

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 trạng 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 CHLAMYDIA TRACHOMATIS TRONG THAI KỲ

BS. Trần Ngọc Văn Anh, BS. Hoàng Lê Trung Hiếu

Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức

MỞ ĐẦU

Nhiễm *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) là một trong những bệnh lý lây truyền qua đường tình dục phổ biến nhất trên toàn cầu. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hàng năm có hơn 130 triệu trường hợp nhiễm mới *C. trachomatis*. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng nhiễm *C. trachomatis* trong thai kỳ có liên quan đến nhiều kết cục sản khoa và sơ sinh bất lợi, nhưng chưa nhận được sự quan tâm cần thiết trong quá trình theo dõi thai kỳ. Bài viết sau đây trình bày một số bằng chứng về mối liên quan giữa nhiễm *C. trachomatis* và các kết cục bất lợi trong thai kỳ, khuyến cáo tầm soát và điều trị *C. trachomatis* trong thai kỳ.

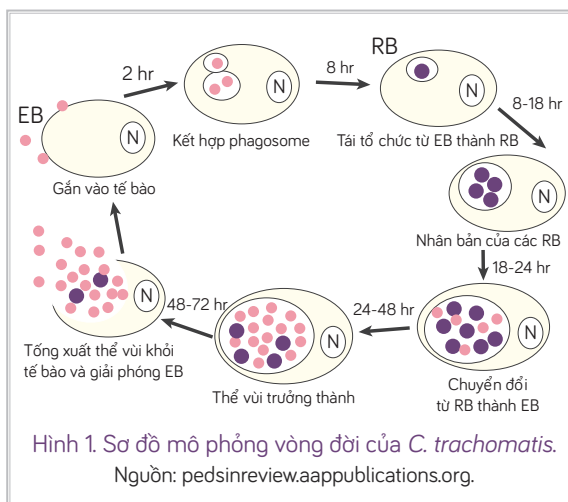
ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN CHLAMYDIA TRACHOMATIS

C. trachomatis là một loài vi khuẩn gram âm sống bắt buộc trong tế bào với một chu kỳ lây nhiễm và hai dạng phát triển. Chúng bao gồm dạng lây nhiễm được gọi là thể cơ bản (elementary body – EB) với đường kính 300 nm có vỏ cứng để sống sót lúc phóng thích khỏi tế bào và thể lưới (reticulate body – RB) với đường kính trên 1.000 nm thích hợp để nhân lên bên trong tế bào. EB không hoạt động về mặt trao đổi chất và được các tế bào chủ tiếp nhận. Trong tế bào chủ, EB sẽ biệt hóa thành RB có hoạt động chuyển hóa. RB sau đó sẽ sử dụng các nguồn năng lượng và axit amin của vật chủ để tái tạo và hình thành EB mới, sau đó phóng thích ra ngoại bào để có thể lây nhiễm sang các tế bào

khác. *C. trachomatis* nhắm mục tiêu vào các tế bào biểu mô trụ tuyến của kênh cổ tử cung cho đến biểu mô đường sinh dục trên ở phụ nữ, ở kết mạc, niệu đạo và trực tràng của cả nam và nữ. Vi khuẩn này lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp với mô bị nhiễm bệnh, bao gồm quan hệ tình dục qua đường âm đạo, hậu môn hoặc miệng, và thậm chí có thể truyền từ người mẹ bị nhiễm bệnh sang trẻ sơ sinh trong quá trình sinh nở. *Chlamydia trachomatis* có thể tồn tại rất lâu trong tế bào chủ, ở dạng nhiễm tồn tại. Dạng nhiễm tồn tại là dạng thức sống nhưng không thể phát hiện qua nuôi cấy của *C. trachomatis*. Do đặc tính vi sinh trên nên nhận diện sự có mặt của *C. trachomatis* là rất khó khăn (Hình 1).

