

# 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 VIRUS ZIKA KHI MANG THAI

TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên

Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Phụ nữ mang thai có những nhạy cảm đặc biệt đối với nhiều loại bệnh truyền nhiễm, làm ảnh hưởng đến quá trình thai kỳ, và có thể dẫn đến những kết cục đáng tiếc cho thai nhi. Sự nhạy cảm này đa phần do sự kết hợp những thay đổi đáp ứng miễn dịch trong quá trình hình thành thai nhi với thay đổi về giải phẫu và sinh lý khi mang thai. Virus Zika là một tác nhân gây bệnh chưa từng được đánh giá cao cho đến khi đại dịch bùng phát với khả năng gây dị tật ở thai nhi (đáng chú ý nhất là tật đầu nhỏ) và các bệnh lý thần kinh bất lợi khác ở trẻ sơ sinh và người lớn. Tuy nhiên, ảnh hưởng thực sự và đầy đủ của virus Zika trong thai kỳ, cũng như các biểu hiện lâm sàng ở thai phụ nhiễm virus Zika, cơ chế lây truyền dọc và nguy cơ biến chứng ở mẹ, thai nhi và trẻ sơ sinh vẫn chưa được tìm hiểu nhiều.

## VIRUS ZIKA VÀ NHỮNG PHƯƠNG THỨC LÂY TRUYỀN

Virus Zika thuộc họ virus Flaviviridae, được phát hiện lần đầu tiên vào những năm 1940 ở châu Phi, bệnh do virus Zika gây ra xuất hiện chủ yếu ở các khu vực nhiệt đới và cận nhiệt đới trên thế giới. Các ổ dịch do virus Zika được ghi nhận ở châu Phi, châu Mỹ, châu Á và Thái Bình Dương. Sự lây nhiễm của virus Zika đã mở rộng đến 62 quốc gia và vùng lãnh thổ. Cho đến nay, virus Zika đã có liên quan đến các đợt bùng phát lẻ tẻ kèm theo những ảnh hưởng bất lợi đến thai nhi đã đánh thức nền y tế công cộng trên thế giới về sự công phá tiềm tàng của một căn bệnh truyền nhiễm mới.

Vật trung gian truyền bệnh phổ biến nhất là muỗi *Aedes aegypti* và *Aedes albopictus*. Ngoài

phương thức lây truyền chủ yếu do các vectơ trung gian, các hình thức lây truyền khác bao gồm truyền máu, lây truyền qua đường tình dục với sự hiện diện của virus trong tinh dịch, vết cắn của động vật bị nhiễm bệnh, lây truyền trong tử cung, qua sữa mẹ và có thể lây sang thai nhi trong thai kỳ (Beigi RH, 2017; de Carvalho NS và cs, 2017).

## SỰ HIỆN DIỆN CỦA VIRUS ZIKA TRONG ĐƯỜNG SINH SẢN Ở NAM GIỚI

Virus Zika có thể do lây truyền qua đường tình dục với sự hiện diện trong tinh dịch của nam giới. Sự lây nhiễm chỉ xảy ra giới hạn trong vài tuần đầu sau khi bệnh khởi phát. Các nghiên cứu trên động vật linh trưởng cho thấy sự tồn tại của virus Zika trong các mô và tế bào sinh dục của khỉ đực. Nghiên cứu trên chuột cũng đã chứng minh virus Zika có thể tái tạo trong các tế bào của tinh hoàn, bao gồm tế bào sinh tinh, tế bào Sertoli và tế bào Leydig, dẫn đến phá hủy cấu trúc tinh hoàn, giảm số lượng tinh trùng, giảm nồng độ hormone sinh dục và giảm khả năng sinh sản. Trong khi oligospermia và haematoma đã được quan sát thấy ở người sau khi nhiễm virus Zika và có ảnh hưởng đến khả năng sinh sản. Tải lượng virus cao trong tinh dịch có thể lây truyền qua đường tình dục từ nam sang nữ và nam sang nam (Pierson và Diamond, 2018). Quan hệ giới tính cũng như quan hệ gần gũi của tinh dịch với phụ nữ mang thai có thể giúp virus dễ dàng thông qua bánh nhau tiếp cận với thai nhi (de Carvalho NS và cs, 2017).

