

## XỬ TRÍ TRONG CHUYỂN DẠ CỦA SẢN PHỤ NHIỄM GIANG MAI ĐỂ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Mỹ Dung, Lê Thị Thanh Vân, Phạm Thị Thanh Hiền

### Tóm tắt

Giang mai là một bệnh hệ thống phức tạp mà nguyên nhân do loại xoắn khuẩn *Treponema pallidum*, và được quan tâm đặc biệt trong thời gian mang thai vì nguy cơ truyền cho con qua bánh rau.

**Mục tiêu:** Nhận xét một số phương pháp xử trí trong chuyển dạ trên sản phụ mắc bệnh giang mai và tình trạng thai nhi sau sinh liên quan đến hiệu giá kháng thể **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 97 thai phụ nhiễm giang mai đến sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 6 năm 2005-2011. **Kết quả:** Bệnh giang mai được chẩn đoán và điều trị trong 3 tháng cuối cao nhất chiếm tỷ lệ 42,9%. Trong chuyển dạ tỷ lệ đẻ thường chiếm 48,4%; mổ lấy thai 48,4%. Chỉ định mổ lấy thai chủ yếu là nguyên nhân sản khoa; chỉ có 14,9% mổ dự phòng lây truyền mẹ - con. Đẻ đủ tháng chiếm 80,3%. Cân nặng trẻ trên 2500g chiếm 89,6%. Apgar trẻ sơ sinh trên 7 điểm chiếm 92,5%. Tất cả trẻ sơ sinh sống bước đầu không có bất thường. **Kết luận:** Không có mối liên quan giữa chỉ số Apgar trẻ sơ sinh với HGKT của mẹ và của trẻ sơ sinh.

### Abstract

#### Management of pregnant women with syphilis during labor in the National hospital of obstetrics and gynecology

Syphilis is a systemic infection caused by the spirochete *Treponema pallidum*, which is of particular concern during pregnancy because of the risk of transplacental infection to the fetus.

**Objective:** To reviews the treatment of pregnant women with syphilis during the birth of labor and the condition of the infants relative to the antibody titers. **Method:** A non probability retrospective research on related to 97 women with syphilis who had given birth at the National hospital of obstetrics and gynecology for six years from 2005 to 2010. **Result:** Most patients were diagnosed and treated in their third trimester of pregnancy (42,9%). The rate of caesarean section was 48,4%, The rate of *Cesarean* section for prevention of mother to child transmission was 19,4%. The rate of over 2500 gram birth weight was 89,6%, the full term birth was 80,3% and the live-born babies was 95,3%. **Conclusion:** There is no correlation between the antibody titers of the mother with the condition of the infants (Apgar score, death). The rate of delayed diagnosis was high. Caesarean section was not indicated for all syphilis.

**Keywords:** syphilis, TPHA, caesarean, Apgar score

---

(\*) Bệnh viện Phụ sản Trung ương

### Đặt vấn đề

Giang mai là một bệnh hệ thống phức tạp do xoắn khuẩn *Treponema Pallidum* gây nên. Bệnh lây truyền qua đường tình dục, nguy cơ gây nhiễm khuẩn cho thai nhi và để lại nhiều hậu quả nặng nề như: xẩy thai, đẻ non, trẻ nhẹ cân, bất thường bẩm sinh, giang mai bẩm sinh, tử vong. Giang mai bẩm sinh là bệnh nguy hiểm không những đe dọa tính mạng sơ sinh mà còn để lại nhiều di chứng nặng nề, ảnh hưởng đến sự phát triển lâu dài của trẻ. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài ảnh hưởng của bệnh giang mai đến trẻ sơ sinh thai phụ mắc bệnh đề tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm 2005-2011 với mục tiêu nhận xét một

số phương pháp xử trí trong chuyển dạ trên sản phụ mắc bệnh giang mai và tình trạng thai nhi sau sinh liên quan đến hiệu giá kháng thể.

### Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu

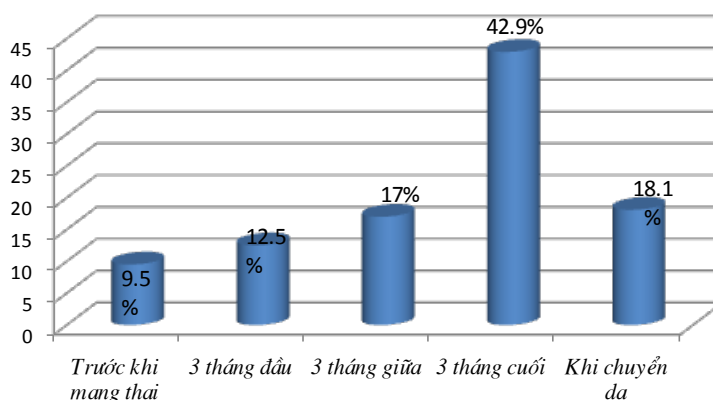
Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu không xác suất

Thu thập số liệu dựa vào ghi chép hồ sơ sản phụ và hồ sơ sơ sinh đề tại BV Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2005 đến tháng 12/2010.