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ

C. trachomatis có thể dẫn đến nhiều bệnh cảnh nhiễm trùng niệu sinh dục, bao gồm viêm



cổ tử cung, viêm vùng chậu, viêm niệu đạo, viêm mào tinh hoàn, viêm tuyến tiền liệt (ở nam giới). Các bệnh nhiễm trùng ngoài đường sinh dục do *C. trachomatis* gây ra bao gồm viêm kết mạc, viêm quanh khớp, viêm họng, viêm khớp phản ứng. Tuy nhiên, đa phần các bệnh nhân có nhiễm *C. trachomatis* không có triệu chứng. Trong một số ít bệnh nhân trở nên có triệu chứng, các dấu hiệu lâm sàng phụ thuộc vào vị trí nhiễm trùng. Trong số các trường hợp nhiễm *C. trachomatis*, chỉ một số có thể chẩn đoán trên lâm sàng rõ ràng như viêm kết mạc. Các bệnh cảnh nhiễm *Chlamydia* khác có thể liên quan đến các hội chứng lâm sàng cụ thể nhưng cần có sự xác nhận của các xét nghiệm. Có nhiều loại xét nghiệm sàng lọc *Chlamydia*, bao gồm xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (NAATs), nuôi cấy tế bào và các xét nghiệm khác với độ nhạy và độ đặc hiệu khác nhau. Xét nghiệm tìm kháng thể *Chlamydia* trong huyết thanh (*Chlamydia* antibody titre – CAT) thường được ứng dụng trong lĩnh vực điều trị hiếm muộn khi nghi ngờ liên quan đến yếu tố ống dẫn trứng vì mang đến những thông tin về tiền sử phơi nhiễm với vi khuẩn này trong quá khứ. Ngày nay, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật (CDC, 2015) khuyến cáo việc tầm soát nhiễm *Chlamydia trachomatis* được thực hiện bằng xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (nucleic acid amplification tests – NAATs). Độ nhạy và độ chuyên của NAATs với *C. trachomatis* lần lượt là 90 – 95% và 99%, và có thể được thực hiện trên các mẫu bệnh phẩm dễ lấy như mẫu phết âm đạo (nhân viên y tế hoặc bệnh nhân lấy) hoặc nước tiểu. (Bảng 1)

Phết âm đạo do nhân viên y tế lấy mẫu hoặc do bệnh nhân tự lấy là mẫu tối ưu để sàng lọc *Chlamydia* sinh dục bằng NAATs cho phụ nữ. Nước tiểu là mẫu bệnh phẩm được lựa chọn cho nam và cũng có thể là bệnh phẩm thay thế hiệu quả cho phụ nữ. Các mẫu phết âm đạo tự lấy cho hiệu quả xét nghiệm ít nhất là tương đương các mẫu xét nghiệm đã được phê duyệt khác. Ngoài ra, bệnh nhân có thể muốn tự lấy mẫu phết âm đạo hoặc nước tiểu vì ít xâm lấn hơn

Bảng 1. Độ nhạy và độ đặc hiệu của các xét nghiệm sàng lọc nhiễm *Chlamydia trachomatis*.

	Nữ giới (Biachi, 1998; Blake, 2008)		Nam giới (Gaydos và cs., 2008)	
	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
NAAT				
– Âm đạo	97,2	99,5		
– Cổ tử cung	91,7	98,3		
– Nước tiểu	91,7	99,3	90 – 97	99
Môi DNA	68,8	99,8	65 – 83	99
DFA	80 – 85	99	80 – 85	99
EIA	60 – 85	99	53	99 – 100
Nuôi cấy tế bào	50 – 85	100	70 – 85	100

DFA = direct fluorescence assay; EIA = enzyme immunoassay.

mẫu lấy ở cổ tử cung và phết niệu đạo. Nuôi cấy *Chlamydia* có thể được sử dụng cho các mẫu xét nghiệm trực tràng hoặc hầu họng, nhưng không được phổ biến rộng rãi. NAATs đã chứng minh độ nhạy và độ đặc hiệu được cải thiện so với nuôi cấy để phát hiện *C. trachomatis* tại các vị trí không thuộc bộ phận sinh dục.

