

VIÊM NMTC SAU SINH

BS.CKI. LÊ ANH THƯ

1

BỆNH ÁN

I. HÀNH CHÁNH

- Họ và tên: Lê T Cẩm T, 27t, PARA: 0000
- ĐC: 12/06, QL 60, KP4, P10, MTho, Tiền Giang
- Ngày vào viện: 10h15ph 10/07/2013
- Lý do NV: Con so-thai 39 tuần 5 ngày-ngôi đầu- báo cd.

II. TIỀN SỬ

- Nội khoa, ngoại khoa: không phát hiện bất thường
- Sản khoa: PARA: 0000

2

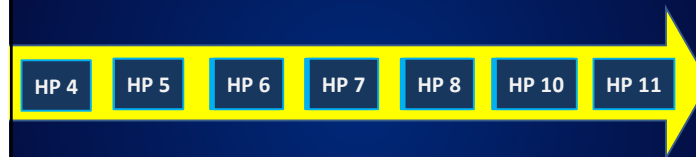
BỆNH ÁN

III. BỆNH SỬ

- KC: 05/10/12 → DS: 12/07/13 → thai 39 tuần 5 ngày
- 21h20ph 12/07/13 → chuyển xuống PS
- **2h30ph, 13/07/13 MLT** vì con to – cơn gò cường tính, trong lúc mổ, đờ TC không đáp ứng với thuốc gò TC
→ **may ép TC** → **thắt ĐMTC 2 bên, thắt ĐMHV 2 bên, máu mất 1000ml** → truyền 3 đv HCL
- BN được chuyển xuống khoa HP lúc 18h30 13/07/13

3

BỆNH ÁN



4

BỆNH ÁN

	Lâm sàng	CLS	Điều trị
Tại HP 18h30 13/07 → 15/07	Sinh hiệu ổn, bụng mềm, VM khô, TC gò khá, SD sậm		Cefotaxim 2g/ngày Gò TC
16/07 HP N4 20g30 16/07	Sinh hiệu ổn, bụng phình nhẹ, VM khô, TC gò vừa, CTC > 1 cm, SD sậm T: 39°C	BC: 17.55X 10⁹/l (N: 88%) CRP: 124.3mg/l	Thêm Metronidazol 2g/ngày



5

BỆNH ÁN

	Lâm sàng	CLS	Điều trị
17/07/13 N5	SP tĩnh, niêm hồng HA: 11/7cmHg, M: 86l/ph, T: 38.5°C NT 20l/ph T + P: bt Bụng mềm, VM khô, TC co hồi vừa CTC 1cm SD đục hồi	SA :ĐKTS 70mm, lòng TC có dạng Echo dày sáng 15mm, lòng TC ở đoạn eo ăn ra thành trước có khối Echo kém đk: 45X18mm , phía trước đoạn eo TC có vùng Echo kém d=30X97X38mm , được ruột bao bọc.	Đổi KS: -Tazocin -Metronidazol - Amikacin Gò TC Nạo KT BTC: →nhiều mô vụn + dịch đục + huyết cục → đặt DL Pezzer lần 1



6

BỆNH ÁN

	Lâm sàng	CLS	Điều trị
17/07/13 N5	Δ:HP MLT N5, viêm NMTC, nhiễm trùng VM cơ TC	KL: ú dịch nhiễm trùng lòng TC, TD abcess tồn lưu phía trước đoạn eo TC có ăn thông với lòng TC qua VM, bụng có dịch lượng ít HC (T)	



7

BỆNH ÁN

	Lâm sàng	CLS	Điều trị
18/07/13 N6	SP tĩnh, T: 37°C Bụng mềm, VM khô TC gò khá DL A Đ ra ít huyết sậm	BC: 15.23 10⁹/l ↓ (84.5%) Hb: 9.7g/dl Hct: 29.1% CRP: 114.6 mg/l ↓ CN gan, thận : bt Alb: 23.6g/l Procalcitonin: âm	Bù đạm



