

Tầm soát nhiễm trùng ở thai phụ: HIV, viêm gan siêu vi và loạn khuẩn âm đạo

Nguyễn Đăng Phước Hiền¹, Trần Lâm Khoa²

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

¹ Giảng viên bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: ndphuochien@ump.edu.vn

² Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: tranlamkhoa@ump.edu.vn

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Liệt kê được các loại nhiễm trùng ở thai phụ có ảnh hưởng lên thai
2. Trình bày được cách tiếp cận một thai phụ nhiễm HIV
3. Trình bày được cách tiếp cận một thai phụ nhiễm HBV
4. Trình bày được cách tiếp cận một thai phụ có loạn khuẩn âm đạo (bacterial vaginosis)

PHÂN LOẠI NHIỄM TRÙNG TRONG THAI KỲ

Nhiễm trùng trong thai kỳ được phân ra:

1. Nhiễm trùng ở thai phụ có biến chứng và nặng lên trong thai kỳ
2. Nhiễm trùng thường gặp trong thai kỳ và hậu sản
3. Nhiễm trùng đặc biệt chỉ xuất hiện lúc có thai
4. Nhiễm trùng ảnh hưởng lên thai.

Nhiễm trùng ở thai phụ có biến chứng và nặng lên trong thai kỳ: nhiễm trùng tiểu, viêm âm đạo do vi khuẩn (bacterial vaginosis), vết thương ngoại khoa, nhiễm Streptococcus nhóm B (GBS).

Nhiễm trùng thường gặp trong thai kỳ và hậu sản: viêm đài bể thận, viêm nội mạc tử cung, viêm tuyến vú, hội chứng shock nhiễm độc (toxic shock syndrome).

Nhiễm trùng đặc biệt chỉ xuất hiện lúc có thai: nhiễm trùng ối, nhiễm trùng do truyền tắc tĩnh mạch sâu, rách tầng sinh môn và hội âm

Nhiễm trùng ảnh hưởng lên thai: nhiễm trùng sơ sinh (nhiễm streptococcus nhóm B và E. coli); nhóm các nhiễm trùng TORCH gồm Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus, HSV; Varicella Zoster virus; Parvovirus B19; HBV và HCV; giang mai; HIV.

Nhiễm trùng gây nhiều hệ quả trên cả thai phụ và thai nhi.

Bảng 1: Hậu quả của một số nhiễm trùng trên thai phụ và thai nhi

| Tác nhân | Ảnh hưởng trên thai phụ | Ảnh hưởng trên thai nhi |
|-------------------------|--------------------------------------|--|
| Group B streptococcus | Không triệu chứng | Sớm: nhiễm trùng sơ sinh |
| | Nhiễm trùng đường tiểu | Muộn: viêm màng não |
| | Nhiễm trùng ối | |
| | Viêm nội mạc tử cung | |
| Viêm âm đạo do vi trùng | Chuyển dạ sanh non | Thai non tháng Bé sơ sinh nhẹ cân |
| Lậu | Chuyển dạ sanh non Nhiễm trùng ối | Nhiễm trùng sơ sinh Viêm kết mạc do lậu |
| Chlamydia | Chuyển dạ sanh non Nhiễm trùng ối | Viêm kết mạc Viêm phổi |
| Toxoplasma | Không triệu chứng | Sảy thai |
| | Mệt mỏi | Vôi hóa nội sọ |
| | Bệnh lý hạch bạch huyết, đau cơ | Gan lách to |
| | | Viêm hệ lưới |
| | | Co giật |

Bảng trình bày biểu hiện và hậu quả của nhiễm virus trên mẹ, thai, cũng như trình bày cách dự phòng và điều trị.

Bảng 2: biểu hiện và hậu quả của nhiễm virus trên mẹ, thai.

