



## VIÊM NỘI MẠC TỬ CUNG HẬU SẢN

**BS. Nguyễn Thị Ngọc Nhân**

*Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Mỹ Đức*

### ĐỊNH NGHĨA

Viêm nội mạc tử cung hậu sản (VNMTCHS) là nhiễm trùng lớp màng rụng (tức nội mạc tử cung trong thai kỳ). Nhiễm trùng có thể lan đến lớp cơ (gọi là viêm cơ nội mạc tử cung) hoặc đến các mô cận tử cung (gọi là viêm quanh tử cung). Đây là một nguyên nhân gây sốt hậu sản thường gặp. Ở đây chúng tôi xin bàn về viêm nội mạc tử cung (VNMTC) sau mổ lấy thai hoặc sau sinh ngã âm đạo.

### CHẨN ĐOÁN

#### Tiêu chuẩn chẩn đoán

Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu ở hầu hết phụ nữ bị VNMTC là sốt hậu sản, mạch nhanh song song với

hiệt độ, đau hạ vị vùng giữa bụng và sờ thấy tử cung mềm. Ở một số phụ nữ có thể gặp sản dịch có mùi, sốt ớn lạnh, đau đầu, cảm giác khó chịu hoặc có thể có cảm giác chán ăn.

**Sốt hậu sản:** Hội Liên hiệp Bảo vệ sức khỏe Thai phụ Hoa Kỳ (United States Joint Commission on Maternal Welfare) định nghĩa tình trạng sốt hậu sản được xác định khi nhiệt độ lấy theo đường miệng  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  vào bất cứ 2 ngày nào trong 10 ngày hậu sản đầu tiên, ngoại trừ 24 giờ đầu hậu sản. Sốt 24 giờ đầu hậu sản bị loại trừ do thường gặp tình trạng sốt nhẹ tự phát trong khoảng thời gian này, nhất là sau sinh ngã âm đạo.

**Cơ tử cung mềm, nhão:** thông thường, sau khi sinh, tử cung gò cứng, chắc thành một khối cầu tròn hơn so với trong thai kỳ. Trong 24 giờ sau sinh, đáy tử cung thường



ở ngang rốn; sau 1 tuần nằm ở giữa rốn và xương vệ; và sau 2 tuần không còn sờ được khi khám bụng; sau 6 đến 8 tuần hậu sản, kích thước trở về bình thường như trước khi mang thai. Quá trình này có thể thay đổi theo số lần sinh và phương pháp sinh (tử cung thường hơi to hơn ở người sinh nhiều lần và sau sinh mổ), có cho con bú hay không (tử cung hơi nhỏ hơn ở những phụ nữ có cho con bú). Nếu cơ tử cung mềm, nhão và tiến trình gò chậm, cần nghĩ đến khả năng có nhiễm trùng kèm theo.

**Sản dịch có mủ:** sau khi nhau đã bong ra, phần đáy màng ối vẫn còn bám lại. Phần màng ối này gồm 2 lớp: lớp bề mặt sẽ rụng đi và lớp ở dưới chịu trách nhiệm tái tạo lại lớp nội mạc mới cho toàn bộ buồng tử cung vào khoảng ngày 16 hậu sản. Khi lớp màng ối rụng bề mặt bong ra cùng với máu tạo nên sản dịch có màu đỏ (đỏ tươi hoặc đỏ sẫm) trong một vài ngày đầu sau sinh. Sau đó, sản dịch nhạt màu hơn (hồng-hơi nâu) trong khoảng 2 tuần đến 3 tuần. Cuối cùng, sản dịch có màu trắng-hơi vàng, gọi là sản dịch trắng. Khi sản dịch có mủ hoặc hôi, cần nghĩ đến VNMTCS.

**Số lượng bạch cầu thường tăng:** hiện tượng này cũng thường gặp ở phụ nữ sau sinh do tình trạng tăng bạch cầu sinh lý thứ phát trong thai kỳ và sau khi sinh. Công thức bạch cầu chuyển trái, số lượng neutrophil tăng lên thay vì giảm xuống là yếu tố gợi ý đang có tình trạng viêm nhiễm xảy ra.