## NHIỄM VIRUS ZIKA TRONG THAI KỲ

Phụ nữ mang thai là một trong những đối tượng có nguy cơ dễ mắc virus Zika với cơ chế lây truyền dọc và nguy cơ biến chứng ở mẹ, thai nhi và trẻ sơ sinh. Nhiễm virus Zika trong thai kỳ đặc biệt nguy hiểm nếu virus được truyền sang thai nhi sẽ gây sảy thai. Ngoài ra, tác động đồng nhiễm virus Zika với các flavivirus khác trong thai kỳ cũng gây hậu quả lâu dài. Trong quá trình mang thai, bánh nhau hoạt động như một hàng rào cấu trúc và miễn dịch tương tác giữa mẹ và thai nhi đang phát triển. Mặc dù cơ chế lây nhiễm của virus Zika qua bánh nhau vẫn chưa được xác định rõ ràng. Các phát hiện thông qua giải phẫu bệnh đã được mô tả ở bánh nhau người trong ba tháng đầu và ba tháng giữa của thai kỳ. Virus Zika có thể sao chép trong nguyên bào tế bào sinh dục, bánh nhau hoặc tế bào sinh dưỡng nguyên thủy, đại thực bào Hofbauer và các tế bào nội mô của thai nhi. Sự lây nhiễm qua đại thực bào Hofbauer của bào thai có thể đặc biệt quan trọng ở người, vì RNA của virus Zika và kháng nguyên đã được định vị trong các tế bào này ở bánh nhau của những thai phụ từng sảy thai trong ba tháng đầu hoặc ba tháng thứ hai của thai kỳ. Virus Zika đã có thể được truyền sang thai nhi thông qua bánh nhau do nhiễm trùng các nguyên bào nuôi và làm tổn thương bánh nhau (Pierson và Diamond, 2018).

Tầm quan trọng của nguyên bào nuôi đối với sự lây nhiễm của virus Zika đến thai nhi lần đầu tiên được xác định trong các nghiên cứu nuôi cấy tế bào. Sự tích tụ các nguyên bào nuôi có thể tạo ra sự tiếp xúc vật lý của máu mẹ với hệ tuần hoàn của thai nhi. Tế bào nguyên bào nuôi của người được phân lập sớm trong thời kỳ mang thai cho thấy sự hiện diện virus Zika ở mức cao. Tuy nhiên, các tế bào nhung mao màng đệm hoặc tế bào nguyên bào nuôi có nguồn gốc từ bào thai người thu được trong giai đoạn giữa và cuối thai kỳ cho thấy ít nhiễm virus Zika hơn.

Sự biểu hiện của virus Zika trong thai kỳ phụ thuộc vào giai đoạn mang thai, sự biệt hóa

nguyên bào nuôi và sự thành thực của hệ miễn dịch. Giảm nhạy cảm với việc nhiễm virus Zika ở giai đoạn sau của thai kỳ một phần là do sự biệt hóa tế bào cấu thành thai nhi và thay đổi cấu hình đáp ứng miễn dịch bẩm sinh, hay biểu hiện khác biệt của các thụ thể xâm nhập giả định.

Một giả định về cách virus Zika có thể lây nhiễm và gây ra tổn thương thần kinh ở thai nhi (giả thuyết chuyển giao trực tiếp): trước khi thành lập hệ thống tuần hoàn tử cung, xảy ra vào khoảng tuần thứ 10 đến tuần thứ 12 của thai kỳ, virus Zika có thể tiếp cận với trung bào qua các tuyến tử cung, chui vào lỗ cấm nguyên bào nuôi, hoặc khuếch tán nồng độ virus đã có từ trước vào túi ối và túi noãn hoàng. Sau đó, virus sẽ vượt qua các lớp tế bào và khoang chứa chất lỏng để đến được bào thai. Virus Zika cũng có khả năng tăng cường sửa đổi giao diện nhau thai, giúp cho việc xâm nhập được dễ dàng. Ngoài ra, tế bào Hofbauer có khả năng di chuyển trong mô đệm và có thể di chuyển giữa bề mặt của biểu mô nguyên bào nuôi và các mạch máu của thai nhi. Do đó, virus Zika trong máu mẹ có thể đến các mạch máu thai bên trong mô đệm khi các tế bào Hofbauer liên kết trên bề mặt của biểu mô tế bào sinh dưỡng (de Carvalho NS và cs, 2017).

