NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU Ở TRẺ EM

- Bệnh cảnh cần chú ý: 1. Sốt cao không rõ nguyên nhana;

2. Sốt cao rét run

3. Rối loạn tiêu hóa; Đau bụng, tiêu chảy…đặc biệt ở trẻ nhỏ.

- Chẩn đoán: Lâm sàng + bạch cầu niệu (cặn Adis) + cấy vi khuẩn.

- Điều trị không khó: Nhưng vấn đề lớn nhất là cần loại được các yếu tố nguy cơ để hạn chế các biển chứng sẹo thận

## I. Đại cương:

- Phải điều trị tích cực và có dự phòng nếu cần thiết để hạn chế biến chứng sẹo thận gây suy thân.

## II. Sinh lý bệnh:

- Cơ chế đề kháng tự nhiên của cơ thể.

### 2.1. Các yếu tố thuận lợi:

- Trẻ nam và nữ độ tuổi nhỏ = nhau: vì nữ có đường tiểu ngắn; nam có bao quy đầu làm trẻ không tiểu hết được. Lớn lên tỷ lệ sẽ chuyển hẳn sang nữ

## III. Triệu chứng học

### 3.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Một số bệnh cảnh cần cảnh giác là nhiễm khuẩn tiết niệu: Sốt cao rét run; sốt cao không tìm thấy ổ nhiễm khuẩn; tiêu chảy hoặc rối loạn tiêu hóa … (đặc biệt với trẻ càng nhỏ càng phải cảnh giác).

- Sơ sinh: Hay gặp Strep B; Klebssliaa, E.coli => biểu hiện như một nhiễm trùng huyết. => Có thể chọc dịch não tủy để chọn kháng sinh

- Nhiễm khuẩn tiết niệu thấp. Nổi bật là triệu chứng tại chỗ. Ít sốt nhưng triệu chứng của bàng quang lại nội trội. Các dấu hiệu gợi ý:

+ Tiểu buốt: Trẻ khóc khi đi tiểu; trẻ đi són, dấu hiệu bàn tay khai

+ Tiểu mủ, máu, đục: Quan sát màu nước tiểu của trẻ.

- Bệnh cảnh lâm sàng của nhiễm khuẩn tiết niệu cao thường nặng hơn. Nếu có triệu chứng của bàng quang kích thích => khả năng cao đường vào là từ dưới lên

### 3.2. Triệu chứng cận lâm sàng:

\* Xét nghiệm nước tiểu

- Xét nghiệm cặn thông thường (ly tâm sau đó soi tương) ≥ 10 bạch cầu/ vi trường (độ phóng đại 400).

- Soi tương không ly tâm ≥ 30 bạch cầu/mm 3 nước tiểu tươi.

- Xét nghiệm cặn Addis (ly tâm sau đó máy dếm) ≥ 10000 BC/1 phút.

- Nước tiểu phải lấy giữa dòng: Nếu < 103 không nhiễm khuẩn. 104 - 10^5 nghi ngờ. >10^5 nhiễm khuẩn.

(lưu ý: Nếu vi sinh trả kết quả thì sẽ có dương tính + (0 - 5 tế bào/vi trường); ++ (5 - 10 tế bào/vi trường); +++ (>10 tế bào/vi trường)..

- Tổng phân tích nước tiểu: Chỉ mang giá trị gợi ý; không có tính chất chẩn đoán xác định. Ngay cả khi trường hợp tổng phân tích nước tiểu không có bạch cầu, nitrat (-) thì vẫn có quyền xét nghiệm cặn Addis để tìm kiếm bạch cầu.

\* Bilant viêm:

\* Siêu âm hệ tiết niệu:

- Tìm dấu hiệu gợi ý dị dạng bất thường: trực tiếp hoặc gián tiếp

- Tìm hình ảnh tổn thương của thận hoặc bàng quang;

+ Thành bàng quang trong viêm cấp: > 5 mm

+ Thấy sự thay đổi tỷ trọng dịch trong viêm.

