NHIỄM TRÙNG ỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng ối (intra-amniotic infection - IAI) được xác định khi có nhiễm trùng một trong các yếu tố: dịch ối, thai, dây rốn, bánh nhau, màng ối và màng đệm.

II. NGUYÊN NHÂN - YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Nguyên nhân

Thường do đa vi khuẩn gây ra bao gồm cả vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí, thường do hệ vi khuẩn âm đạo và đường sinh dục dưới đi lên buồng ối. Nhiễm trùng ối cũng có thể gặp khi thực hiện các thủ thuật xâm lấn (chọc ối hoặc sinh thiết gai nhau, nội soi bào thai) hoặc nhiễm thứ phát từ đường máu khi sản phụ bị nhiễm trùng hệ thống (thường do *Listeria monocytogenes*).

Các tác nhân thường gặp: *Ureaplasma urealyticum,* các vi khuẩn kỵ khí Gram âm*, Mycoplasma hominis, Bacteroids bivius, Gardnerella vaginalis,* Liên cầu khuẩn nhóm B (GBS)...

2.2. Yếu tố nguy cơ

- Ối vỡ non
- Chuyển dạ kéo dài, ối vỡ lâu, con so
- Sử dụng đầu dò đo tim thai trong tử cung
- Các trường hợp ối vỡ được thăm khám âm đạo nhiều, nhiễm phân su trong nước ối
- Hở eo tử cung
- Nhiễm trùng đường sinh dục như GBS, bệnh lây qua đường tình dục
- Hút thuốc lá, uống rượu
- Tiền căn nhiễm trùng ối

III. CHẨN ĐOÁN

Mẹ sốt đơn thuần	Nhiệt độ mẹ sốt từ 38^0C - $38,9^0$C không có nguyên nhân khác, tình trạng sốt có thể kéo dài hoặc không.
Nghi ngờ nhiễm trùng ối	Sốt không có nguyên nhân cụ thể, kết hợp 1 hoặc các yếu tố sau: 1. Tim thai cơ bản > 160 lần/phút trong ≥ 10 phút 2. Bạch cầu máu mẹ > 15.000/mm^3, không điều trị Corticosteroids, công thức bạch cầu chuyển trái (Trường hợp dùng Corticosteroids liều cao có thể xét nghiệm lại 48 giờ sau liều cuối cùng) 3. Dịch đục chảy ra từ lỗ ngoài cổ tử cung qua đặt mỏ vịt
Xác định nhiễm trùng ối	Dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng ối kết hợp với 1 hoặc nhiều kết quả xét nghiệm dịch ối sau: 1. Nhuộm Gram dịch ối có vi khuẩn 2. Giảm nồng độ glucose ≤ 14 mg/dL 3. Tăng bạch cầu dịch ối > 30 tế bào/mm^3 (không lẫn máu)

	4. Cấy dịch ối có vi khuẩn 5. Bằng chứng mô bệnh học nhiễm trùng và/hoặc viêm của: nhau, màng thai hoặc mạch máu dây rốn

- Lưu ý: Trong thực hành lâm sàng, chẩn đoán nhiễm trùng ối chủ yếu dựa trên lâm sàng để từ đó xử trí tích cực, tiêu chuẩn chọc ối/giải phẫu bệnh chỉ có giá trị nghiên cứu và không giúp cải thiện xử trí trong và sau sinh.

IV. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc

- Cần sử dụng kháng sinh khi chẩn đoán mẹ sốt đơn thuần trong quá trình chuyển dạ và không tìm được nguyên nhân khác gây sốt (xem phác đồ "Liên cầu khuẩn nhóm B và thai kỳ").

- Điều trị kháng sinh ngay khi có chẩn đoán nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng ối với 3 nguyên tắc:

+ Kháng sinh phổ rộng và sử dụng đường tĩnh mạch là chỉ định ngay khi có chẩn đoán.

+ Kháng sinh phải có hoạt tính với GBS và E. Coli.

+ Điều trị ngay trong quá trình mang thai không chờ sau sinh.

- Chấm dứt thai kỳ khi chẩn đoán nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng ối, ưu tiên sinh ngả âm đạo.

- Khởi phát chuyển dạ hoặc can thiệp phù hợp để rút ngắn thời chuyển dạ (thời gian từ lúc chẩn đoán nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng ối đến lúc sinh không kéo dài quá 12 giờ).

- Mổ lấy thai chỉ khi có chỉ định sản khoa.

- Mổ lấy thai làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vết thương, viêm nội mạc tử cung, huyết khối mạch máu…

- Duy trì kháng sinh sau sinh/sau mổ đến khi sản phụ hết sốt ít nhất 24 giờ.

