

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

TỔNG QUAN VỀ GIANG MAI TRONG THAI KỲ

BS. CKI Trần Thế Hùng

Bệnh viện Quốc Tế Phương Châu

Bệnh giang mai là bệnh nhiễm trùng do xoắn khuẩn *Treponema pallidum* gây ra. Chúng lây truyền qua đường quan hệ tình dục không an toàn và lây truyền từ mẹ sang con trong bào thai gây nên bệnh hoa liễu và các dị tật bẩm sinh cho thai nhi sau sinh. Bệnh làm tăng nguy cơ thai chết lưu 21%, 6% sinh non, 9% tử vong sau sinh^[1].

Mặt khác, bệnh giang mai liên quan đến sự lây truyền HIV trong cộng đồng. Theo báo cáo của WHO thì giang mai dẫn đến 300.000 ca tử vong của trẻ sơ sinh và thai nhi mỗi năm. Theo báo cáo tại Úc từ năm 2013 đến 2017 tỷ lệ giang mai tăng lên 135%, cụ thể là 7,8/100.000 ca năm 2013 tăng lên 18,3/100.000 ca năm 2017, tăng ở nam giới là 119% và nữ giới là 309%^[4] (Bảng 1).

Bệnh giang mai nếu không điều trị thì sẽ có nguy cơ lây truyền cho trẻ sau sinh. Nguy cơ lây truyền cho con 50 – 80% nếu mẹ mắc ở giai đoạn nguyên phát không điều trị, giai đoạn thứ phát

và giai đoạn tiềm ẩn sớm so với 10% ở giai đoạn tiềm ẩn muộn. Giang mai có thể lây truyền bất cứ giai đoạn nào trong thai kỳ, đặc biệt thai càng lớn. Theo bệnh viện Queensland ở Úc, nếu sản phụ mắc giang mai nếu không điều trị thì 25% sẽ sẩy thai trong 3 tháng đầu hoặc chết lưu, 11% dẫn đến chết lưu ở thai đủ tháng và 13% sanh non và nhẹ cân. Ngoài ra, theo báo cáo của bệnh viện này, khả năng lây truyền cho thai nhi sau sinh là 70% đối với giang mai giai đoạn sơ cấp và thứ phát, 40% ở giai đoạn giang mai sớm và 10% ở giai đoạn giang mai muộn. Khả năng lây truyền giảm dần theo thời gian mắc bệnh, nhiều nhất ở nguyên phát và giảm dần ở thứ phát, chỉ còn 2% sau 4 năm. Thai chết lưu là một trong những biến chứng của giang mai trong thai kỳ nếu không điều trị^[1,3].

Việc chẩn đoán sớm giang mai rất cần thiết để có thể điều trị kịp thời tránh các biến chứng cho mẹ và thai nhi. Về xét nghiệm chẩn đoán có

Bảng 1. Ước tính tỷ lệ giang mai ở một số khu vực trên thế giới năm 2012 và 2016.^[2]

Lãnh thổ	Năm	Tổng số thai kỳ	Tỷ lệ giang mai trong thai kỳ	Giang mai giai đoạn hoạt động	Tỷ lệ trẻ giang mai/ 100.000 sinh sống
Châu Phi	2012	35.055.000	1,62%	569.000	1.377
	2016	37.150.000	1,52%	564.000	1.119
Châu Mỹ	2012	15.364.000	0,64%	98.000	307
	2016	15.252.000	0,86%	131.000	339
Đông Địa Trung Hải	2012	17.866.000	0,69%	124.000	597
	2016	18.251.000	0,77%	140.000	635
Châu Âu	2012	11.449.000	0,11%	13.000	30
	2016	11.289.000	0,10%	11.000	19
Đông Nam Á	2012	37.889.000	0,32%	122.000	231
	2016	36.987.000	0,21%	78.000	145
Tây Thái Bình Dương	2012	24.802.000	0,28%	70.000	165
	2016	24.297.000	0,26%	64.000	156
Thế giới	2012	142.425.000	0,70%	996.000	540
	2016	143.227.000	0,69%	988.000	473

2 phần: xét nghiệm chẩn đoán trực tiếp và gián tiếp^[1] (Bảng 2, hình 1).

