung sau sinh ở thai phụ, cũng như nhiễm trùng huyết nặng và di chứng thần kinh ở trẻ sinh non (tuổi thai trung bình là 29,6 tuần và cân nặng trung bình khi sinh là 1.480g) đã được phát hiện với nhiễm khuẩn *H. influenzae* biotype II. Mặc dù may mắn sống sót, biến chứng sinh non làm cho trẻ bị nhiễm trùng xâm lấn, xuất huyết não thất và tử vong chu sinh (Martínez và cs, 1999).

GIÁM SÁT VÀ THEO DÕI NHIỄM KHUẨN NTHi TRONG THAI KỲ

Nhiều bằng chứng về sự kháng thuốc của NTHi đã được xác định, đa số âm tính với β -lactamase, kháng penicillin và nhạy cảm với ampicillin. Hầu hết bệnh nhân đều được điều trị thành công bằng kháng sinh nhóm β -lactam (Cherpes và cs, 2002). Việc sử dụng clindamycin và gentamicin cho bệnh nhân vỡ ối non làm giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm trùng ở thai phụ. Tuy nhiên, cần thực hiện nghiên cứu liệu pháp kháng sinh cải thiện cho bệnh viêm màng đệm trong thời kỳ chu sinh (Martínez và cs, 1999).

NTHi có ái lực đặc biệt với đường sinh dục và thường gây nhiễm trùng âm đạo hoặc cổ tử cung. Tuy nhiên, các phương pháp chọn lọc để phát hiện *H. influenzae* từ các mẫu xét nghiệm cổ tử cung thường quy trong thời kỳ mang thai cần được tiến hành rộng rãi. Việc phát triển của các đầu dò bộ gen cho phép xác định nhanh chóng các chủng NTHi nhằm lựa chọn loại kháng sinh

thích hợp trong điều trị nhiễm khuẩn sinh dục. Các nghiên cứu tiền cứu về hệ vi khuẩn trong âm đạo của thai phụ thông qua nuôi cấy trên môi trường chọn lọc có thể giúp làm rõ tần suất gây bệnh, sự lây truyền và tỷ lệ mắc bệnh tiềm ẩn do NTHi gây ra ở phụ nữ mang thai. Các nghiên cứu này giúp xác định mức độ chính xác của việc NTHi xâm lấn vào bộ phận sinh dục và gây ra viêm màng đệm hoặc nhiễm trùng khi phá thai sẽ giúp phát triển hướng điều trị nhiễm NTHi ở thai phụ trong tương lai (Cherpes và cs, 2002).

Việc thực hiện lấy mẫu vi sinh và mô bệnh học, cũng như cung cấp các phương pháp chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng do NTHi thật sự rất quan trọng cho việc thu thập và cung cấp thông tin trong quản lý lâm sàng các nhiễm trùng trong thời kỳ đầu mang thai. Điều này hỗ trợ tích cực cho việc giám sát và theo dõi mầm bệnh.

Mặc dù việc kết hợp thu mẫu thai phụ và thai nhi được tiến hành song song, nhưng vẫn không thể xác định được nguyên nhân thực sự của NTHi vì các trường hợp sẩy thai, nhiễm trùng do phá thai, và thai chết lưu hiếm khi được khám nghiệm tử thi.

Việc sàng lọc NTHi nên được xem xét ở thai phụ đã từng phẫu thuật cổ tử cung, sẩy thai hoặc có biểu hiện bất thường về cổ tử cung. Y học lâm sàng khuyến cáo phải cảnh giác với mầm bệnh này và cần phát hiện NTHi trong mọi trường hợp kể cả nạo phá thai tự hoại để nắm bắt tỷ lệ sẩy thai phổ biến do NTHi, đặc biệt trong giai đoạn đầu thai kỳ trước 24 tuần tuổi để có biện pháp phòng ngừa và các phương pháp điều trị thích hợp (Cevik và cs, 2020).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Baba H, Kakuta R, Tomita H, Miyazoe M, Saito M, Oe C, Ishibashi N, Sogi M, Oshima K, Aoyagi T, Gu Y, Yoshida M, Tokuda K, Endo S, Yano H, Kaku M. The first case report of septic abortion resulting from β -lactamase-negative ampicillin-resistant non-typeable *Haemophilus influenzae* infection. *JMM Case Rep.* 2017 Oct 12;4(10):e005123. doi: 10.1099/jmmcr.0.005123. PMID: 29188070; PMCID: PMC5692239
- Cevik M, Moncayo-Nieto OL, Evans MJ. Non-typeable *Haemophilus influenzae*-associated early pregnancy loss: an emerging neonatal and maternal pathogen. *Infection.* 2020 Apr;48(2):285-288. doi: 10.1007/s15010-019-01359-6. Epub 2019 Sep 23. PMID: 31549360; PMCID: PMC7292808
- Cherpes TL, Kusne S, Hillier SL. *Haemophilus influenzae* septic abortion. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2002;10(3):161-4. doi: 10.1155/S1064744902000170. PMID: 12625973; PMCID: PMC1784615
- Martínez MA, Ovalle A, Ulloa MT, Vidal RM. Role of *Haemophilus influenzae* in intra-amniotic infection in patients with preterm rupture of membranes. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1999 Dec;18(12):890-2. doi: 10.1007/s100960050425. PMID: 10691201



BAN BIÊN SOẠN

GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng (Chủ biên)

PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thoa

GS. TS. Trần Thị Lợi

ThS. BS. Hồ Mạnh Tường

BAN THƯ KÝ

BS. Huỳnh Thị Tuyết

ThS. BS. Nguyễn Khánh Linh

Trần Hữu Yến Ngọc

Nguyễn Thạch Thảo Nguyễn

Văn phòng HOSREM

Lầu 7, số 90 Trần Đình Xu, phường Cô Giang,

Quận 1, TP Hồ Chí Minh

ĐT: (028) 3836.5079 – 0933.456.650

Fax: (028) 3920.8788

Giờ tiếp hội viên:

Thứ hai – thứ sáu (8:00 – 11:30, 13:30 – 17:00)

vanphong@hosrem.vn, www.hosrem.org.vn

Y học sinh sản là tài liệu chuyên ngành của Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TP. Hồ Chí Minh (HOSREM) dành cho hội viên và nhân viên y tế có quan tâm.

Các thông tin của Y học sinh sản mang tính cập nhật và tham khảo. Trong những trường hợp lâm sàng cụ thể, cần tìm thêm thông tin trên y văn có liên quan.

Y học sinh sản xin cảm ơn và chân thành tiếp nhận các bài viết, phản hồi, góp ý của hội viên và độc giả cho tài liệu.

Mọi sao chép, trích dẫn phải được sự đồng ý của HOSREM hoặc của các tác giả.

HOSREM® 2021