Mã hoá số liệu, nhập và xử lý trên máy vi tính sử dụng phần mềm Epi - Info 6.04 của Tổ chức Y tế thế giới và SPSS.

### Kết quả nghiên cứu

#### Điều trị nội khoa



Biểu đồ 1. Điều trị nội khoa

Tỷ lệ được chẩn đoán và điều trị cao nhất là trong 3 tháng cuối là 42,9%

### Thái độ xử trí sản khoa trong chuyển dạ

#### Phương thức đẻ trong chuyển dạ

Bảng 1. Phương thức đẻ trong chuyển dạ

Cách thức đẻ	2005 (n %)	2006 (n %)	2007 (n %)	2008 (n %)	2009 (n %)	2010 (n %)	TS (n %)
Đẻ thường	7(57,5)	6(40,0)	9(42,9)	10(47,5)	8(53,4)	7(53,8)	47(48,4)
Thủ thuật	1(8,3)	0	0	1(5,0)	0	1(7,7)	3(3,2)
Mổ lấy thai	4(34,2)	9(60,0)	12(57,1)	10(47,5)	7(46,6)	5(38,5)	47(48,4)
TS(%)	12(12,4)	15(15,5)	21(21,6)	21(21,6)	15(15,5)	13(13,4)	97

Tỷ lệ mổ đẻ và đẻ đường âm đạo ngang nhau, nhưng cao hơn tỷ lệ mổ lấy thai phụ bình thường tại BVPSTW khoảng 40%.

**Các nguyên nhân mổ lấy thai**

*Bảng 2. Các nguyên nhân mổ lấy thai*

Nguyên nhân	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Mổ đẻ cũ	9	19,3
Thai suy	6	12,7
Thai to	3	6,4
OVS	3	6,4
Đầu không lọt	2	4,2
Song thai	1	2,1
Ngôi bất thường	3	6,4
Bệnh nội khoa kèm theo	12	25,5
BN xin mổ dự phòng LTMC	7	14,9
<b>Tổng</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Chi định mổ lấy thai khi chuyển dạ do sẹo mổ đẻ cũ chiếm tỷ lệ cao nhất là 19,3%. Bệnh nhân xin mổ lấy thai phòng tránh LTMC chiếm tỷ lệ 14,9%.

**Tình hình trẻ sơ sinh sau đẻ**

**Tương quan giữa chỉ số Apgar trẻ SS và HGKT TPHA của sản phụ**

*Bảng 3. Tương quan giữa chỉ số Apgar trẻ SS và HGKT TPHA của sản phụ*

HGKT mẹ \ Apgar	Apgar		Tổng
	< 7 điểm	≥ 7 điểm	
1/80	1	5	6(6,2)
1/160	2	22	24 (24,7)
1/320	1	19	20 (20,6)
1/640	2	21	23 (23,7)
1/1280	1	13	14 (14,4)
1/2560	0	8	8 (8,2)
1/5120	0	2	2 (2,1)
<b>Tổng</b>	<b>6</b>	<b>91</b>	<b>97</b>

Hiệu giá kháng thể 1/160 – 1/640 chiếm tỷ lệ cao nhất 67/97 (69,0%).

Không có mối liên quan giữa HGKT và chỉ số Apgar trẻ sơ sinh

**Hiệu giá kháng thể TPHA của trẻ sơ sinh và chỉ số Apgar**

*Bảng 4: Hiệu giá kháng thể TPHA của trẻ sơ sinh và chỉ số Apgar*

HGKT	< 7 điểm	≥ 7 điểm	Tổng	Tỷ lệ (%)
0	0	15	15	19,2
1/32	0	0	0	0
1/64	1	24	25	32,1
1/80	2	8	10	12,8
1/160	0	10	10	12,8
1/320	1	14	15	19,2
1/640	1	1	2	2,6
1/1280	0	0	0	0
1/2560	1	0	1	1,3
<b>Tổng</b>	6	72	78	100

Chỉ có 78 trường hợp trẻ sơ sinh được xét nghiệm kháng thể TPHA. Các trẻ sơ sinh có mức HGKT 1/64 chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,1%. Trẻ sơ sinh có mức HGKT bằng 0 chiếm 19,2%. Không có trẻ nào có HGKT 1/32 và 1/1280.