Hiệu giá kháng thể của Non-treponema test được thể hiện ở dạng như sau 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32, 1:64. Điều này thể hiện mức độ pha loãng của thuốc thử để xác định giang mai. Nếu độ pha loãng càng lớn (1:16 lên 1:64) mà phát hiện được giang mai thì bệnh đang tiến triển, ngược lại nếu từ độ pha loãng thấp (1:64 giảm xuống 1:16) thì bệnh đáp ứng điều trị. Điều này giúp chúng ta theo dõi diễn tiến lâm sàng cũng như đáp ứng với điều trị (Bảng 3).

Giang mai nguyên phát có thời gian 10 đến 90 ngày. Biểu hiện bằng vết loét không đau ở cơ quan sinh dục ngoài, có thể ở miệng, hậu môn hay trực tràng. Giai đoạn này đã nhiễm trùng và nguy cơ lây 70% nếu không điều trị^[4].

Giang mai giai đoạn thứ phát từ 30 đến 150 ngày. Biểu hiện lâm sàng là phát ban, thường là dát sẩn liên quan đến lòng bàn tay và bàn chân. Loét niêm mạc, viêm hạch, viêm gan, viêm khớp, viêm móng mắt, viêm cầu thận, rụng tóc, liệt dây thần kinh sọ. Các triệu chứng sẽ mất đi sau 2 đến 3 tuần. Bệnh gây nhiễm trùng và nguy cơ lây 70% nếu không điều trị^[4].

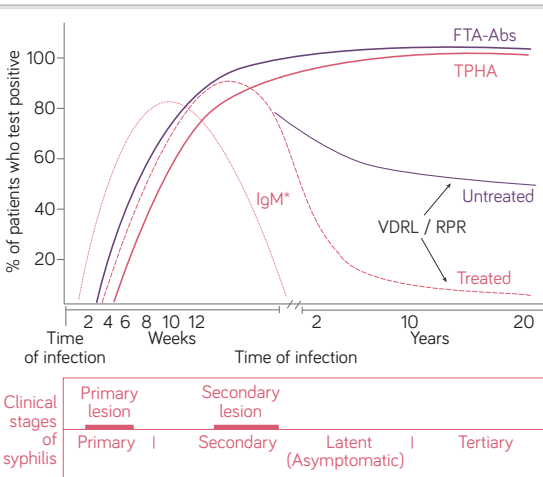
Giang mai tiềm ẩn sớm có thời gian khởi phát dưới 2 năm không điều trị: không triệu chứng lâm sàng, bệnh nhiễm trùng và nguy cơ lây 40%. Giang mai tiềm ẩn muộn sau 2 năm không điều trị: không triệu chứng lâm sàng, bệnh lây qua quan hệ tình dục không phổ biến, nguy cơ lây 10%^[4].

Giang mai biến chứng sau 2 đến 30 năm không điều trị. Các dấu hiệu của thần kinh, phình động mạch chủ, phá hủy xương hay mô mềm. Nguy cơ lây truyền không đáng kể^[4].

WHO đề nghị tất cả các sản phụ đều phải được xét nghiệm chẩn đoán giang mai trong lần đầu tiên khi khám thai. Sử dụng benzathine penicillin G 1,8g (2,4 MU) tiêm bắp là lựa chọn hàng đầu cho việc điều trị. Nếu dị ứng thuốc benzathine penicillin G thì có thể thay thế bằng erythromycin 500 mg uống 4 lần/ngày cho 14 ngày hoặc ceftriaxone 1g tiêm bắp 1 lần/ngày

Bảng 2. Các xét nghiệm chẩn đoán giang mai.