Chẩn đoán VNMTCS chủ yếu dựa trên lâm sàng, chủ yếu nghĩ đến ở bệnh nhân có sốt hậu sản không thể giải thích bằng bất cứ nguyên nhân nào khác qua quá trình hỏi bệnh sử và thăm khám.

Nếu có một trong các triệu chứng lâm sàng kể trên, có thể nghĩ đến VNMTCS nhiều hơn. Tuy nhiên, các triệu chứng này không đặc hiệu. Đặc biệt, sau sinh mổ và đôi khi sau sinh ngã âm đạo thường gặp triệu chứng đau hạ vị và cơ tử cung mềm ở nhiều mức độ khác nhau dù không có nhiễm trùng kèm theo. Sản dịch ở bất cứ thai phụ nào cũng có thể đỏ-hơi vàng và không mùi.

Cần chú ý rằng không có triệu chứng đặc hiệu trên siêu âm để chẩn đoán VNMTCS.

Thời gian khởi phát dấu hiệu và triệu chứng VNMTCS phụ thuộc nhiều yếu tố, bao gồm: thời điểm nhiễm trùng (trước sinh, trong quá trình chuyển dạ / mổ lấy thai hoặc sau sinh) và tác nhân nhiễm khuẩn. Ví dụ, thường nghĩ đến Streptococcus nhóm A nếu bệnh nhân sốt cao, khởi phát sớm.

### Một số bệnh cảnh đặc biệt

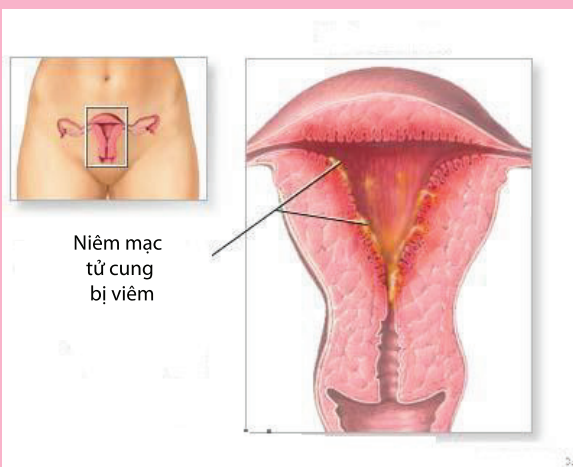
Mặc dù hiếm, nhưng Clostridia, Streptococci và Staphylococci có thể gây hội chứng shock nhiễm trùng và một số biến chứng nghiêm trọng (như viêm cơ hoại tử, viêm cân mạc hoại tử). Các bệnh cảnh theo từng tác nhân như sau:

- **Nhiễm Streptococcus nhóm A (ví dụ Streptococcus sinh mủ):** bệnh nhân thường sốt cao, khởi phát sớm. Sốt cao thường kèm với tụt huyết áp và ảnh hưởng đến ít nhất 2 hệ cơ quan khác (như suy thận, suy gan, suy hô hấp; bệnh lý đông máu; hoại tử mô mềm; ban dát đỏ kèm tróc vảy) gợi ý tình trạng shock nhiễm trùng. Trong trường hợp hoại tử cơ, cơ tử cung mềm và không tương lực vì bị giảm phân bố thần kinh.

- **Hội chứng shock nhiễm độc do Staphylococcus:** cũng biểu hiện bằng sốt  $>38,9^{\circ}\text{C}$ , tụt huyết áp, đỏ da toàn thân, tróc vảy (trừ khi bệnh nhân tử vong trước khi có hiện tượng tróc vảy da), và có thể ảnh hưởng đến ít nhất 3 hệ cơ quan. Bệnh cảnh có thể khởi phát sớm (trong vòng 24 giờ sau sinh) và khó phân biệt với hội chứng shock nhiễm độc do Streptococcus nhóm A.
- **Clostridium sordelli:** cũng gây ra hội chứng đặc biệt giống shock nhiễm độc và có thể gây tử vong. Trong một báo cáo cho thấy các bệnh nhân bị nhiễm tác nhân này có tình trạng shock khởi phát trên lâm sàng trong vòng 1 tuần sau sinh: tụt huyết áp tiến triển, khó điều trị kèm với phù toàn thân, tăng đông và phản ứng bạch cầu rõ rệt (tổng tế bào neutrophil  $66.000-936.000/\text{mm}^3$ ), không có hồng ban, không sốt, không hoặc hoại tử cơ hạn chế, và nhất là gây tử vong nhanh. Clostridium perfringens cũng được tìm thấy trong VNMTCS hoại tử và hội chứng shock nhiễm độc gây tử vong sau phá thai nội khoa.