Virus Zika xâm nhập vào bên trong tế bào thông qua một họ thụ thể tyrosine kinase được gọi là họ TAM, điển hình là một loại protein có tên là AXL. Phân tử protein này chịu trách nhiệm cho việc virus Zika xâm nhập vào bên trong tế bào, tạo điều kiện thuận lợi cho phép các tế bào nguyên bào nuôi tiếp xúc với virus Zika. Bên cạnh hàng rào vật lý, nguyên bào hợp bào còn kháng lại virus Zika do các tế bào giải phóng một loại protein gọi là interferon loại III (IFN  $\lambda$ ), hoạt động theo cách tự tiết để bảo vệ bánh nhau trong giai đoạn trễ (de Carvalho NS và cs, 2017).

Quan sát trên 182 thai phụ nhiễm virus Zika ở Brazil cho thấy 42% thai nhi có các biểu hiện bất thường về lâm sàng bao gồm thai chết lưu bất kể nhiễm trùng ở giai đoạn nào của thai kỳ

(Pierson và Diamond, 2018). Trong một phân tích tổng hợp của Chibueze EC và cộng sự (2017), các biến chứng được báo cáo liên quan đến nhiễm virus Zika trong thai kỳ bao gồm một loạt các bất thường về mắt và thần kinh quan sát thấy ở thai nhi và trẻ sơ sinh, sự kém phát triển của bào thai, thai chết lưu và tử vong chu sinh. Cũng trong phân tích này, các biến chứng cơ bản và kết cục bất lợi được ghi nhận là sự hạn chế tăng trưởng của thai nhi trong tử cung, thiếu sản, giảm sản điểm vàng và thiếu năng trung tâm ở thai nhi, bên cạnh các trường hợp sẩy thai, thai chết lưu, và sinh non cần phải mổ lấy thai khẩn cấp (Chibueze EC và cs, 2017).

Bằng chứng mô học thông qua phẫu tích nhau thai ở người trong 3 tháng đầu thai kỳ dương tính với virus Zika bị viêm nhau thai mạn tính với tình trạng viêm nhung mao mạn tính, phù nề và tổn thương biểu mô tế bào sinh dưỡng. Có sự gia tăng số lượng tế bào Hofbauer nhung mao, tế bào lympho mô đệm nhung mao, và một số mô bào trong khoảng không gian xen kẽ, và sự vôi hóa bất thường của nhau thai (de Carvalho và cs, 2017). Ngoài ra, phẫu tích các mẫu từ nhau thai 3 tháng giữa thai kỳ dương tính với virus Zika cũng cho thấy sự chưa trưởng thành hoặc trưởng thành chậm của nhung mao (tăng sản nhung mao ở xa), sự tồn tại lớp nguyên bào nuôi và dày lên của màng đáy nguyên bào nuôi, sự tăng mạch của nhung mao và xơ hóa mô đệm, tế bào tăng sản lympho cao hơn bình thường, tăng sản tế bào Hofbauer, xơ cứng nhung mao, tiêu điểm vôi hóa, và sự gia tăng các chất lắng đọng fibrinoid. Trong khi đó, viêm nhau thai mạn tính thường được chẩn đoán vào những tuần cuối của thai kỳ. Sự hoạt hóa của các đại thực bào trong nhung mao, có liên quan đến việc phá hủy cấu trúc nhung mao và hàng rào miễn dịch nhau thai. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy không giống như các tác nhân gây bệnh TORCH khác, virus Zika không gây ra phản ứng viêm nặng trong hệ thống tuần hoàn cả mẹ và con, nhưng vẫn gây ra tổn thương nặng nề ở hệ thần kinh trung ương của thai nhi (de Carvalho và cs, 2017).