**- Chỉ định chụp bàng quang ngược dòng:**

+ nhiễm khuẩn cao: 1. Siêu âm có giãn đài bể thận; 2. Nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát (≥ 3 lần); Tuy nhiên cần điều trị hết nhiễm khuẩn (bạch cầu niệu âm tính) mới tiến hành chụp.

+ Nhiễm khuẩn tiết niệu thấp: 1. Tái đi tái lại nhiều lần. 2. Siêu âm nghi ngờ. 3. Rối loạn tiểu tiện sau khi đã điều trị khỏi hẳn.

## IV. Chẩn đoán:

1.. Chẩn đoán xác định:

- VK niệu ≥ 105/ml (cấy nước tiểu giữa dòng)

- BC niệu ≥ 10/vi trường (soi cặn sau ly tâm, độ phóng đại 400)

\* Nếu BN có dấu hiệu LS + BC niệu (+) mà VKniệu (-) → vẫn chẩn đoán là NKĐT

\* Nếu BC niệu (+), không có dấu hiệu LS, 2 lần cấy VK niệu (+) đơn thuần → vẫn chẩn đoán là NKĐT

=> Bạch cầu niệu là tiêu chuẩn bắt buộc. Nhưng lưu ý đây là bạch cầu trong xét nghiệm cặn Addis nhé.

Trên lâm sàng có 3 thể:

+ Nhiễm khuẩn tiết niệu cao: Sốt > 38,5 độ C; CRP > 30 mg/dl; BC > 15 G/l. Có nguy cơ cao; có thể dẫn tới giảm chức năng thận hoặc nhiễm khuẩn huyết…

+ Nhiễm khuẩn tiết niệu thấp: Ngược lại

+ Nhiễm khuẩn tiết niệu không triệu chứng: Không sốt, bạch cầu niệu (-); vi khuẩn niệu (+) 2 lần cấy khác nhau.

## V. Điều trị:

- tiêu chuẩn chọn kháng sinh: Thải qua đường tiểu, diệt thận….

- Nhiễm khuẩn cao: Tiêm: Cepha 3 + aminoglycosid (amikacin) (< 7 ngày) dùng đến khi trẻ cắt sốt => có thể chuyển sang đường uống. Thông thường 2 - 3 ngày trẻ sẽ cắt. nếu trẻ không cắt, chuyển sang dùng imipenem hoặc dùng fosmycin (đang khá tốt) hoặc dùng kháng sinh đồ (nếu có). Thời gian điều trị 7 - 10 ngày. + Amikacin 15 mg/kg/ngày (TB) + Rocephin 50 mg/kg/ngày (TM 1 lần)

- Nhiễm khuẩn thấp: Chỉ dùng bằng đường uống, ngoại trú. Đầu tay: Augumetin (5 - 7 ngày). Không đỡ => chuyển sang nhóm khác như fosmycin đường uống.

=> Xét nghiệm lại nước tiểu bạch cầu sau từ 3 - 5 ngày điều trị

Note: Cotrimoxazole hay amox.. đang bị kháng nhiều. Nên dùng cần phải phối hợp thuốc

Xử lý các

- Niệu đạo cắm sai vị trí => Chờ trẻ có biết kiểm soát đi tiểu => phát triển cơ đầy đủ ngoại khoa

- Các nguyên nhân khác; Hẹp van neieuj đạo sau, luồng trào ngược bàng quang niệu quản, tắc nghẽn… Nếu xử lý được xử lý luôn

Tuy nhiên trước đó cần kiểm tra chức năng thận xem nó thế nào. Còn mới làm, không thì thôi.

- Điều trị dự phòng:

+ Chỉ định: Sau viêm thận bể thận/ Luồng trào ngược bàng quang niệu quản, NKĐT tái phát nhiều lần.

+ Cách dùng: Cotrimoxalzol tính liều theo trimethprin. Ngày 1 lần vào buổi tối (Giảm đi tiểu =. Tăng thời gian kháng snh trong đường niệu).

=> Dùng đến khi: Xử lý được nguyên nhân.

## VI. Giáo dục sức khỏe:

- Dặn:

+ Uống nhiều nước, không nhịn tiểu

+ Vệ sinh sau đi vệ sinh đi tiểu

+ Không tiết kiệm bỉm