### Chẩn đoán phân biệt

Ở những phụ nữ có sốt hậu sản nhưng tử cung gò khá hoặc không có hoặc ít dịch âm đạo có mủ, nên hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng kỹ để tìm kiếm các nguồn nhiễm trùng khác. Các xét nghiệm hoặc khảo sát hình ảnh học có thể làm rõ thêm chẩn đoán:



- Nhiễm trùng vết mổ (vết mổ lấy thai, vết cắt tầng sinh môn, vết rách tầng sinh môn).
- Viêm hoặc abscess vú.
- Viêm đài bể thận.
- Biến chứng gây mê, như viêm phổi hít.
- Huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc phổi.
- Các rối loạn không liên quan thai kỳ như viêm ruột thừa hoặc hội chứng nhiễm siêu vi.
- Viêm đại tràng giả mạc do Clostridium difficile. Bệnh cảnh này hiếm, nhưng rất trầm trọng, nên nghĩ đến ở những phụ nữ có sốt nhẹ kèm đau bụng, có các triệu chứng dạ dày ruột và mới sử dụng kháng sinh gần đây.

### Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của VNMTCS là sau mổ lấy thai, nhất là mổ lấy thai sau khi đã vào chuyển dạ. Nếu có dùng kháng sinh dự phòng trước mổ, tỉ lệ VNMTCS là 11% khi mổ lấy thai sau lúc đã vào chuyển dạ và 1,7% ở những người mổ lấy thai chủ động (nếu không có kháng sinh dự phòng, nguy cơ lần lượt là 28% và 3,5%). Tỉ lệ VNMTCS sau sinh ngã âm đạo là dưới 3%.

Viêm âm đạo do vi khuẩn là một yếu tố quan trọng trong bệnh sinh VNMTCS sau mổ lấy thai. Trong một phân tích đa biến, sau khi đã điều chỉnh các yếu tố khác bao gồm thời gian chuyển dạ, thời gian ối vỡ và tuổi mẹ, người ta nhận thấy viêm âm đạo do vi khuẩn làm tăng tỉ lệ VNMTCS sau mổ lấy thai có ý nghĩa thống kê (OR=5,8; 95% CI 3,0-10,9). Người ta giải thích có thể do phụ nữ viêm âm đạo thường dễ bị nhiễm trùng tiểu trên, điều này có thể liên quan đến tỉ lệ cao các vi khuẩn kỵ khí và vi khuẩn kỵ khí tùy nghi ở các bệnh nhân này.

VNMTCS cũng có thể liên quan đến viêm màng ối, nhưng chỉ có thể chẩn đoán sau khi bệnh nhân đã sinh.

Các yếu tố nguy cơ khác của VNMTCS bao gồm (Bảng 1):

Bảng 1

Liên quan nhân viên y tế	Liên quan cơ địa mẹ	Liên quan thai kỳ
Khám cổ tử cung nhiều lần	Tình trạng kinh tế xã hội thấp	Chuyển dạ kéo dài
Đặt monitor trong tử cung theo dõi thai	Mẹ có đái tháo đường thai kỳ hoặc thiếu máu nặng	Vỡ ối kéo dài
Bóc nhau bằng tay	Nhiễm HIV	Sinh non
Sinh giúp	Nhiễm Streptococcus nhóm B	Thai quá ngày
	Người lành có vi khuẩn Staphylococcus aureus ở mũi	Nhiều phân su trong nước ối
	Phân lập tỉ lệ lớn Streptococcus agalactiae hoặc Escherichia coli	

### Xác định tác nhân vi khuẩn

Với những trường hợp VNMTCT chưa biến chứng, việc xác định tác nhân nhiễm khuẩn thường không quan trọng vì điều trị kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm thường đã có hiệu quả.