8

BỆNH ÁN

	Lâm sàng	CLS	Điều trị
19/07/13 N7	Tổng trạng khá, bụng mềm, không đau TC gò # 14ws DL AD: SD sậm hồi	BC: 11.3 10⁹/l (76%) ↓ Hb: 8.6g/l, hct: 25.6% CRP: 94.1 mg/l ↓ SA: Lòng TC có dạng Echo dày sáng. khối tụ dịch phía trước đoạn eo TC d = 33 x 27 x 60mm, khối này có quai ruột bám vào	Lau BTC lần 2



9

BỆNH ÁN

	Lâm sàng	CLS	Điều trị
20/07/13 N8	SP tĩnh, bụng mềm VM khô TC gò khá SD đục hồi	BC: 11.1 10 ⁹ /l (83%) Hb: 8.6g/l, hct: 25.6% C RP: 70.7 mg/l	
22/07/13 N10	SP tĩnh, bụng mềm, VM khô TC gò khá SD lộn cợn	BC: 14.22 10⁹/l ↑ (76.2%) Hb: 9g/l, hct: 27.2% CRP: 35.6 mg/l SA: khối echo hỗn hợp ở phía trước VM 15 x 15 x 45 mm ↓↓	Lau BTC lần 3 → ra nhiều mô vụn bờ, hồi ít, đặt lại sonde Pezzer lần 2



10

BỆNH ÁN

	Lâm sàng	CLS	Điều trị
23/07/13 N11	Tổng trạng khá, bụng mềm, không đau TC gò khá SD lộn cợn	BC: 15.9109/l (84.4%) ↑ Hb: 9.07g/l, hct: 27.1% CRP: 29.2 mg/l KSĐ: E.Coli (Ami, Aug, Cefta, Cefepim, Imipenam, Netilmycin, Tobra, Ticar, Tazo)	Đổi KS: Tavanic Tienam (sau 6 ngày sd Tazocin, Amikacin, Metronidazol)



11

BỆNH ÁN

	Lâm sàng	CLS	Điều trị
25/07/13 N13	Tổng trạng khá, bụng mềm, không đau TC gò khá AD: còn sản dịch lộn cợn	BC: 12,10 10⁹/l ↓ (N:77%) Hb: 10g/l, hct: 31.5% CRP: 17.5 mg/l	Lau BTC lần 4: Sd đục ít không hồi
29/07/13 HP16	SP tĩnh, bụng mềm, VM khô, TC # 10ws CTC hở ngoài, A Đ không ra dịch	BC: 7.97109/l ↓↓ (70.8%) Hb: 9.5g/l, hct: 29.4% CRP: 7.5 mg/l ↓↓	Xuất Viện



12

VIÊM NMTC SAU SINH

- I. ĐẠI CƯƠNG
- II. BỆNH SINH VÀ VI TRÙNG HỌC
- III. YẾU TỐ NGUY CƠ
- IV. LÂM SÀNG
- V. CẬN LÂM SÀNG
- VI. DIỄN TIẾN
- VII. ĐIỀU TRỊ

13

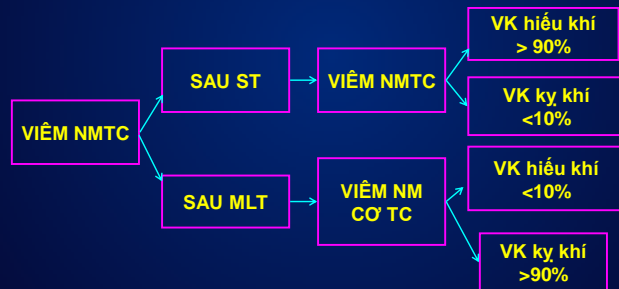
ĐẠI CƯƠNG

- Viêm NMTC sau sinh có liên quan đến NT màng rụng (viêm NMTC thai kỳ). NT có thể lan đến cơ TC (viêm NM - cơ TC) hoặc liên quan đến chu cung (viêm chu cung)
- Viêm NMTC là NN thường gặp của sốt sau sinh.

