

# 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

# NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRONG THAI KỲ

ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ

Đại học Y Dược Cần Thơ

## ĐẠI CƯƠNG

### Những thay đổi của đường tiết niệu trong thai kỳ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu

Trong thời kỳ mang thai, dưới ảnh hưởng của progesterone nhu động của niệu quản và bàng quang giảm dẫn đến sự ứ đọng nước tiểu, đây là yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu. Những thay đổi này bắt đầu sớm nhất vào tuần thứ bảy của thai kỳ và tồn tại đến khi thai đủ tháng. Bàng quang cũng giảm trương lực cơ để có thể chứa gấp đôi lượng nước tiểu bình thường mà không gây khó chịu cho thai phụ ở những tháng cuối thai kỳ. Mỗi thai phụ có sự thay đổi khác nhau và những sự thay đổi này có xu hướng trở lại bình thường vào tháng thứ hai sau khi sinh. Các nguyên nhân khác dẫn đến sự tắc nghẽn niệu quản là do tử cung chèn ép (thường xảy ra bên phải nhiều hơn) và phì đại các bó cơ ở đầu dưới của niệu quản làm lòng niệu quản bị hẹp.

### Nên sàng lọc và điều trị khuẩn niệu

- Tỷ lệ nhiễm trùng đường tiết niệu ở người mang thai tương đương với người không mang thai, tuy nhiên, nhiễm trùng đường tiết niệu trong thai kỳ dễ tái phát hơn. Ngoài ra, tỷ lệ viêm bể thận cấp cao hơn so với dân số chung, có thể là kết quả của những thay đổi sinh lý ở đường tiết niệu trong thời kỳ mang thai.
- Nhiễm trùng đường tiết niệu không triệu chứng/khuẩn niệu (có vi khuẩn trong nước tiểu nhưng không gây triệu chứng lâm sàng) xảy

ra ở 2 – 7% thai phụ. Tình trạng này thường gặp trong 3 tháng đầu thai kỳ, chỉ có khoảng 1/4 trường hợp được chẩn đoán trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ. Các yếu tố có liên quan đến nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu cao là: tiền sử nhiễm trùng đường tiết niệu, mắc bệnh đái tháo đường từ trước, sinh nhiều lần và tình trạng kinh tế xã hội thấp. Đa số được phát hiện ở lần khám thai đầu tiên. Có khoảng 25% những người bị khuẩn niệu phát triển nhiễm trùng đường tiết niệu trong 3 tháng cuối thai kỳ.

- Viêm bàng quang cấp và viêm thận bể thận cấp có thể gây biến chứng từ 1 – 2% các trường hợp mang thai, vi khuẩn gây bệnh trong bệnh lý này tương tự như vi khuẩn gây bệnh trong khuẩn niệu không triệu chứng và nhiễm trùng tiểu không biến chứng ở người không mang thai. Sự phát triển của viêm bể thận cấp vào cuối thai kỳ thường là một biểu hiện của khuẩn niệu không có triệu chứng đã xuất hiện trước đó trong thai kỳ. Nếu không được điều trị, khoảng 20 – 35 % thai phụ bị khuẩn niệu sẽ diễn tiến đến nhiễm trùng đường tiết niệu có triệu chứng (viêm bàng quang cấp hay viêm bể thận cấp). Nguy cơ này giảm từ 70 – 80% nếu tình trạng khuẩn niệu được loại trừ. Đã có những báo cáo cho thấy có khoảng 40% thai phụ bị khuẩn niệu không được điều trị sớm đã tiến triển thành viêm bể thận cấp ở những tháng cuối thai kỳ. Ngược lại, chỉ có <1% thai phụ không có khuẩn niệu bị nhiễm trùng đường tiết niệu cấp tính ở những tháng cuối thai kỳ.