Cấy vi khuẩn từ tế bào NMTC: phương pháp này không được làm thường qui vì khó có thể phân lập được tế bào từ NMTC mà không bị nhiễm vi khuẩn ở cổ tử cung. Hơn nữa, kết quả cấy thường có rất trễ và lại hiếm khi làm thay đổi điều trị. Vì vậy, thực hiện cấy thường qui ở những phụ nữ sốt hậu sản không hiệu quả về mặt kinh tế.

Tìm vi khuẩn ở cổ tử cung: nên xét nghiệm tìm Gonorrhoea và Chlamydia nếu chưa kiểm tra trước đây, hoặc nếu đã từng có lần xét nghiệm dương tính, hay với bệnh nhân có nguy cơ cao mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Cấy máu: đến nay, chưa có đồng thuận nào thống nhất có nên cấy máu thường qui hay không, mặc dù 5-20% các trường hợp có nhiễm trùng huyết. Việc cấy máu cũng khá tốn kém, bên cạnh đó việc điều trị kháng sinh cũng phải bắt đầu từ trước khi có kết quả và kết quả luôn luôn làm thay đổi phác đồ kháng sinh kinh

nghiệm ban đầu. Vì những lý do này, một số ý kiến cho rằng không nên cấy máu thường qui ở tất cả các phụ nữ bị VNMTCT. Tuy nhiên, nên cấy máu ở những bệnh nhân thất bại với điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm ban đầu, ở bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch, hoặc nếu bệnh nhân đang bị nhiễm trùng toàn thân.

Một điểm đặc biệt trong VNMTCT là mặc dù nhiễm nhiều loại vi khuẩn khác nhau nhưng khi cấy lại thường chỉ xác định được một loại vi khuẩn duy nhất.

### ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị là giảm bớt triệu chứng và phòng ngừa biến chứng như viêm phúc mạc, viêm vòi trứng, viêm phần phụ, abscess vùng chậu và viêm tắc tĩnh mạch nhiễm khuẩn vùng chậu. Các phương pháp điều trị tương tự nhau dù sinh thường hay sinh mổ.

### Tiếp cận ban đầu

Lựa chọn kháng sinh: nên dùng kháng sinh phổ rộng bao gồm cả các vi khuẩn hiếu khí tiết beta-lactamase. Có thể dùng kháng sinh đường uống ở những phụ nữ bị VNMTCT nhẹ được chẩn đoán sau khi xuất viện, nhất là sau sinh ngã âm đạo.

Clindamycin (900mg tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ) kèm gentamicin là phác đồ thường được sử dụng và hiệu quả nhất, có thể điều trị được đến 90-97% các trường hợp. Đối với các bệnh nhân có chức năng thận bình thường, gentamicin liều cao cách khoảng (5 mg/kg mỗi 24 giờ) tiện lợi, kinh tế hơn mà cũng hiệu quả và an toàn tương đương với liều 3 lần mỗi ngày (1,5 mg/kg tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ). Với những bệnh nhân có suy giảm chức năng thận, có thể thay thế gentamicin bằng ampicillin-sulbactam (1,5g mỗi 6 giờ) hoặc clindamycin và một cephalosporin thế hệ 2.

Thời gian sử dụng kháng sinh: nên sử dụng kháng sinh cho đến khi các triệu chứng lâm sàng cải thiện (tử cung gò khá hơn) và không sốt trong ít nhất 24 giờ. Không cần dùng thêm kháng sinh đường uống sau khi ngưng kháng sinh đường toàn thân vì các thử nghiệm lâm sàng cho thấy nó cũng không giúp cải thiện kết cục. Tuy nhiên, nếu kết quả cấy máu dương tính, nên sử dụng thêm kháng sinh đường uống sau khi đã ngưng kháng sinh đường toàn thân để hoàn tất 7 ngày của liệu pháp kháng sinh.