## DẤU HIỆU VÀ CÁC TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

### Thai phụ

Khoảng 80% bệnh nhân nhiễm virus Zika không có dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng. Các triệu chứng lâm sàng thường được quan sát thấy phổ biến hơn ở 3 tháng đầu của thai kỳ. Khi các triệu chứng xuất hiện, thường rất nhẹ, tự giới hạn và không đặc hiệu. Thời gian ủ bệnh từ 3 – 12 ngày và thời gian của bệnh thay đổi từ 5 đến 7 ngày. Một số thai phụ có triệu chứng lâm sàng nhẹ như đau đầu, đau cơ, đau đa khớp, sốt, ngứa, viêm kết mạc, phát ban, nổi mụn nước, nôn mửa và thường kéo dài không quá một tuần. Một số ít trường hợp nặng thường gồm suy đa cơ quan, giảm tiểu cầu, xuất huyết dưới da, phù chi dưới, và các di chứng chủ yếu là thần kinh, như viêm màng não và viêm não.

Tiêu chuẩn lâm sàng chẩn đoán bao gồm sự hiện diện của ít nhất hai trong số các triệu chứng sau: sốt nhẹ trong 48 giờ, viêm kết mạc không tạo mủ, phù quanh nhu động. Các phát hiện trong phòng thí nghiệm là giảm bạch huyết không đặc hiệu, giảm bạch cầu nhẹ, giảm tiểu cầu và tăng nhẹ men gan, lactate dehydrogenase (LDH), và các dấu hiệu viêm dựa trên protein phản ứng C (CRP), fibrinogen và ferritin.

Tuy nhiên, không có nghiên cứu nào mô tả rõ ràng tiền sử nhiễm virus Zika ở mẹ có ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh. Hầu hết các nghiên cứu tập trung vào các triệu chứng và các biến chứng liên quan ở phụ nữ mang thai, thai nhi, và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, các triệu chứng và biến chứng của nhiễm trùng virus Zika tương đương ở phụ nữ không mang thai (Chibueze EC và cs, 2017).

### Thai nhi và trẻ sơ sinh

Nhiễm virus Zika trong thai kỳ gây ra tử vong chu sinh, hoặc hạn chế sự phát triển của thai nhi và một loạt các bất thường của hệ thần kinh trung ương. Sự xuất hiện của virus Zika trong môi trường nước ối, bánh nhau và não thai nhi, gây ra các bất thường ở bánh nhau, cuống rốn và nước ối ở thai nhi của những thai phụ bị nhiễm virus Zika đã được Brasil và cộng sự

công bố trong một nghiên cứu thuần tập năm 2016. Các kết cục bất lợi đã được ghi nhận ở 55% trong ba tháng đầu của thai kỳ, 52% trong ba tháng thứ hai và 29% trong ba tháng cuối thai kỳ. Mặc khác, phân tích tổng hợp của Chibueze EC và cộng sự, 2017 đã ghi nhận sự hạn chế tăng trưởng của thai nhi trong tử cung có thể là do độc lực của mầm bệnh hoặc do suy nhau thai kèm theo các bất thường khác bao gồm não úng thủy, thai ứ nước và cuối cùng là thai chết lưu, mặc dù sinh trắc học của thai nhi bình thường ở phụ nữ mang thai nhiễm virus Zika không có triệu chứng.

Các yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng virus Zika trong thai kỳ và sự phát triển của dị tật bẩm sinh vẫn chưa được biết rõ. Các biểu hiện lâm sàng ở trẻ bị nhiễm virus Zika từ mẹ phụ thuộc vào đường lây truyền. Nhiễm trùng chu sinh xảy ra khi thai phụ nhiễm virus trong vòng 2 tuần trước khi sinh và sự lây truyền xảy ra trong quá trình chuyển dạ. Trong trường hợp này, trẻ phát triển các dấu hiệu và triệu chứng tương tự như bệnh ở người lớn, và tương tự như trường hợp lây truyền sau sinh do muỗi đốt (de Carvalho NS và cs, 2017).