- Trong thai kỳ, viêm bàng quang cấp xảy ra ở

khoảng 1 – 2%, và viêm thận bể thận cấp xảy ra khoảng 0,5 – 2%. Hầu hết các trường hợp viêm bể thận cấp xảy ra trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ. Một nghiên cứu kéo dài hai năm, có 440 trường hợp viêm thận bể thận cấp đã được xác định ở 32.282 thai phụ (14/1.000 ca sinh). Đa số xảy ra trong 3 tháng giữa thai kỳ (53%). Ngoài tình trạng khuẩn niệu không được điều trị trước đó, các yếu tố làm tăng nguy cơ viêm bể thận cấp trong thai kỳ bao gồm mẹ < 20 tuổi, con so, hút thuốc, đi khám thai muộn và tiền căn bị bệnh đái tháo đường.

– Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG) và Hiệp hội Bệnh Truyền nhiễm Hoa Kỳ (Infectious Diseases Society of America – IDSA) khuyến cáo nên sàng lọc và điều trị tình trạng khuẩn niệu ở thai phụ. Các chuyên gia cũng lưu ý rằng những thai phụ có tình trạng khuẩn niệu mà không đáp ứng với điều trị có nguy cơ cao bị nhiễm trùng đường tiết niệu có triệu chứng. Khuẩn niệu không được điều trị có thể làm tăng nguy cơ sinh non và sinh nhẹ cân, tuy nhiên mối liên quan này chưa thống nhất ở tất cả các nghiên cứu.

– Các tác nhân gây khuẩn niệu và nhiễm trùng đường tiết niệu có triệu chứng ở người có thai là cùng nhóm các tác nhân gây nhiễm trùng tiết niệu ở người không có thai. Như vậy, cơ chế xâm nhập cơ bản của vi khuẩn vào đường tiết niệu có khả năng giống nhau với cả hai nhóm. Tuy nhiên, tình trạng giãn cơ trơn của bàng quang và niệu quản trong thai kỳ đã tạo điều kiện cho vi khuẩn di chuyển ngược dòng từ bàng quang đến thận, dẫn đến tình trạng từ khuẩn niệu tiến triển thành viêm bể thận cấp. Áp lực lên bàng quang và niệu quản do tử cung to cũng có thể làm tăng nguy cơ tiến triển thành viêm bể thận cấp. Ngoài ra, tình trạng giảm ức chế miễn dịch trong thai kỳ cũng làm tăng tỷ lệ viêm bể thận cấp; như nồng độ interleukin-6 trong niêm mạc và phản ứng của kháng thể huyết thanh đối với kháng nguyên *Escherichia coli* (*E. coli*) dường như ở người có thai thấp hơn so với người không có thai.

– *E. coli* là tác nhân chủ yếu được tìm thấy trong các hình thái lâm sàng của nhiễm trùng đường tiết niệu. Một nghiên cứu trên 400 trường hợp viêm bể thận cấp, *E. coli* chiếm khoảng 70% các trường hợp. Các tác nhân khác gồm *Klebsiella* và *Enterobacter* (3%), *Proteus* (2%), và các sinh vật gram dương, bao gồm *Streptococcus* nhóm B (10%).

## ẢNH HƯỞNG CỦA NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU LÊN THAI KỲ

### Nhiễm trùng đường tiết niệu làm tăng nguy cơ trẻ sinh non và nhẹ cân

Nhiều nghiên cứu đã mô tả mối tương quan giữa nhiễm trùng đường tiết niệu của người mẹ, đặc biệt là tình trạng khuẩn niệu và kết cục bất lợi của thai kỳ. Nhiễm trùng đường tiết niệu không được điều trị có liên quan đến tăng nguy cơ sinh non, nhẹ cân và tử vong chu sinh. Trong một phân tích tổng hợp của 19 nghiên cứu cho thấy rằng, ở những thai phụ không có nhiễm trùng đường tiết niệu, nguy cơ sinh non và trẻ sơ sinh nhẹ cân bằng 1/2 – 2/3 nguy cơ ở những thai phụ bị khuẩn niệu. Một nghiên cứu bệnh chứng trên 15.000 thai phụ cho thấy nguy cơ gia tăng tiền sản giật ở những thai phụ bị khuẩn niệu hoặc nhiễm trùng tiểu có triệu chứng.