14

BỆNH SINH VÀ VI TRÙNG HỌC

- Trong chuyển dạ, VK từ Âm Đạo, cổ TC xâm nhập vào lòng TC.



15

BỆNH SINH VÀ VI TRÙNG HỌC

Tại sao lại có sự khác biệt này?

- Bên dưới lớp màng rụng hoại tử là lớp NM khỏe mạnh, hiệu điện thế oxy hóa khử sẽ loại bỏ VK kỵ khí
- Viêm NMTC thường xảy ra trong trường hợp:
 - Sốt nhau
 - Chấn thương SK và rách CTC làm chảy máu → tạo ĐK cho VK kỵ khí phát triển.
 - Trong MLT, lớp cơ bản NMTC bị phá vỡ, mô hoại tử và những khối máu tụ nhỏ tạo ĐK cho VK kỵ khí phát triển

16

BỆNH SINH VÀ VI TRÙNG HỌC

- Theo Up to date (7/2013)
 - 55 TH viêm NMTC sau sinh:
 - 70% có > 1 loại VT
 - 60% VK gr (-) và VK gr (+)
 - 40% VK kỵ khí
 - 30% Mycoplasma

17

BỆNH SINH VÀ VI TRÙNG HỌC

BV Từ Dũ (77 TH 2013 -2014)

• E.coli	28.57%	• Nhiễm 2 VK	7.8%
• Strepto β	5.19%	E.Coli + Strepto γ	1.3%
• Strepto α	6.49%	Strepto γ + S.epi	1.3%
• Strepto γ	2.6%	E.Coli + Proteus	1.3%
• S.Aureus	5.19%	Kleb + Entero	1.3%
• S.Epidermidis	18.18%	Kleb + E.Coli	1.3%
• Klebsiella	5.19%	Streptoα +S.Aureus	1.3%
• Enterobacter	3.9%		

18

BỆNH SINH VÀ VI TRÙNG HỌC

NHỮNG KS NHẠY VỚI VK:

- **E.Coli:** Amikacin, Imipenam (95%), Tazocin (90.9%), Ticarcillin (86.4%) Augmentin (72.7%), Ciprofloxacin – Levofloxacin - Ofloxacin (59%),,
- **Strepto α:** Vanco (100%), Amikacin, Cipro-Levo-Oflo, Imipenam, Ticarcillin, Tazocin (60%)
- **Strepto β:** Amikacin, Cipro-Levo-Oflo, Imipenam (100%), Aug, Cefepim, Cefaclor, Vanco (75%), Ceftazidime, Cefuroxim, Ceftriaxon, Ticarcillin, Tazocin (50%)

19

BỆNH SINH VÀ VI TRÙNG HỌC

NHỮNG KS NHẠY VỚI VK:

- **Strepto γ:** Amikacin, Ampicillin, Cefepime (100%) Ciprofloxacin, Cefaclor, Cefuroxim, Imipenam, Levofloxacin, Meropenem, Netilmycin, Ofloxacin, Penicillin, Ticarcillin, Tazocin, Vancomycin, Oxacillin (50%)
- **S.Aureus:** Vanco (100%), Amikacin, Aug, Imipenam, Ticar, Tazo, Oxa (75%)
- **S.Epi:** Ami, Ticar, Tazo, Vanco (93%), Oxa (86%), Aug (78.6%), Imipenam (71%)

20

BỆNH SINH VÀ VI TRÙNG HỌC

NHỮNG KS NHẠY VỚI VK:

- **Klebsiella Pneumonia:** Amik, Imi, Ticar, Tazo (100%)
- **Enterobacter:** Aug, Ticar, Tazo (100%), Ami, Cefepim, Meropenam, Netilmycin.