Virus Zika cũng có thể gây ra một số rối loạn nghiêm trọng ở hệ thống thần kinh trung ương như hội chứng Guillain-Barré, một bệnh viêm đa dây thần kinh cấp tính qua trung gian miễn dịch thường biểu hiện bằng dị cảm, yếu và đau, nhưng có thể tiến triển đến liệt và thậm chí tử vong (Beigi RH, 2017, de Carvalho NS và cs, 2017, Pierson và Diamond, 2018). Hội chứng này thường thấy ở trẻ sơ sinh phơi nhiễm virus Zika truyền từ mẹ nhưng không được nhận biết trong suốt thai kỳ (Beigi RH, 2017). Nhiễm virus Zika còn kèm theo một số dị tật bẩm sinh như tật đầu nhỏ nghiêm trọng có tỷ lệ mắc tăng gấp 20 lần vào năm 2015 tại Brazil với các biểu hiện lâm sàng như chấn thương sọ não trong tử cung kèm theo sự chậm phát triển của não bộ trước khi sinh, hộp sọ và não bị khuyết một phần, vỏ não mỏng, thiếu sản tiểu não và thân não thất, khuyết tật tủy, vôi hóa và dị dạng vỏ não (Beigi

RH, 2017). Virus Zika có tính dinh dưỡng đối với các tế bào thần kinh ở bất kỳ giai đoạn phát triển nào, nhưng chủ yếu đối với các tế bào tiền thân của tế bào thần kinh, đã được phân lập trong mô não và dịch não tủy của trẻ em mắc hội chứng virus Zika bẩm sinh. Trong các nghiên cứu, virus Zika cho thấy khả năng can thiệp vào tất cả các giai đoạn hình thành thần kinh: từ thời điểm tăng sinh tế bào thần kinh, gây ra cái chết của tế bào tiền thân, đến quá trình biệt hóa tế bào thần kinh, thông qua việc ảnh hưởng lên sự phát triển và trưởng thành của vỏ não. Về mặt lâm sàng, trẻ có thể bị co giật, khó chịu và khó nuốt do dị dạng thân não. Các biến chứng thần kinh khác bao gồm não úng thủy, não mô cầu, rối loạn hình thành tiểu não, sự phát triển không đều của các vùng rãnh và bất thường ở vỏ não (de Carvalho NS và cs, 2017).

Các bất thường về mắt bao gồm bất thường về hốc mắt, thoái hóa thần kinh thị giác, vôi hóa nội nhãn và vi nhãn cầu, vi nhãn cầu bất đối xứng, giảm sản điểm vàng, sẹo điểm vàng và đốm võng mạc, bất thường thần kinh thị giác, đục thủy tinh thể, viêm kết mạc, dị tật ở mắt, tách đĩa thị, giãn thấu kính ngoài trong đen hai bên, mất phản xạ ở mắt, và tăng nhãn áp (Beigi RH, 2017; de Carvalho NS và cs, 2017).

Thêm vào đó là chứng mất thính lực do các tổn thương ở hệ thống thần kinh trung ương với nhiều khả năng do tổn thương thần kinh ngoại vi dẫn đến mất phản ứng với phát xạ âm thanh (de Carvalho NS và cs, 2017). Leal và cs (2016) đã nghiên cứu 70 trẻ em bị tật đầu nhỏ bẩm sinh do virus Zika gây ra và nhận thấy tỷ lệ mất thính giác là 5,8%, tương tự như các bệnh nhiễm trùng bẩm sinh khác.

Ngoài ra, suy giảm tăng trưởng, tình trạng giảm canxi kèm theo các bất thường về cơ xương bao gồm bàn chân khoèo bẩm sinh, bệnh khớp cổ chân nặng, viêm chân khớp, dị dạng xương sọ (phì đại, phẳng giữa mặt, sống mũi thấp và mũi ngắn), và chứng vẹo cổ là những triệu chứng đặc trưng ở trẻ sơ sinh có mẹ bị nhiễm virus Zika. Các dị dạng này bắt nguồn từ hội chứng thần kinh

khớp gồm cả thần kinh vận động trên và dưới dẫn đến vị trí cố định thai nhi trong tử cung, hoặc khả năng bắt nguồn từ các mạch máu trong thời kỳ mang thai, do một cơ chế chưa nhận biết của virus Zika. Một số dữ liệu còn cho thấy những bất thường trong hệ thống sinh dục, tim và hệ tiêu hóa, các tổn thương đáng kể ở gan, lá lách, tim và thận, dẫn đến nguy cơ tử vong (de Carvalho NS và cs, 2017).