Không có mối tương quan nào được xác định rõ ràng giữa viêm bàng quang cấp trong thai kỳ và tăng nguy cơ sinh con nhẹ cân, sinh non hoặc viêm bể thận cấp, có lẽ vì thai phụ bị viêm bàng quang cấp thường được điều trị triệt để. Tuy nhiên, viêm bể thận có liên quan đến kết cục bất lợi cho thai kỳ. Một nghiên cứu hồi cứu kéo dài 18 năm trên 500.000 trường hợp đơn thai được theo dõi tại một hệ thống chăm sóc sức khỏe ở Hoa Kỳ, tỷ lệ sinh non (chủ yếu từ tuần 33 – 36), cao hơn trong số 2.894 thai phụ bị viêm bể thận cấp khi so với những thai phụ không bị (10,3% so với 7,9%, OR 1,3, KTC 95%, 1,2 – 1,5). Không có sự khác biệt về thai chết lưu hoặc tử vong sơ sinh. Các biến chứng khác của viêm bể thận cấp bao gồm thiếu máu, nhiễm trùng huyết và suy hô hấp.

## KHUẨN NIỆU (KHÔNG TRIỆU CHỨNG)

### Nên sàng lọc và điều trị khuẩn niệu

Hiệp hội Bệnh Truyền nhiễm Hoa Kỳ (the Infectious Diseases Society of America – IDSA) và Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG) khuyến cáo sàng lọc khuẩn niệu cho tất cả thai phụ ít nhất một lần trong giai đoạn đầu thai kỳ. Sàng lọc khuẩn niệu được thực hiện khi thai từ 12 – 16 tuần bằng cách cấy nước tiểu. Việc lặp lại xét nghiệm sàng lọc ở những thai phụ không có khuẩn niệu trong lần sàng lọc ban đầu thường không được thực hiện ở những thai phụ có nguy cơ thấp. Đối với thai phụ nguy cơ cao nên sàng lọc lặp lại (VD: tiền sử nhiễm trùng đường tiết niệu, dị tật đường tiết niệu, đái tháo đường). Có rất ít bằng chứng cho thấy nguy cơ và lợi ích của việc sàng lọc lặp lại sau khi lần đầu tiên có kết quả âm tính.

### Rất khó bảo đảm vô khuẩn ở mẫu nước tiểu làm xét nghiệm

Việc chẩn đoán khuẩn niệu phải dựa trên việc nuôi cấy vi khuẩn trong mẫu nước tiểu được thu thập theo đúng quy định để làm giảm nguy cơ dương tính giả. Thai phụ thường được khuyến cáo nên lấy nước tiểu giữa dòng, nên sát trùng trước khi lấy nước tiểu. Tuy nhiên, việc bảo đảm vô trùng khi lấy mẫu nước tiểu rất khó khăn. Trong một nghiên cứu trên 113 thai phụ không có triệu chứng, mỗi người được hướng dẫn thu thập mẫu từ nước tiểu đầu dòng, giữa dòng và cuối dòng sau khi đã làm vệ sinh đường tiểu. Kết quả là tỷ lệ nhiễm khuẩn ở cả ba mẫu đều cao.

## CHẨN ĐOÁN

### Chẩn đoán khuẩn niệu được thực hiện bằng cách nuôi cấy vi khuẩn trong nước tiểu ở những trường hợp không có triệu chứng lâm sàng

– Chẩn đoán khuẩn niệu được thiết lập khi có hai mẫu nước tiểu có cùng 1 loại vi khuẩn với

số lượng là  $\geq 10^5$  khuẩn vi khuẩn (cfu)/mL hoặc một mẫu nước tiểu (được lấy qua ống thông tiểu) với một loài vi khuẩn được phân lập với số lượng  $\geq 10^2$  cfu/mL. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, thường chỉ lấy được một mẫu nước tiểu, chẩn đoán (và bắt đầu điều trị) được thực hiện ở những trường hợp có  $\geq 10^5$  cfu/mL mà không cần cấy lặp lại khẳng định.