- Xác định tình trạng nhiễm trùng lan rộng bao gồm: nhiễm trùng vùng chậu, nhiễm trùng huyết hay toàn thân... Khi có tình trạng nhiễm trùng lan rộng, cần điều trị tích cực phù hợp theo mức độ nhiễm trùng.

4.2. Kháng sinh

- Lựa chọn 1

Chọn một trong các kháng sinh sau đây:

+ Ampicillin 2 g tiêm tĩnh mạch (TM) mỗi 6 giờ + Gentamicin 5 mg/kg truyền TM mỗi 24 giờ (sau mổ lấy thai, thêm Clindamycin 900 mg hoặc Metronidazole 500 mg truyền TM mỗi 8 giờ), hoặc

+ Ampicillin - sulbactam 3 g tiêm TM mỗi 6 giờ, hoặc

+ Cefoxitin 2 g tiêm TM mỗi 8 giờ, hoặc

+ Cefotetan 2 g tiêm TM mỗi 12 giờ, hoặc

+ Mezlocillin 4 g tiêm TM mỗi 6 giờ.

- Lựa chọn 2: Nếu dị ứng nhẹ với Penicillin:

Cefazolin 2 g tiêm TM mỗi 8 giờ + Gentamicin 5 mg/kg truyền TM mỗi 24 giờ (sau mổ lấy thai, thêm Clindamycin 900 mg hoặc Metronidazole 500 mg truyền TM mỗi 8 giờ).

- Lựa chọn 3: Nếu dị ứng nặng với Penicillin:

Clindamycin 900 mg truyền TM mỗi 8 giờ hoặc Vancomycin 1 g truyền TM mỗi 12 giờ

và Gentamicin truyền TM 5 mg/kg truyền TM mỗi 24 giờ.

Lưu ý: Vancomycin chỉ nên sử dụng trong trường hợp:

+ Người bệnh bị nhiễm GBS và đề kháng với Clindamycin hoặc Erythromycin, hoặc

+ Người bệnh nhiễm GBS và không có kết quả kháng sinh đồ.

- Nếu không đáp ứng với những kháng sinh trên:

+ Piperacillin-Tazobactam 4,5 g truyền TM mỗi 8 giờ, hoặc

+ Ertapenem 1 g truyền TM mỗi 24 giờ.

4.3. Thuốc hạ sốt: dùng theo chỉ định.

5. BIẾN CHỨNG

5.1. Trẻ sơ sinh

- Cấp: viêm phổi sơ sinh, viêm màng não, nhiễm trùng huyết, tử vong.
- Lâu dài: loạn sản phế quản phổi, bại não.

5.2. Biến chứng mẹ

- Bất thường về chuyển dạ: nhiễm trùng ối làm tăng nguy cơ chuyển dạ bất thường, tăng tỷ lệ mổ lấy thai, đờ tử cung, băng huyết sau sinh, cần truyền máu.
- Nhiễm trùng tại chỗ: tăng nguy cơ viêm nội mạc tử cung, nhiễm trùng vùng chậu, nhiễm trùng vết mổ.
- Nhiễm trùng huyết, rối loạn đông máu, hội chứng suy hô hấp (ít gặp nếu điều trị kịp thời), tử vong.

Lưu ý: cần thảo luận với bác sĩ sơ sinh để đánh giá và điều trị trẻ sơ sinh khi chẩn đoán nghi ngờ/xác định nhiễm trùng ối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan Thevenet N Tita (2020), Intraamniotic infection (clinical chorioamnionitis or Triple I), Uptodate.

2. American College of Obstetricians and Gynecologists (2017), Intrapartum management of intraamniotic infection.

3. Conde-agudelo A, Romero R, Jung EJ, Garcia Sanchez AJ (2020), Management of Clinical Chorioamnionitis: An Evidence-Based Approach, American Journal of Obstetrics and Gynecology.

4. Michael G. Gravett (2021), Intra-amniotic and Postpartum Infections, FIGO.

5. R. D. Higgins, G. Saade, et al (2016), Evaluation and Management of Women and Newborns With a Maternal Diagnosis of Chorioamnionitis: Summary of a Workshop, Obstet Gynecol, 127, (3), 426-436.

6. Teresa Cobo, Victoria Aldecoa, et al. (2020), Development and validation of a multivariable prediction model of spontaneous preterm delivery and microbial invasion of the amniotic cavity in women with preterm labor, American Journal of Obstetrics & Gynecology, 223, (3), 421.e1-421.e14.