### CÁC BIỆN PHÁP Y TẾ TRONG PHÒNG NGỪA, KIỂM SOÁT, VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM VIRUS ZIKA TRONG THAI KỲ

Hiện tại chưa có biện pháp y tế nào giúp ngăn ngừa, giảm thiểu hoặc quản lý việc lây nhiễm virus Zika trong thai kỳ. Các khuyến nghị cụ thể bao gồm: 1) hạn chế đi lại đến các khu vực bị ảnh hưởng bởi virus Zika. 2) hoạt động tình dục an toàn để giảm thiểu hoặc loại trừ khả năng phơi nhiễm virus Zika của cả nam và nữ, và 3) giảm thiểu rủi ro bị muỗi đốt xảy ra ở các khu vực có dịch Zika hoạt động.

Các thử nghiệm vaccine đã được tiến hành thành công trên chuột và động vật linh trưởng. Hiện tại, vaccine đang trong giai đoạn I của nghiên cứu lâm sàng trên người. Vaccine hoạt động bằng cách kích thích cơ thể tạo ra các kháng thể chống lại protein E hiện diện trên bề mặt virus. Tổ chức Y tế Thế giới WHO gợi ý rằng vaccine này nên được chỉ định cho nam giới và không chỉ định cho phụ nữ trong thời kỳ mang thai và cho con bú. Khuyến cáo nên tiêm vaccine từ 9 tuổi để bảo vệ trẻ em gái trước tuổi vị thành niên và độ tuổi sinh sản. Cần phải sản xuất một loại vaccine có thể ngăn ngừa nhiễm trùng và lây truyền dọc, đồng thời có thể được sử dụng từ khi bắt đầu mang thai, vì khả năng gây quái thai của virus Zika cao nhất trong giai đoạn đầu của thai kỳ. Hiện vẫn chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu đối với các bệnh hay dị tật do nhiễm virus Zika trong thai kỳ. Việc kiểm soát nhiễm trùng được thực hiện bằng cách hỗ trợ lâm sàng dựa trên triệu chứng để đánh giá nguy

cơ lây nhiễm và hậu quả có thể xảy ra ở thai nhi (de Carvalho NS và cs, 2017).

Sự phát ban đột ngột ở phụ nữ mang thai xác định nghi nhiễm virus Zika. Xét nghiệm mẫu máu thông qua phương pháp RT-PCR trong vòng 5, 14 và 21 ngày kể từ khi bắt đầu triệu chứng, và xét nghiệm mẫu nước tiểu trong vòng 8 ngày. Sau 12 ngày, phân tích huyết thanh DENV, virus Chikungunya, parvovirus B19 và TORCH cũng được khuyến nghị. Bất kể kết quả xét nghiệm như thế nào, những phụ nữ này phải trải qua các chỉ định siêu âm ba tháng đầu và cuối (chủ yếu giữa tuần 32 và 35) của thai kỳ. Việc theo dõi thai nhi được thực hiện thông qua siêu âm. Trong trường hợp siêu âm bất thường, nên tiến hành chọc dò ối để xác định sự phơi nhiễm của thai nhi với virus Zika. Xét nghiệm chọc dò ối âm tính không loại trừ khả năng thai nhi nhiễm trùng virus Zika, nhưng có độ nhạy cao sau 21 tuần của thai kỳ, bởi vì virus hoạt động mạnh trong máu, và thận của thai nhi có khả năng bài tiết virus trong giai đoạn này (de Carvalho NS và cs, 2017).