– Các xét nghiệm sàng lọc nhanh, chẳng hạn như que thử, sàng lọc enzyme hoặc xét nghiệm interleukin-8, có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp hơn cấy nước tiểu, do đó chúng không nên được sử dụng.

## XỬ TRÍ

### Điều trị tình trạng khuẩn niệu sẽ làm giảm tỷ lệ thai kỳ có kết cục xấu

– Khuẩn niệu làm tăng nguy cơ viêm bể thận cấp và có liên quan đến các kết cục bất lợi trong thai kỳ, như sinh non và trẻ nhẹ cân. Điều trị kháng sinh sẽ làm giảm nguy cơ phát triển tiếp theo của viêm bể thận cấp và cải thiện kết cục thai kỳ. Trong một phân tích tổng hợp của 15 thử nghiệm ngẫu nhiên về điều trị kháng sinh so với giả dược hoặc không điều trị cho thai phụ bị khuẩn niệu. Kết quả cho thấy rằng nhóm dùng kháng sinh có tỷ lệ làm sạch khuẩn niệu hơn nhóm không dùng kháng sinh hay dùng giả dược ([OR] 0,30, KTC 95%, 0,18 – 0,53) và giảm tỷ lệ viêm bể thận cấp (OR 0,24, KTC 95%, 0,13 – 0,41). Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân ở nhóm được điều trị kháng sinh cũng giảm. Một nghiên cứu ở Hà Lan cũng cho kết quả tương tự. Thai phụ có khuẩn niệu ở tuổi thai 16 – 22 tuần không được điều trị hoặc điều trị bằng giả dược có tỷ lệ viêm bể thận cấp cao hơn (2,4% trong số 208 thai phụ) so với cả những người được sử dụng nitrofurantoin điều trị khuẩn niệu không triệu chứng (0% trong số 40 thai phụ) và những người không có khuẩn niệu (0,6% trong số 4.035 thai phụ). Tương tự như vậy, trẻ nhẹ cân xảy ra ở 17 trong số 208 thai phụ không được điều trị hoặc điều trị bằng giả dược có khuẩn niệu (8%)

so với 1 trong số 40 thai phụ được điều trị bằng nitrofurantoin (2,5%); tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

– Khuẩn niệu được điều trị bằng một loại kháng sinh mà chủng vi khuẩn nhạy cảm hoặc theo kết quả kháng sinh đồ. Kháng sinh thường được sử dụng bao gồm nhóm beta-lactam, nitrofurantoin. Thời gian dùng kháng sinh tối ưu đối với khuẩn niệu là không chắc chắn. Các liệu trình kháng sinh ngắn ngày được ưu tiên để giảm thiểu sự tiếp xúc với kháng sinh đối với thai nhi. Liệu pháp kháng sinh trong thời gian ngắn thường có hiệu quả trong việc loại bỏ khuẩn niệu không triệu chứng của thai kỳ, mặc dù các phác đồ 1 liều duy nhất có thể không hiệu quả bằng các phác đồ dài hơn. Trong một phân tích tổng hợp của 13 nghiên cứu so sánh phác đồ điều trị một liều duy nhất với phác đồ điều trị từ 4 – 7 ngày, kết quả phác đồ điều trị dài ngày có làm giảm tỷ lệ khuẩn niệu nhiều hơn so với phác đồ điều trị liều duy nhất.

– Khoảng 30% thai phụ không đáp ứng với điều trị ngắn hạn. Cho nên cần làm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn trong nước tiểu sau khi hoàn thành liệu điều trị đầu tiên 1 tuần để xác định tình trạng khỏi bệnh của thai phụ. Nếu kết quả âm tính, không có chỉ định xét nghiệm thêm nếu không có các triệu chứng gợi ý nhiễm trùng đường tiết niệu. Nếu kết quả dương tính ( $\geq 10^5$  cfu/mL) có thể lặp lại liệu điều trị, có thể dùng liều như trước với thời gian kéo dài hơn hoặc loại kháng sinh khác nhạy với vi khuẩn (theo kháng sinh đồ hoặc kinh nghiệm).