21

YẾU TỐ NGUY CƠ

MLT là yếu tố nguy cơ quan trọng của viêm NMTC

- **MLT chủ động:** 1,7% (KSDP+), 3,5% (KSDP -)
- **MLT sau CD :** 11% (KSDP +), 28% (KSDP -)
(theo Up to Date 7/2013)

Yếu tố khác:

- **Me:** CD kéo dài, TC, ĐK KT thấp, ĐT Đ, thiếu máu nặng, , nhiễm HIV, VK thường trú ở AD là Streptococcus nhóm A

22

YẾU TỐ NGUY CƠ

- **CON:** ối vỡ lâu, nhiều phân su trong nước ối, sanh non, thai quá ngày
- **KỸ THUẬT:** Khám CTC nhiều lần, bóc nhau bằng tay, đo TT bên trong TC, kỹ thuật mổ lấy thai

23

LÂM SÀNG

- **SỐT:** $T^{\circ} \geq 38^{\circ}C$ (t^o lấy ở miệng) bất cứ lúc nào từ ngày thứ 2 đến ngày 10 sau sanh, loại trừ 24 giờ đầu tiên và cần loại trừ sốt do NN khác
- **Đau bụng dưới**
- **TC gò kém**
- **SD đục, có mùi hôi**
- Viêm NMTC với HC shock nhiễm độc: bệnh thường khởi phát sớm với sốt cao và triệu chứng nhiễm trùng, nhiễm độc (hạ HA, ảnh hưởng nhiều cơ quan)... thường do: **streptococcus nhóm A, Staphylococcus, Clostridium sordelli.**

24

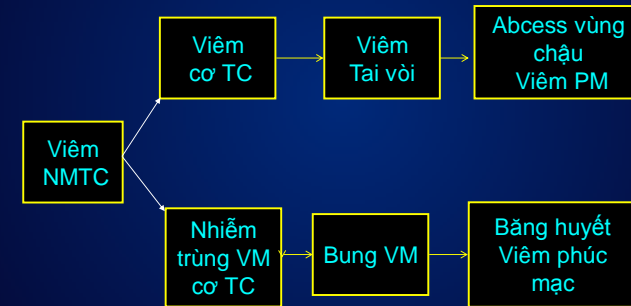
CẬN LÂM SÀNG

- **CTM:**
BC thường tăng sau sinh thường và sau MLT
Chú ý: BC chuyển trái, BC vẫn còn tăng sau MLT 72 giờ
- **SIÊU ÂM:** thường không đặt hiệu, giúp phát hiện sót nhau, abscess vùng chậu, hematoma
- **CẤY SẮN DỊCH:** thường KQ có trễ và ít làm thay đổi điều trị
- **CẤY MÁU:** đặt tiền, sử dụng khi:
 - Thất bại điều trị.
 - BN suy giảm MD
 - Nghi ngờ bị nhiễm trùng huyết

25

DIỄN TIẾN

- Nếu không được điều trị tốt:



26

ĐIỀU TRỊ

- Kháng sinh
- Gò tử cung
- Nạo kiểm tra BTC

27

ĐIỀU TRỊ

KHÁNG SINH:

- Theo Up to Date: (7/3013)
Clindamycin 900mg truyền TM / 8 giờ
và Gentamycin 5mg/kg/24 giờ
- TH suy thận có thể dùng
Clindamycin + Ampicillin – Sulbactam
hoặc Clindamycin + Cefalosporin II
Phối hợp với Metronidazol để điều trị VK kỵ khí

28

ĐIỀU TRỊ

KHÁNG SINH

- Tại khoa hậu phẫu BV Từ Dũ
Augmentil + metronidazol
Tazocin + Metronidazol
Theo KS Đ có thể dùng Tavanic, Imipenam

29

ĐIỀU TRỊ

NẠO BTC:

- Giúp lấy mô nhau (TH sót nhau) và mô hoại tử.

ĐẶT DẪN LƯU:

- Nếu ứ SD → đặt DL từ BTC ra AD bằng sonde Pezzer

30



D1 3



31

XIN CẢM ƠN !



32