Khuyến cáo sàng lọc của một số tổ chức y khoa lớn cho phụ nữ có thai

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDC, 2015) khuyến cáo rằng tất cả phụ nữ mang thai nên được sàng lọc *Chlamydia*. Lực lượng đặc nhiệm các dịch vụ phòng ngừa bệnh tật Hoa Kỳ (USPSTF), Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) và Học viện Bác sĩ Gia đình Hoa Kỳ (AAFP) khuyến cáo sàng lọc ở phụ nữ mang thai từ 24 tuổi trở xuống, cũng như phụ nữ ở mọi lứa tuổi được coi là có nguy cơ cao. Nguy cơ cao được xác định là dưới 25 tuổi hoặc có bạn tình mới hoặc có nhiều bạn tình. ACOG cũng khuyến cáo nên sàng lọc lại phụ nữ mang thai trong tam cá nguyệt thứ ba. Đối với những bệnh nhân mang thai có kết quả xét nghiệm dương tính, cần thực hiện lại xét nghiệm sau khi điều trị một hoặc hai tuần. Tại châu Âu, Viện Y tế và Chất

lượng Điều trị Quốc gia Anh (NICE) không khuyến cáo sàng lọc *Chlamydia* như một thực hành thường quy trong chăm sóc sức khỏe tiền mang thai. (Bảng 2)

CÁC KẾT CỤC BẤT LỢI CỦA NHIỄM CHLAMYDIA TRACHOMATIS Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Đa số trường hợp nhiễm *C. trachomatis* trong thai kỳ không có triệu chứng. Tuy nhiên, khoảng 1/3 thai phụ có những biểu hiện viêm tiết niệu hoặc viêm tuyến Bartholin. Viêm cổ tử cung có thể do nhiễm *C. trachomatis* hoặc nhiễm lậu (*Neisseria gonorrhoeae*) hoặc cả hai. Một số bệnh lý gây ra bởi *C. trachomatis* không thường gặp ở phụ nữ mang thai bao gồm viêm nội mạc tử cung, viêm ống dẫn trứng, viêm khớp phản ứng, hội chứng Reiter (Cunningham và cs, 2018).

Ảnh hưởng của việc nhiễm *C. trachomatis* trên thai kỳ vẫn là vấn đề gây nhiều tranh luận. Từ lâu, nhiễm *C. trachomatis* đã bị nghi ngờ có thể liên quan đến những biến chứng thai kỳ như sẩy thai, thai lưu, ối vỡ non, sinh non. Có giả thích cho rằng *C. trachomatis* phát động phản ứng viêm, tạo ra cytokine; hoặc kích thích hệ miễn dịch của người mẹ phản ứng chống lại thai nhi, dẫn đến việc sẩy thai/sinh non (Baud và cs, 2011). Các nghiên cứu về ảnh hưởng của *C. trachomatis* trên việc sẩy thai ở phụ nữ thường tìm sự hiện diện của *C. trachomatis* trong mẫu

phết cổ tử cung, nước tiểu, sản phẩm của thai; hoặc kháng thể chống lại *C. trachomatis* trong máu mẹ. Trong tổng quan năm 2016, Adachi liệt kê các nghiên cứu về mối tương quan giữa việc nhiễm *C. trachomatis* và tình trạng sẩy thai/thai lưu ở phụ nữ. Một số nghiên cứu báo cáo tỷ lệ nhiễm *C. trachomatis* cao hơn ở những phụ nữ bị sẩy thai so với nhóm chứng. Số khác tìm thấy *C. trachomatis* trong nước ối, mô phổi và gan của thai nhi chết lưu. Tuy nhiên, cũng có nhiều nghiên cứu không tìm thấy sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa việc nhiễm *C. trachomatis* và tình trạng sẩy thai hay thai lưu. Một tổng quan và phân tích gộp của Silva (2011) dựa trên 12 nghiên cứu cho thấy nhiễm *Chlamydia* trong thai kỳ làm tăng nguy cơ sinh non (relative risk (RR) = 1,35; KTC 95%, 1,11 – 1,63), trẻ sơ sinh nhẹ cân (RR = 1,52; KTC 95%, 1,24 – 1,87) và tử vong chu sinh (RR = 1,84; KTC 95%, 1,15 – 2,94). Bài báo không tìm thấy bằng chứng cho thấy tác động của *C. trachomatis* trên nguy cơ ối vỡ non (RR = 1,13; KTC 95%, 0,95 – 1,34), sẩy thai (RR = 1,20, KTC 95%, 0,65 – 2,20) hay viêm nội mạc tử cung thời kỳ hậu sản (RR = 0,89; KTC 95%, 0,49 – 1,61). Một nghiên cứu theo dõi dọc khá lớn thực hiện tại Hà Lan báo cáo mối tương quan chặt chẽ giữa việc nhiễm *Chlamydia* và nguy cơ sinh non ở phụ nữ. Trong nghiên cứu này, 4.055 sản phụ được lấy mẫu nước tiểu để kiểm tra sự hiện diện của