## VIÊM BÀNG QUANG CẤP

### Lâm sàng

Các triệu chứng điển hình của viêm bàng quang cấp ở thai phụ cũng giống như ở người không có thai như là tiểu khó, tiểu gắt buốt, tiểu gấp và tiểu nhiều lần. Nên nghi ngờ viêm bàng quang cấp khi thai phụ than phiền về các dấu hiệu như trên. Một điểm cần chú ý là dấu hiệu tiểu gắt và tiểu nhiều lần cũng có thể là sự thay đổi sinh lý trong thai kỳ hoặc có thể xảy

ra ở những trường hợp khuẩn niệu không triệu chứng hoặc thai phụ không bị viêm bàng quang.

### Chẩn đoán

Chẩn đoán viêm bàng quang cấp được thiết lập khi tìm thấy vi khuẩn trên mẫu nuôi cấy nước tiểu. Trước khi xác nhận chẩn đoán, điều trị theo kinh nghiệm thường được bắt đầu ở bệnh nhân có các triệu chứng phù hợp và đái ra máu trên phân tích nước tiểu. Cũng như ở phụ nữ chưa mang thai, tiểu gắt buốt xuất hiện ở hầu hết thai phụ bị nhiễm trùng đường tiết niệu có triệu chứng, nếu không có dấu hiệu này cần nghĩ thêm những chẩn đoán khác.

### Chẩn đoán phân biệt

Cũng như ở người không mang thai, tiểu khó ở thai phụ có thể là kết quả của các bệnh lý khác như viêm âm đạo hoặc viêm niệu đạo. Tiểu nhiều lần và tiểu gấp cũng có thể là triệu chứng của thai kỳ bình thường trong trường hợp không bị nhiễm trùng đường tiết niệu.

### Điều trị

– Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm hoặc theo kháng sinh đồ. Cấy nước tiểu lại lần 2 để xác định hiệu quả của điều trị. Bắt đầu điều trị khi thai phụ có triệu chứng lâm sàng. Kháng sinh thường được sử dụng là nhóm  $\beta$ -lactam, nitrofurantoin. Thời gian điều trị nên ngắn hạn để giảm nguy cơ cho thai nhi khi tiếp xúc với kháng sinh, thời gian điều trị nên từ 3 – 7 ngày.

– Những thai phụ có từ ba đợt viêm bàng quang trở lên trong thai kỳ được xem như là viêm bàng quang tái phát, người thầy thuốc nên cân nhắc cần điều trị dự phòng bằng kháng sinh trong suốt thai kỳ để ngăn ngừa các đợt tái phát, đặc biệt ở những thai phụ có yếu tố thuận lợi dẫn đến viêm bàng quang như đái tháo đường thai kỳ. Hiện tại chưa có nghiên cứu nào so sánh điều trị các đợt tái phát đơn lẻ hay điều trị dự phòng là cách tiếp cận tốt hơn. Việc lựa chọn kháng sinh điều trị dự phòng phải dựa trên sự nhạy cảm của các tác nhân gây bệnh. Tốt nhất, có thể sử dụng dự

phòng hàng ngày nitrofurantoin liều thấp (50 – 100 mg uống trước khi đi ngủ) hoặc cephalexin (250 – 500 mg uống trước khi đi ngủ).