Test chẩn đoán trực tiếp	Test chẩn đoán gián tiếp (huyết thanh)
<ul style="list-style-type: none"> - Nuôi cấy trên vật chủ - Soi dưới kính hiển vi nền đen - PCR - Kháng thể huỳnh quang trực tiếp - Hóa mô miễn dịch 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-treponema test: <ul style="list-style-type: none"> ▷ RPR: huyết tương nhanh ▷ VDRL: xét nghiệm phòng thí nghiệm hoa liễu - Treponema test: <ul style="list-style-type: none"> ▷ Kháng thể huỳnh quang gián tiếp ▷ Xét nghiệm micro hemagglutination ▷ Thử nghiệm ngưng kết hạt Treponema pallidum ▷ Xét nghiệm miễn dịch hóa phát quang ▷ Xét nghiệm miễn dịch enzyme



Hình 1. Lưu đồ diễn tiến bệnh giang mai qua các giai đoạn.^[5]

Bảng 3. Phân tích kết quả xét nghiệm giang mai.^[4]

Treponema test	Non-treponema test	Lý giải
Phản ứng	Phản ứng	- Giang mai, ghẻ cóc hay xoắn khuẩn khác
Âm tính	Phản ứng	- Dương tính giả - Kiểm tra lại sau 2 – 3 tuần - Hội chẩn chuyên gia
Phản ứng	Âm tính	- Giang mai tiềm ẩn hoặc nguyên phát - Đã điều trị giang mai trước đây - Ghẻ cóc hay do xoắn khuẩn khác - Có thể phản ứng giả
Âm tính	Âm tính	- Không bị giang mai - Thời kỳ ủ bệnh

từ 10 đến 14 ngày hoặc azithromycin 2g uống liều duy nhất. Các trường hợp giang mai khởi phát sớm dưới 2 năm thì benzathine penicillin G 1,8g (2,4 MU) tiêm bắp 1 liều duy nhất. Những trường hợp khởi phát muộn sau 2 năm hoặc không rõ thời gian thì benzathine penicillin G 1,8g (2,4 MU) tiêm bắp 1 lần/tuần trong 3 tuần liên tiếp. Kháng thể RPR được xét nghiệm kiểm tra lại 26 – 28 tuần và 34 – 36 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị. Bệnh gọi là đáp ứng khi độ pha loãng của thuốc thử RPR giảm đi 4 lần trở lên. RPR có thể tồn tại sau 6 tháng. Siêu âm khảo sát hình thái học thai nhi lúc 20 đến 24 tuần xem các bất thường: kích thước bánh nhau, nước ối, vận tốc đỉnh của động mạch não giữa (S/D), kích thước gan, hình ảnh phù thai^[3,4,6].

Phản ứng Jarisch-Herxheimer khi tiêm penicillin G thường xảy ra ở giang mai giai đoạn sớm (< 2 năm) ở người trưởng thành và bao gồm cả phụ nữ mang thai là 45%. Triệu chứng thường gặp: sốt, ớn lạnh, khó chịu, hạ huyết áp và nhịp tim nhanh. Thường xuất hiện 2 giờ sau tiêm, đạt đỉnh lúc 8 giờ và tự biến mất sau 24 đến 36 giờ. Phản ứng thường xảy ra sau liều tiêm đầu tiên, chỉ chăm sóc điều trị hỗ trợ. Phản ứng Jarisch-Herxheimer gây co thắt tử cung làm chuyển dạ sinh non hoặc tim thai bất thường, vì vậy nên theo dõi sát thai kỳ nếu có tiêm thuốc. Đặc biệt là ở tam cá nguyệt thứ 2 trở đi^[4].

Những sản phụ có giang mai dương tính trong thai kỳ, sau sinh em bé cần được kiểm tra những dấu hiệu sau: phát ban, gan to, viêm mũi, nổi hạch và các triệu chứng khác. Các bé được kiểm tra huyết thanh học ngay sau sinh. Nếu không có bất cứ dấu hiệu bất thường thì theo dõi thường quy và lặp lại lúc 3 tháng và 6 tháng. Nếu có bất thường chuyển sang phác đồ điều trị cho bé và theo dõi huyết thanh học lúc 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng. Từ 0 – 7 ngày: benzyl penicillin 50 mg/kg tiêm mạch mỗi 12 giờ cho 10 ngày. Từ 8 – 30 ngày: benzyl penicillin 50 mg/kg tiêm mạch mỗi 8 giờ cho 10 ngày. Từ 30 ngày trở lên: benzyl penicillin 50 mg/kg mỗi 4 – 6 giờ cho 10 ngày^[3]. Giang mai không lây truyền qua sữa