Bảng 2. Một số khuyến cáo tầm soát *Chlamydia trachomatis* cho phụ nữ chưa mang thai và phụ nữ có thai.

	AAFP	ACOG, 2011	CDC, 2015	NCSP	USPSTF, 2007
Phụ nữ không mang thai có quan hệ tình dục	Sàng lọc hàng năm nếu ≤ 24 tuổi hoặc ở người có nguy cơ cao	Sàng lọc hàng năm nếu ≤ 25 tuổi hoặc ở người có nguy cơ cao	Sàng lọc hàng năm nếu ≤ 25 tuổi hoặc ở người có nguy cơ cao	Tối thiểu sàng lọc mỗi năm khi có thay đổi bạn tình ≤ 24 tuổi và thường khi có đánh giá của bác sĩ lâm sàng	Sàng lọc hàng năm nếu ≤ 25 tuổi hoặc ở người có nguy cơ cao
Phụ nữ có thai	Sàng lọc phụ nữ ≤ 24 tuổi và các đối tượng khác có nguy cơ	Sàng lọc phụ nữ ≤ 24 tuổi và các đối tượng khác có nguy cơ	Sàng lọc tất cả, xét nghiệm lại cho tất cả trường hợp dương tính hay nguy cơ cao	Không có khuyến cáo cụ thể	Sàng lọc phụ nữ ≤ 24 tuổi và các đối tượng khác có nguy cơ
Xét nghiệm lại	Không có khuyến cáo cụ thể	Thử lại ở tất cả phụ nữ mang thai trong tam cá nguyệt 3	Thử lại cho tất cả phụ nữ dương tính mang thai trong tam cá nguyệt 3	Xét nghiệm khỏi bệnh không cần thiết trừ khi điều trị với erythromycin	Không có khuyến cáo cụ thể

AAFP = American Academy of Family Physicians; ACOG = American College of Obstetricians & Gynecologists; CDC = Centers for Disease Control and Prevention; NCSP = National Chlamydia Screening Programme; USPSTF = US Preventive Services Task Force.

C. trachomatis DNA. Diễn tiến và kết quả thai kỳ của những sản phụ này được ghi nhận lại. Sau khi điều chỉnh các yếu tố gây nhiễu, nghiên cứu báo cáo nhiễm *Chlamydia* có liên quan đến việc sinh non trước 32 tuần (adjusted OR = 4,35; KTC 95%, 1,3 – 15,2) và 35 tuần (aOR = 2,66; KTC 95%, 1,1 – 6,5). Trẻ sinh ra từ sản phụ nhiễm *Chlamydia* cũng có cân nặng lúc sinh nhẹ hơn. Tuy nhiên, khác biệt này không còn ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh các yếu tố kinh tế – xã hội (aOR 0,95; KTC 95%, 0,4 – 2,2).