Dự phòng và điều trị.

| Tác nhân | Lâm sàng | Ảnh hưởng thai | Dự phòng | Điều trị |
|------------|------------------------------|---|-------------|-----------|
| Rubella | Phát ban, đau khớp, đau hạch | Hội chứng Rubella bẩm sinh (điếc, mù, còi xương, động mạch, IUGR) | MMR II | Không có |
| CMV | Thường là không triệu chứng | Thai chết lưu, gan lách to, hóa vôi nội sọ, viêm hệ lưới, viêm phổi mô kẽ | Không có | Không có |
| HIV | Không triệu chứng / AIDS | AIDS ở trẻ sơ sinh | Condom | Kháng ARV |
| Thủy đậu | Mụn nước, viêm phổi | Hội chứng thủy đậu bẩm sinh (teo võ não, ứ nước thận) khi nhiễm sớm trước 20 tuần | Vaccin | Acyclovir |
| HSV | Sốt, đau khớp | Tổn thương ở da và miệng Viêm màng não | Mổ sanh | Acyclovir |
| HBV và HCV | Vàng da, gan to | Người lành mang trùng | HBV vaccine | HBIG |

NHIỄM HIV TRONG THAI KỲ

Trong thai kỳ, cần thực thi các biện pháp tầm soát các thai phụ bị nhiễm HIV nhằm mục đích triển khai các biện pháp chống lây truyền dọc từ mẹ sang con ở các thai phụ này, trong đó có điều trị với ARVs.

HIV thuộc nhóm RNA virus.

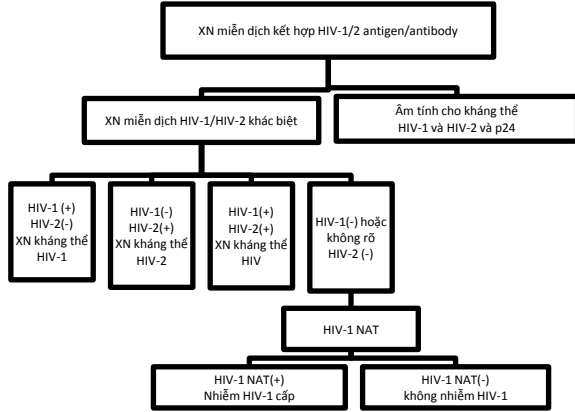
Nếu thai phụ bị nhiễm HIV nhưng không điều trị, có 25% trẻ sẽ bị lây truyền từ mẹ. Nguy cơ này càng tăng cao vào 3 tháng cuối thai kỳ, lúc chuyển dạ sanh, sổ thai, có vỡ ối non.

Do vậy, việc khuyến cáo mổ sanh được đặt ra nếu có trên 1000 copies/mL hoặc thai phụ gần thời điểm sanh không xác định được mật độ HIV hoặc CD4 giảm.

Hiện nay, WHO khuyến cáo nên thực hiện tầm soát HIV và thực hiện điều trị với 3 ARV sớm trong thai kỳ với mục

đích điều trị tình trạng nhiễm trùng của thai phụ và hạn chế việc lây truyền dọc từ mẹ sang con.

Chẩn đoán nhiễm HIV ở thai phụ dựa vào xét nghiệm ELISA (+) (Se 93-99%, Sp 99%). Khi ELISA (+), thực hiện Western blot test (Se 99%, Sp 98.5%), đồng thời tiến hành điều trị với ARV.



Lưu đồ 1: Các xét nghiệm huyết thanh HIV
Nguồn: Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP HCM

Zidovudine (ZDV) được chỉ định sau 3 tháng đầu thai kỳ, khi sinh (bắt đầu chuyển dạ hoặc ối vỡ) và sau khi sinh.

NHIỄM HBV TRONG THAI KỲ

Trong thai kỳ, cần thực thi các biện pháp tầm soát các thai phụ bị nhiễm HBV nhằm mục đích triển khai các biện pháp chống lây truyền dọc từ mẹ sang con ở các thai phụ này, trong đó có tiêm Immunoglobulin và tiêm Vaccin cho sơ sinh.

HBV thuộc nhóm RNA virus. Chẩn đoán nhiễm HBV trong thai kỳ chủ yếu dựa vào xét nghiệm huyết thanh học ở giai đoạn trước sinh (3 tháng đầu và 3 tháng giữa), cần định lượng HBsAg, HBeAg, chức năng gan và định lượng DNA HBV.

Nếu thai phụ nhiễm HBV với biểu hiện HBsAg (+), cần thực hiện thêm một số xét nghiệm để đánh giá mức độ ảnh hưởng của nhiễm virus lên thai kỳ (xem lưu đồ).