mẹ, vì vậy vẫn cho bú mẹ bình thường trừ khi có tổn thương ở vú. Giang mai bẩm sinh ở thai nhi sau sinh chia làm 2 giai đoạn. Giang mai bẩm sinh sớm trước 2 tuổi có biểu hiện giống người trưởng thành: gan lách to, phát ban, viêm khớp, thiếu máu, giảm tiểu cầu, viêm xương. Giang mai bẩm sinh muộn sau 2 năm có biểu hiện rãng Hutchinson, điếc bẩm sinh, viêm giác mạc mắt. Ngoài ra còn chậm phát triển vận động, co giật, liệt dây thần kinh, biến dạng xương do tổn thương lâu, viêm xương^[1,3].

Tóm lại: Tỷ lệ giang mai ngày càng tăng trong xã hội có liên quan đến nhiều bệnh xã hội khác. Bệnh để lại nhiều di chứng cho người bệnh và lây truyền cho thai nhi. Việc chẩn đoán sớm, điều trị và theo dõi đúng phác đồ sẽ hạn chế được các biến chứng cho thai nhi. Việc tầm soát giang mai trong lần đầu khám thai là hết sức cần thiết và có thể lặp lại ở cuối thai kỳ. Điều này đảm bảo an toàn cho sản phụ và thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adhikari, Emily H. (2020). Syphilis in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 135(5), 1121–1135. doi:10.1097/AOG.0000000000003788.
2. Korenromp, Elin L. (2019). Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLOS ONE*, 14(2), e0211720–. doi:10.1371/journal.pone.0211720
3. Queensland Clinical Guideline (2018). Syphilis in pregnancy.
4. King Edward Memorial Hospital Obstetrics & Gynaecology (2020). Clinical practice guideline syphilis in pregnancy.
5. Rac, Martha W.F. (2017). Syphilis during pregnancy: a preventable threat to maternal-fetal health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(4), 352–363. doi:10.1016/j.ajog.2016.11.1052
6. WHO (2017). Guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women.

➡ Tiếp theo bài ở trang 30 ➡ **SÀNG LỌC VIÊM GAN C Ở PHỤ NỮ MANG THAI**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Duong HT, Jarlais DD, Khuat OHT et al (2018). Risk behaviors for HIV and HCV infection among people who inject drugs in Hai Phong, Viet Nam, 2014. *AIDS Behav*, 22(7), 2161–2171.
2. Delgado-Borrego A, Smith L, Jonas MM et al (2012). Expected and actual case ascertainment and treatment rates for children infected with hepatitis C in Florida and the United States: epidemiologic evidence from statewide and nationwide surveys. *J Pediatr*, 161(5), 915–921.
3. Suryaprasad AG, White JZ, Xu F et al (2014). Emerging epidemic of hepatitis C virus infections among young nonurban persons who inject drugs in the United States, 2006–2012. *Clin Infect Dis*, 59(10), 1411–1419.
4. Soipe AI, Taylor LE, Abioye AI et al (2018). Prevalence of hepatitis C screening, testing, and care experience among young adults who use prescription opioids nonmedically. *J Adolesc Health*, 62(1), 114–117.
5. Schmelzer J, Dugan E, Blach S et al (2020). Global prevalence of hepatitis C virus in children in 2018: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 5(4), 374–392.
6. Study of Hepatitis C Treatment During Pregnancy - Full Text View - ClinicalTrials.gov. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02683005>, accessed: 08/14/2020.
7. Yattoo G (2018). Treatment of chronic hepatitis C with ledipasvir/sofosbuvir combination during pregnancy [Abstract]. *Hepatol Int*, 12(Suppl. 2), S292–S293.