### KẾT LUẬN

Nhiễm virus Zika ở thai phụ có nhiều tác động xấu đến thai nhi và trẻ sơ sinh vì hầu hết các triệu chứng ở mẹ đều tự giới hạn. Một loạt các biểu hiện lâm sàng đã được quan sát ở thai nhi và trẻ sơ sinh của các thai phụ bị nhiễm virus Zika, từ các phát hiện siêu âm bình thường đến bất thường trong quá trình mang thai, chẳng hạn như trẻ sơ sinh khỏe mạnh hoặc trẻ sơ sinh có dị tật. Các biến chứng nặng của thai kỳ thường không phổ biến và chưa có trường hợp tử vong ở thai phụ nào được ghi nhận. Tuy nhiên, hậu quả lâu dài của việc nhiễm virus Zika ở trẻ sơ sinh và người lớn trong độ tuổi sinh sản là không rõ ràng, tử vong chu sinh có thể tạo thêm gánh nặng tinh thần cho các gia đình bị ảnh hưởng. Việc kiểm soát y tế đối với nguy cơ tăng cao ở thai phụ nhiễm virus Zika không có triệu chứng ngày càng khó khăn hơn.

Mời xem tiếp  
ở trang 43

14 ngày, hoặc

– Azithromycin 20 mg/kg đường uống hàng ngày trong 3 ngày.

Ở trẻ sơ sinh đang được điều trị nhiễm *Chlamydia*, cả azithromycin và erythromycin đều có liên quan đến nguy cơ hẹp môn vị phì đại ở trẻ sơ sinh. Đây là mối quan tâm đặc biệt đối với trẻ sơ sinh từ hai tuần tuổi trở xuống. Vì vậy cần theo dõi trẻ sơ sinh chặt chẽ để tìm bất kỳ dấu hiệu nào của tắc ruột.

Với tất cả trẻ sơ sinh, WHO khuyến cáo sử dụng thuốc nhỏ mắt ngay sau sinh để dự phòng viêm kết mạc do lậu và *Chlamydia*:

- Tetracycline hydrochloride 1% (thuốc mỡ tra mắt).
- Erythromycin 0,5% (thuốc mỡ tra mắt).
- Povidine iodine 2,5% (dung dịch).
- Nitrat bạc 1% (dung dịch).
- Chloramphenicol 1% (thuốc mỡ tra mắt).

## LỜI KẾT

Nhiễm *Chlamydia trachomatis* là bệnh lây truyền qua đường tình dục phổ biến. Nhiễm *Chlamydia trachomatis* thường không có triệu chứng nên không được phát hiện và điều trị. Nếu không được điều trị trong thai kỳ, *Chlamydia trachomatis* có thể tác động tiêu cực đến sức khỏe của phụ nữ và trẻ sơ sinh như tăng nguy cơ sẩy thai, sinh non, thai nhẹ cân hay viêm phổi, viêm kết mạc ở trẻ sơ sinh. Các chương trình sàng lọc và điều trị *Chlamydia* trong thời kỳ mang thai sẽ đòi hỏi chính phủ phải đầu tư đáng kể, điều này có thể khó được ưu tiên khi còn thiếu thốn về các nguồn lực, đặc biệt là do thiếu dữ liệu về quy mô tác dụng và hiệu quả chi phí của các chương trình này. Các hiệp hội sức khỏe đề nghị nên có các chương trình tầm soát để phát hiện và điều trị sớm các trường hợp nhiễm. Việc xây dựng cơ sở bằng chứng để sàng lọc và điều trị các bệnh liên quan đường tình dục như *Chlamydia trachomatis* trong thai kỳ nên được ưu tiên toàn cầu vì sức khỏe của “mọi phụ nữ, mọi trẻ em” đều quan trọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cunningham, F Gary, Kenneth J Leveno et al. “Sexually Transmitted Infections.” In Williams Obstetrics, 25th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2018.
2. Baud D & Greub G (2011). Intracellular bacteria and adverse pregnancy outcomes. *Clinical Microbiology and Infection*, 17(9), 1312-1322.
3. Vigil P, Tapia A, Zacharias, S, Riquelme, R, Salgado, A. M., & Varleta, J. (2002). First-trimester pregnancy loss and active *Chlamydia trachomatis* infection: correlation and ultrastructural evidence. *Andrologia*, 34(6), 373-378.
4. Adachi K, Nielsen-Saines K, & Klausner JD (2016). *Chlamydia trachomatis* infection in pregnancy: the global challenge of preventing adverse pregnancy and infant outcomes in Sub-Saharan Africa and Asia. *BioMed research international*, 2016.
5. Silva, Maria José, Gilzandra Lira Florêncio, José Roberto Gabiatti, et al. “Perinatal Morbidity and Mortality Associated with Chlamydial Infection: a Meta-Analysis Study.” *Brazilian Journal of Infectious Diseases* 15, no. 6 (December 2011): 533–39.
6. Rours G. Ingrid, Liesbeth Duijts, Henriette A. Moll, Lidia R Arends et al. “*Chlamydia Trachomatis* Infection during Pregnancy Associated with Preterm Delivery: a Population-Based Prospective Cohort Study.” *European Journal of Epidemiology* 26, no. 6 (May 3, 2011): 493–502.
7. Zikic A, Schünemann H, Wi T, Lincetto O, Broutet N, & Santesso N (2018). Treatment of neonatal chlamydial conjunctivitis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, 7(3), e107-e115.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR*, 64(RR-3) (2015).
9. Workowski, K. A., & Berman, S. M. (2011). Centers for Disease Control and Prevention sexually transmitted disease treatment guidelines. *Clinical infectious diseases*, 53(suppl\_3), S59-S63.
10. World Health Organization. (2016). WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*.