## VIÊM BỂ THẬN CẤP

### Lâm sàng

Là biểu hiện của tình trạng nhiễm trùng đường tiết niệu trên và thận. Hầu hết các trường hợp này xảy ra trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ. Các triệu chứng điển hình của viêm bể thận cấp ở thai phụ cũng giống như ở người không có thai như: sốt >38°C, đau hạ sườn, buồn nôn, nôn, đau lưng. Các triệu chứng của viêm bàng quang (ví dụ: tiểu khó, tiểu gắt buốt, tiểu nhiều lần ...) không phải lúc nào cũng xuất hiện. Một nghiên cứu tiền cứu bao gồm 440 trường hợp viêm bể thận cấp tính các biến chứng được ghi nhận gồm thiếu máu (23%), nhiễm khuẩn huyết, suy hô hấp (7%), và rối loạn chức năng thận (2%).

### Chẩn đoán

Viêm thận bể thận cấp được gợi ý bởi sự hiện diện của đau hạ sườn, buồn nôn, nôn, sốt > 38°C, có hoặc không có các triệu chứng điển hình của viêm bàng quang và được chẩn đoán xác định bằng cách tìm thấy vi khuẩn trong mẫu nước tiểu. Trong những trường hợp này thai phụ thường được siêu âm để xem có sỏi thận đi kèm hay không.

### Xử trí

- Dùng kháng sinh đường tiêm, phổ rộng. Các  $\beta$ -lactam đường tiêm, phổ rộng là những kháng sinh được ưu tiên trong điều trị viêm bể thận theo kinh nghiệm ban đầu. Nên tránh dùng fluoroquinolon và aminoglycosid vì có thể ảnh hưởng đến thai nhi.
- Cũng như bệnh nhân không có thai bị viêm bể thận cấp, thai phụ sẽ có sự cải thiện rõ ràng trong vòng 24 – 48 giờ sau khi điều trị bằng kháng sinh phù hợp. Sau khi cải thiện bệnh trong 48 giờ đầu điều trị, có thể chuyển sang điều trị bằng

đường uống theo kết quả kháng sinh đồ và xuất viện sau 10 – 14 ngày điều trị. Nitrofurantoin và fosfomycin không thích hợp để điều trị viêm thận bể thận do không đủ nồng độ thuốc trong mô. Nếu các triệu chứng đường tiết niệu và sốt vẫn tồn tại sau 24 – 48 giờ đầu điều trị, nên cấy nước tiểu lặp lại và siêu âm thận để loại trừ bệnh lý đường tiết niệu. Đối với những thai phụ không sử dụng kháng sinh dự phòng trong thời gian mang thai sau đợt viêm bể thận cấp, nên cấy nước tiểu hàng tháng để phát hiện khuẩn niệu tái phát và điều trị theo chỉ định tránh viêm bể thận tái phát.

- Viêm bể thận cấp không phải là một chỉ định để chấm dứt thai kỳ. Nếu chủ động chấm dứt thai kỳ ở những bệnh nhân đang điều trị viêm bể thận cấp thì nên đợi bệnh nhân bình phục với điều kiện sự kéo dài thai kỳ này không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và thai nhi.
- Viêm bể thận cấp có liên quan đến sinh non, vì vậy nên cân nhắc dùng thuốc giảm co khi viêm bể thận gây chuyển dạ sinh non. Nếu thai phụ bị viêm bể thận cấp khi thai còn non tháng, nên dùng thuốc giảm co cùng với thuốc hỗ trợ phổi.

### Ngăn ngừa tái phát

Viêm bể thận cấp tái phát trong thai kỳ xảy ra ở 6 – 8% thai phụ. Nếu điều trị dự phòng được sử dụng, các lựa chọn hợp lý bao gồm nitrofurantoin (50 đến 100 mg uống trước khi đi ngủ) hoặc cephalexin (250 đến 500 mg uống trước khi đi ngủ).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Patterson TF, Andriole VT. Detection, significance, and therapy of bacteriuria in pregnancy. Update in the managed health care era. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:593.
2. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2019; 68:e83.
3. Schnarr J, Small F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy. *Eur J Clin Invest* 2008; 38 Suppl 2:50.
4. Small FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 2019.
5. Gilstrap LC 3rd, Ramin SM. Urinary tract infections during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2001; 28:581.