Sốt hậu sản không đáp ứng điều trị: nếu đáp ứng tốt với kháng sinh, triệu chứng lâm sàng sẽ cải thiện rõ rệt trong vòng 48-72 giờ. Nếu triệu chứng lâm sàng không cải thiện hoặc thậm chí xấu đi, cần đánh giá thêm các cơ quan khác và nghĩ đến các khả năng sau:

- Kháng thuốc: khoảng 20% các trường hợp thất bại điều trị là do vi khuẩn kháng thuốc, như enterococci kháng

với cephalosporin hoặc clindamycin + gentamicin. Nếu có kết quả cấy máu, nên dựa vào đó để quyết định loại kháng sinh thay đổi. Khi không có kết quả cấy máu, có thể thêm ampicillin hoặc penicillin vào phác đồ. Với những bệnh nhân dị ứng penicillin, có thể sử dụng vancomycin. Một cách khác là ngưng phác đồ ban đầu, thay thế bằng ampicillin kèm sulbactam (Ví dụ Unasyn®). Phác đồ này được báo cáo có hiệu quả tương đương clindamycin + gentamicin, và là phác đồ đầu tay của một số bệnh viện.

- Nồng độ thuốc hiệu quả: với những bệnh nhân tiêm gentamicin 3 lần/ngày, nồng độ thuốc trong máu có thể không đạt đủ nồng độ điều trị hiệu quả, do đó cần thay đổi liều lượng.
- Ngoài ra nên tìm thêm các nguyên nhân gây sốt kéo dài khác như tụ máu nhiễm khuẩn, viêm mô tế bào hoặc abscess vùng chậu, nhiễm trùng vết mổ, viêm tắc tĩnh mạch chậu nhiễm khuẩn, huyết khối tĩnh mạch buồng trứng và hoại tử cơ.
- Cuối cùng, nên siêu âm để loại trừ trường hợp sót nhau sau sinh gây nhiễm khuẩn. Với trường hợp này, cần nạo lòng tử cung lấy mô hoại tử để giải quyết tình trạng nhiễm trùng. Điều quan trọng là không được nạo quá mạnh tay vì có thể gây thủng tử cung, gây viêm dính và nhiễm khuẩn sau đó (ví dụ hội chứng Asherman). Do đó, người ta thường dùng phương pháp hút nạo hơn là nạo bằng thìa.
- Sốt do thuốc: trong trường hợp bệnh nhân chỉ có sốt mà không có bất cứ dấu hiệu lâm sàng hoặc cận lâm sàng nào khác và mạch không tăng song song với nhiệt độ, nên nghĩ đến khả năng sốt do thuốc. Sốt do thuốc được định nghĩa là “sốt cùng lúc bắt đầu sử dụng thuốc, kết thúc sau khi ngưng sử dụng thuốc và không tìm được bất cứ nguyên nhân gây sốt nào khác sau khi thăm khám kỹ trên lâm sàng và thực hiện đầy đủ các xét nghiệm cận lâm sàng”.



## PHÒNG NGỪA VIÊM NỘI MẠC TỬ CUNG HẬU PHẪU MỔ LẤY THAI

Kháng sinh dự phòng trước mổ: một liều kháng sinh dự phòng duy nhất trước khi rạch da giúp giảm tỉ lệ VNMTTC hậu phẫu ở cả mổ lấy thai cấp cứu hay chủ động.

Trong trường hợp sinh ngã âm đạo, do tỉ lệ VNMTTC thấp (dưới 3%) nên không cần dùng kháng sinh dự phòng thường qui trước sinh. Với các phụ nữ nguy cơ cao, có ít dữ liệu từ các nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng đánh giá hiệu quả kháng sinh dự phòng nhằm ngăn ngừa VNMTTC.