➡ Tiếp theo bài  
ở trang 27 ➡ **NHIỄM VIRUS ZIKA  
KHI MANG THAI**

Nghiên cứu tiến hành trên các mô hình động vật có thể giúp chúng ta hiểu rõ cơ chế bệnh sinh của virus Zika. Nghiên cứu chuyên sâu và báo cáo toàn diện về nhiễm virus Zika ở thai phụ cũng như các biến chứng thường gặp ở thai nhi và trẻ sơ sinh có thể cung cấp cái nhìn toàn diện hơn về các kết cục bất lợi của virus Zika trong thai kỳ. Các nghiên cứu sâu về kết cục bất lợi của việc nhiễm virus Zika trong thai kỳ và các tác động dẫn đến hậu quả lâu dài của virus Zika trong thai kỳ sẽ giúp chẩn đoán sớm, đồng thời có phương thức quản lý tốt hơn bệnh truyền nhiễm và hạn chế các biến chứng ở thai nhi do virus Zika gây ra.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Beigi RH. Emerging Infectious Diseases in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2017 May;129(5):896-906. doi: 10.1097/AOG.0000000000001978. PMID: 28383378.
2. Brasil P, Pereira JP Jr et al. Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro. *N Engl J Med*. 2016 Dec 15;375(24):2321-2334. doi: 10.1056/NEJMoa1602412. Epub 2016 Mar 4. PMID: 26943629; PMCID: PMC5323261.
3. Chibweze EC, Tirado V et al. Zika virus infection in pregnancy: a systematic review of disease course and complications. *Reprod Health*. 2017 Feb 28;14(1):28. doi: 10.1186/s12978-017-0285-6. PMID: 28241773; PMCID: PMC5330035.
4. de Carvalho NS, de Carvalho BF et al. Zika virus and pregnancy: An overview. *Am J Reprod Immunol*. 2017 Feb;77(2). doi: 10.1111/aji.12616. Epub 2017 Jan 3. PMID: 28045216.
5. Leal MC, Muniz LF et al. Hearing Loss in Infants with Microcephaly and Evidence of Congenital Zika Virus Infection - Brazil, November 2015-May 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016 Sep 2;65(34):917-9. doi: 10.15585/mmwr.mm6534e3. PMID: 27585248.
6. Pierson TC, Diamond MS. The emergence of Zika virus and its new clinical syndromes. *Nature*. 2018 Aug;560(7720):573-581. doi: 10.1038/s41586-018-0446-y. Epub 2018 Aug 29. PMID: 30158602.