Không có mối tương quan giữa HGKT trẻ sơ sinh và chỉ số Apgar ( $p > 0,05$ )

**Tương quan giữa HGKT mẹ và HGKT trẻ SS**

*Bảng 5: Tương quan giữa HGKT mẹ và HGKT trẻ SS*

HGKT mẹ \ HGKT con	1/80	1/160	1/320	1/640	1/1280	1/2560	1/5120	Tổng
0	4	7	0	4	0	0	0	15
1/32	0	0	0	0	0	0	0	0
1/64	0	11	2	12	0	0	0	25
1/80	3	1	3	0	3	0	0	10
1/160	0	7	1	1	1	0	0	10
1/320	0	1	8	3	1	2	0	15
1/640	0	0	0	0	0	2	0	2
1/1280	0	0	0	0	0	0	0	0
1/2560	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>Tổng</b>	7	27	14	20	5	4	1	78

Những trường hợp HGKT mẹ thấp, từ 1/80 đến 1/320, HGKT con cũng thấp, từ 1/64 đến 1/160. 4 trường hợp HGKT mẹ 1/2560, HGKT con tương ứng là 1/320 và 1/640. 1 trường hợp mẹ HGKT 1/5120, con là 1/2560.

#### **Kết quả điều trị trẻ sơ sinh**

Cân nặng trẻ sơ sinh trên 2500 gam chiếm 89,6%. Kết quả này phù hợp với tỷ lệ thai đủ tháng là 80,3%. Thai đẻ ra sống là 95,3%, tử vong 4,7 % do bất thường thai nhi: gan to, lách to, cổ chướng.

Tỷ lệ điều trị kháng sinh penicillin cho trẻ sơ sinh là 100%.

#### **Bàn luận**

Trong quá trình chuyển dạ người mẹ mắc bệnh giang mai có thể lây truyền bệnh cho con qua bánh rau hay tổn thương tại đường sinh dục dưới. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều không có triệu chứng lâm sàng, không tổn thương ống đẻ nên có thể đẻ đường âm đạo 48,4%. Tuy nhiên, tỷ lệ mổ lấy thai cũng bằng đẻ đường âm đạo (48,4%). Các nguyên nhân mổ lấy thai chủ yếu là các nguyên nhân sản khoa như sẹo mổ lấy thai, thai suy đầu không lọt, ngôi bất thường (59,6%). Tỷ lệ mổ lấy thai để phòng lây truyền mẹ con 13%. Một vài thập kỷ trước đây, bệnh giang mai đã biến mất trong tiềm thức của mọi người, nhưng trong vòng 10 năm trở lại đây, tại Anh mổ lấy thai vì bệnh giang mai đã xuất hiện trở lại khiến cho chúng ta phải chú ý xét nghiệm chẩn đoán bệnh trước và trong khi có thai để theo dõi và điều trị để phòng lây truyền mẹ con. Tại BVPSTW trong 6 năm qua tỷ lệ sản phụ mắc bệnh giang mai so với tổng số đẻ (số liệu phòng kế hoạch tổng hợp BVPSTW) là 0,09%. Sự tăng tỷ lệ mắc bệnh GM đặc biệt trong nhóm phụ nữ có thai có lẽ liên quan đến sự gia tăng các bệnh lây truyền qua đường tình dục và đặc biệt là đại dịch HIV/AIDS. Chỉ định mổ lấy thai ở những thai phụ có bệnh LTQĐTD, cũng như HIV/AIDS chỉ mổ lấy thai khi có yếu tố sản khoa, còn

muốn phòng lây truyền mẹ con là phải chẩn đoán, điều trị sớm và xử trí sản khoa tốt. Tại BVPSTW, chỉ có 42,9% được phát hiện và điều trị kháng sinh theo đúng phác đồ. Mà tỷ lệ lây truyền mẹ con từ tuần thứ 14. Nếu điều trị muộn là một thiệt thòi cho trẻ sơ sinh. Để tìm hiểu ảnh hưởng của bệnh GM lên trẻ sơ sinh chúng tôi phân tích chỉ số Apgar liên quan đến HGKT của mẹ và trẻ sơ sinh. Kháng thể kháng giang mai ở trẻ sơ sinh được truyền sang từ mẹ trong quá trình mang thai (IgG) và do thai sản xuất ra (IgM). Vì vậy sau khi sinh theo dõi HGKT ở trẻ sơ sinh Khi HGKT thấp, chứng tỏ đó là GM mới mắc hoặc điều trị có kết quả. Với HGKT từ 1/1280 trở lên, GM sẽ có khả năng gây hậu quả không tốt cho thai nhi và biểu hiện sớm trong thai kỳ. Tuy nhiên với cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ nên chúng tôi chưa thể kiểm định được điều này.