Ở những phụ nữ có viêm âm đạo do vi khuẩn: có thể giảm nguy cơ VNMTCHS nếu kiểm tra và điều trị viêm âm đạo do vi khuẩn trong những tháng cuối thai kỳ.

Sổ nhau tự nhiên: ở các phụ nữ sinh mổ, 4 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng với khoảng 200 bệnh nhân cho thấy sổ nhau tự nhiên giúp giảm tỉ lệ VNMTCHS có ý nghĩa thống kê so với bóc nhau bằng tay.

Sát khuẩn tại chỗ: rửa buồng tử cung bằng kháng sinh cũng hiệu quả tương đương như kháng sinh truyền tĩnh mạch, có thể do quá trình hấp thu thuốc vào hệ tuần hoàn. Tuy nhiên, hiện nay biện pháp này không còn được ưu tiên sử dụng do không lợi ích hơn kháng sinh truyền tĩnh mạch nhưng có thể có nhiều bất lợi, ví dụ mức độ hấp thu hay thay đổi và khó xác định.

Rửa âm đạo bằng chlorhexidine trong lúc sinh: cũng được dùng để ngăn ngừa nhiễm khuẩn NMTC, nhưng theo một phân tích gộp từ 3 thử nghiệm lâm sàng lại cho thấy không làm giảm có ý nghĩa tỉ lệ VNMTCHS (RR=0,83; 95% CI 0,61-1,13).

Rửa âm đạo bằng dung dịch povidone-iodine trước khi sinh mổ cũng là biện pháp ngăn ngừa VNMTCHS.

Các dữ liệu hiện nay chưa đủ để đi đến kết luận cuối cùng; một nghiên cứu cho thấy không làm giảm tỉ lệ VNMTCHS, trong khi một nghiên cứu khác lại cho thấy giảm tỉ lệ VNMTTC có ý nghĩa, nhưng không hiệu quả đối với sốt hậu sản và nhiễm trùng vết mổ.

## KẾT LUẬN

VNMTCHS là một bệnh lý gây sốt thường gặp. Chẩn đoán VNMTCHS chủ yếu dựa trên lâm sàng với các triệu chứng chính là sốt hậu sản và cơ tử cung mềm, nhão. Ngoài ra, có thể có thêm các triệu chứng khác như sản dịch có mủ, hôi, cảm giác ớn lạnh và đau hạ vị vùng giữa bụng. Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của VNMTCHS là mổ lấy thai. Mục tiêu điều trị nhằm giảm nhẹ triệu chứng và ngăn ngừa biến chứng. Về lựa chọn kháng sinh, nên sử dụng kháng sinh phổ rộng bao gồm cả các vi khuẩn hiếu khí sản xuất beta lactamase trước khi có kết quả cấy máu. Clindamycin (900mg tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ) kèm gentamicin (5 mg/kg mỗi 24 giờ với bệnh nhân có chức năng thận bình thường) là phác đồ thường được sử dụng và hiệu quả nhất, có thể điều trị được đến 90-97% các trường hợp. Nên sử dụng kháng sinh cho đến khi các triệu chứng lâm sàng cải thiện và không sốt trong ít nhất 24 giờ. Nếu đáp ứng tốt với kháng sinh, triệu chứng lâm sàng sẽ cải thiện rõ rệt trong vòng 48-72 giờ. Nếu các triệu chứng lâm sàng không cải thiện, nên nghĩ đến khả năng kháng thuốc, đánh giá lại liều lượng thuốc và tìm các nguyên nhân gây sốt kéo dài khác. Ngoài ra, ở các bệnh nhân mổ lấy thai nên sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ và nên để sổ nhau tự nhiên nhằm giảm thiểu nguy cơ VNMTTC sau sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Katherrine T Chen (2013). Postpartum endometritis: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). Accessed 19/01/2014.
2. Negishi H, Kishida T, Yamada H et al. (1999). Changes in uterine size after vaginal delivery and cesarean section determined by vaginal sonography in the puerperium. Arch Gynecol Obstet; 263:13.
3. Sherman D, Lurie S, Frenkel E et al. (1999). Characteristics of normal lochia. Am J Perinatol; 16:399.