Lưu đồ 2: Quản lý thai phụ với nhiễm HBV
Nguồn: Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP HCM

Nếu thai phụ có HBsAg (+) và HBeAg (+), khả năng cao bé bị nhiễm HBV từ mẹ nên cần tiêm immunoglobulin cho bé trong vòng 12 giờ sau sinh, đồng thời tiêm đủ vaccine vào ngày ngày 1st 30th, và 60th sau sinh. Bé sau sinh cũng cần được xét nghiệm tìm HBsAg, HBsAb và HBcAb.

LOẠN KHUẨN ÂM ĐẠO

Tiết dịch âm đạo bất thường trong thai kỳ thường gặp nhưng không phải luôn luôn vô hại.

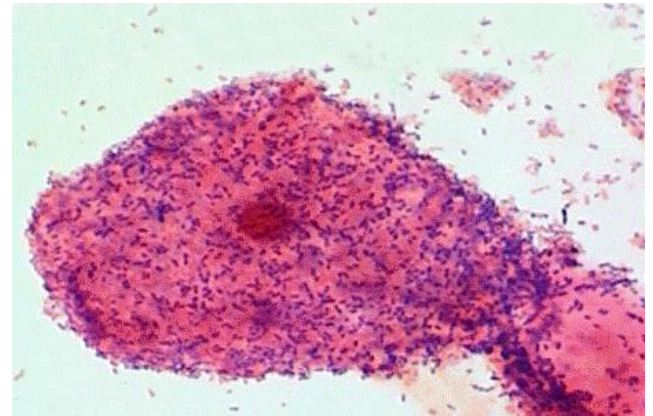
Nếu không được điều trị sớm và đúng thì loạn khuẩn âm đạo (bacterial vaginosis) có thể gây sanh non.

Loạn khuẩn âm đạo (Bacterial Vaginosis) (BV) là một tình trạng hỗn loạn của microbiota âm đạo, với sự thay đổi phổ khuẩn, thường là sụt giảm của Lactobacilli và gia tăng các khuẩn yếm khí³. Các tác nhân này bao gồm *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* species, *Bacteroides*, *Prevotella* species và *Mycoplasma* species.

Thai phụ bị loạn khuẩn âm đạo không điều trị thường gây ra các biến chứng sanh non, màng ối vỡ non, sảy thai liên tiếp, viêm màng ối, viêm nội mạc tử cung hậu sản, nhiễm trùng vết mổ lấy thai, nhiễm trùng hậu phẫu và các bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu.

Chẩn đoán loạn khuẩn âm đạo dựa vào tiêu chuẩn Amsel (1983), khi có 3 trong 4 tiêu chuẩn sau:

1. Khí hư đặc trưng của loạn khuẩn âm đạo
2. pH âm đạo > 4.5
3. Có "Clue cells" trên khảo sát dịch âm đạo
4. Whiff test (+)



Hình 1: Clue cells

Là các tế bào biểu mô âm đạo bọc bởi vi khuẩn. Rất đặc trưng cho BV
Nguồn: s3.amazonaws.com

Các tổng quan chứng cứ khác nhau cho kết luận khác nhau về việc điều trị loạn khuẩn âm đạo có thể làm giảm được tần suất sanh non ở người có loạn khuẩn âm đạo.

Điều trị cổ điển, ngoài thai kỳ của loạn khuẩn âm đạo là metronidazol 500 mg uống 2 lần/ngày trong 7 ngày hoặc clindamycin 300mg uống 2 lần/ngày trong 7 ngày.

Không có bằng chứng cho thấy metronidazole gây quái thai và đột biến.

³ Xem bài loạn khuẩn âm đạo (bacterial vaginosis) trong học phần phụ khoa, chủ đề các tổn thương lành tính của cổ tử cung.

Metronidazole được xem là an toàn cho thai phụ.

Tuy nhiên, các chứng cứ gần đây hơn, dựa trên các khảo sát về microbiome cho thấy rằng metronidazole không có tác động trên microbiome của loạn khuẩn âm đạo trong

sinh non, ngược lại, việc điều trị cần được tiến hành với clindamycin, và thật sớm, nhằm ngăn cản bệnh sinh của sinh non.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. SOGC Clinical Practice Guideline Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy
2. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.
3. Obstetrics normal and problem pregnancy 7th. Nhà xuất bản Elsevier.