CÁC KẾT CỤC BẤT LỢI CỦA NHIỄM CHLAMYDIA TRACHOMATIS Ở TRẺ SƠ SINH

Viêm kết mạc

Viêm kết mạc do *C. trachomatis* điển hình thường khởi phát 5 – 14 ngày sau sinh với triệu chứng dao động từ viêm kết mạc nhẹ có dịch tiết cho đến viêm kết mạc mủ đặc với phù kết mạc và nhiều giả mạc (CDC, 2010). Mặc dù mất thị lực hoàn toàn là rất hiếm, hậu quả của nhiễm trùng không được điều trị bao gồm viêm kết mạc tái phát, tân sinh mạch máu giác mạc và sẹo giác mạc (Darville, 2005). Khác với viêm kết mạc do lậu cầu, viêm kết mạc do *Chlamydia* đường như không thể được ngăn ngừa hiệu quả bằng cách sử dụng kháng sinh hoặc bạc nitrat dự phòng mắt (Hammerschlag và cs, 2011; CDC, 2010).

Viêm phổi

Viêm phổi do *Chlamydia* ở trẻ sơ sinh thường hay bị chẩn đoán sai, viêm phổi không điển hình và có xu hướng bán cấp tính, thường xảy ra ở trẻ sơ sinh từ 1 đến 3 tháng tuổi (CDC, 2010). Ở trẻ nhỏ hơn, đặc biệt là ở trẻ sinh non, viêm phổi do *Chlamydia* có thể nặng hơn, liên quan đến ngừng thở và đến 25% có thể phải nhập viện (Darville, 2005). Mặc dù tỷ lệ tử vong liên quan được cho là hiếm, nhưng bệnh viêm phổi không được điều trị có thể tồn tại trong vài tuần, có thể dẫn đến ăn kém và chậm tăng cân; một số tác giả cho rằng nhiễm trùng có thể dẫn đến hen suyễn và bệnh phổi mạn tính sau này (Darville, 2005; Webley và cs, 2009).

Nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con

Nhiều lo ngại rằng mắc các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục như nhiễm *Chlamydia* có thể làm tăng nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con. Các nghiên cứu ít ỏi ban đầu đã gợi ý rằng nhiễm trùng sinh dục do *C. trachomatis* có thể dẫn đến tăng bong tróc niêm mạc âm đạo – cổ tử cung và viêm màng ối (Wabwie-Mangen và cs, 1999; Chi và cs, 2006), có thể gián tiếp làm tăng nguy cơ lây truyền HIV. Trong một nghiên cứu của Mạng lưới Thử nghiệm Phòng chống HIV (HPTN) trên 1.373 phụ nữ mang thai nhiễm HIV cho thấy, tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ nhiễm *C. trachomatis* (10,7%) cao hơn đáng kể so với những người không bị nhiễm (8,1%); các phân tích sâu hơn cũng nhận thấy đường như có mối liên quan giữa nhiễm *C. trachomatis* và gia tăng nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con (OR 1,47; KTC 95% 0,9 – 2,3; p = 0,09) (Adachi và cs, 2015).

KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ CHLAMYDIA TRACHOMATIS CHO THAI PHỤ THEO WHO 2016

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2016) khuyến cáo điều trị cho bà mẹ nhiễm *Chlamydia* trong thai kỳ như sau:

- Azithromycin được khuyến cáo hơn là erythromycin, amoxicillin.
- Amoxicillin được khuyến cáo dùng hơn erythromycin.
- Azithromycin 1g uống 1 liều duy nhất, hoặc
- Amoxicillin 500 mg uống 3 lần mỗi ngày trong 7 ngày, hoặc
- Erythromycin 500 mg uống 2 lần mỗi ngày trong 7 ngày.

Erythromycin đường uống là phương pháp điều trị ưu tiên cho cả viêm kết mạc và viêm phổi ở trẻ sơ sinh. Azithromycin là một lựa chọn thay thế có thể chấp nhận được. Trẻ sơ sinh khỏi bệnh trong đợt erythromycin ban đầu được khuyến cáo điều trị lại với đợt dùng erythromycin mới kéo dài mười bốn ngày.

- Erythromycin 50 mg/kg uống chia 4 lần trong

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 sảy 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 NHIỄM VIRUS ZIKA
ở trang 27 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. Chibueze 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.