Có 8 trường hợp trẻ sơ sinh chỉ số Apgar phút thứ nhất dưới 7 điểm, trong đó có 1 trường hợp đẻ non 29 tuần; 1 trường hợp 32 tuần, phù rau thai, 1 trường hợp thai đủ tháng bất thường, 1 trường hợp thai lưu, là những trẻ tử vong sau sinh. Những trường hợp còn lại, Apgar phút thứ nhất thấp do thai non tháng và các bệnh lý khác của mẹ đi kèm như tiền sản giật, rau tiền đạo chảy máu, sau khi hồi sức, trẻ sống ra viện. Kết quả này tương tự như biểu đồ 3.6 với 95,3% trẻ sơ sinh sống ra viện. Tình trạng đẻ non, thai lưu, thai bất thường có thể do nhiều nguyên nhân nhưng GMBS cũng là một trong những nguyên nhân cần quan tâm.

So sánh HGKT của mẹ và con cũng có thể xác định được trẻ sơ sinh có mắc GMBS hay không. Nếu HGKT con rất ít so với mẹ, có thể đó chỉ là KT mẹ truyền sang. Nếu HGKT trẻ sơ sinh nhiều hơn HGKT mẹ ít nhất 2 lần pha loãng [6] hoặc 4 lần pha loãng thì chắc chắn thai bị bệnh.

Chúng tôi cũng không tìm thấy có mối liên quan nào giữa HGKT TPHA của mẹ và của trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, vì số bệnh nhân

nghiên cứu chưa nhiều nên cần có thêm những nghiên cứu khác với cỡ mẫu lớn hơn để tìm hiểu vấn đề này. Ngoài ra, vì GMBS có thể kéo dài 10, 15 thậm chí 20 năm nên chúng ta cần quản lý và theo dõi biểu hiện của trẻ cũng như xét nghiệm huyết thanh để tránh trở thành nguồn lây cho thế hệ sau.

### Kết luận

Bệnh giang mai được chẩn đoán và điều trị trong 3 tháng cuối cao nhất chiếm tỷ lệ 42,9%. Trong chuyển dạ tỷ lệ đẻ thường chiếm 48,4%; mổ lấy thai 48,4%. Chỉ định mổ lấy thai chủ yếu là nguyên nhân sản khoa; chỉ có 14,9% mổ dự phòng lây truyền mẹ - con .

Đẻ đủ tháng chiếm 80,3%. Cân nặng trẻ trên 2500g chiếm 89,6%. Apgar trẻ sơ sinh trên 7 điểm chiếm 92,5%. Tất cả trẻ sơ sinh sống bước đầu không có bất thường. Không có mối liên quan giữa chỉ số Apgar trẻ sơ sinh với HGKT của mẹ và của trẻ sơ sinh

### Kiến nghị:

- Phát hiện và điều trị sớm bệnh giang mai ngay từ lần khám thai đầu tiên để phát hiện sớm và điều trị kịp thời tránh lây truyền mẹ con.

- Cần có nghiên cứu tiếp trẻ sơ sinh sau đẻ của bà mẹ có phản ứng huyết thanh dương tính định kỳ để tránh bỏ sót những trường hợp GMBS.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản trường Đại học Y Hà Nội (2008), "*Nhiễm khuẩn và thai nghén*", Trong: Bài giảng sản phụ khoa dùng cho sau đại học, tr 133-136.
2. Lê Thị Thanh Vân (2010), "*Giang mai và thai nghén*", Trong: Nhiễm khuẩn nguy hại trong thai nghén. Nhà xuất bản Y học, tr 33 – 39.
3. Lê Thị Vinh (2003), "*Xoắn khuẩn giang mai*", Trong: Vi sinh y học, Nhà xuất bản y học, tr 187 – 190.
4. Smita O , Gordon L(2008), Syphilis in pregnancy, *Cont Edu Anaesth Crit Care& Pain*, 8(6), pp.224-227.
5. Sheffield J., Sánchez P., Morris G., et al (2002). Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy, *Am J Obstet Gynecol*, 186, pp.569-573.
6. Stray - Pendersen B (1983), Economic evaluation of maternal screening to prevent congenital syphilis, *Sex Transm Dis*, 10(4), pp.167-72.
7. Taber L (1982), Evaluation and management of syphilis in pregnancy women and newborn infants, *Pediatr Inf Dis*, 285(6350), pp.1240-1.