

Các loại viêm âm đạo có thể ảnh hưởng đến kết cục của thai kỳ: Nhiễm khuẩn Streptococcus nhóm B (Group B Streptococcus - GBS) Viêm âm đạo do vi khuẩn (Bacterial Vaginosis - BV)

Thân Trọng Thạch¹, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang²

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

¹ Giảng viên bộ môn Phụ Sản, khoa Y, Đại học Y Dược tp HCM. e-mail: thachdc2002@yahoo.com

² Phó giáo sư, phó trưởng bộ môn Phụ Sản, khoa Y, Đại học Y Dược tp HCM. e-mail: tranghkn08@gmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Phân tích được giá trị của việc tầm soát nhiễm khuẩn Streptococcus nhóm B trong thai kỳ
2. Trình bày được chiến lược quản lý thai phụ có nhiễm khuẩn Streptococcus nhóm B
3. Phân tích được giá trị của việc tầm soát Bacterial Vaginosis trong thai kỳ

NHIỄM STREPTOCOCCUS NHÓM B

Nhiễm *Streptococcus* nhóm B (GBS) (*Streptococcus agalactiae*) là một nguyên nhân quan trọng gây nhiễm trùng sơ sinh.

Tần suất có GBS hiện diện trong đường sinh dục dưới nhưng không kèm theo triệu chứng lâm sàng có thể lên đến 30% số thai phụ.

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng các khảo sát nuôi cấy vi sinh thường cho kết quả rất thay đổi.

Ở thai phụ, nhiễm GBS có thể gây viêm nội mạc tử cung hậu sản, nhiễm trùng hay viêm màng não.

Khoảng 50% các trẻ có tiếp xúc với GBS có nguồn gốc từ đường sinh dục dưới sẽ bị nhiễm.

Nếu không được điều trị, phần lớn các trẻ bị nhiễm sẽ xuất hiện các dấu hiệu của nhiễm trùng sơ sinh.

Nhiễm GBS khởi đầu sớm là kết quả của lây truyền dọc, và rất nặng.

Có 2 kiểu biểu hiện lâm sàng của nhiễm GBS sơ sinh: khởi đầu sớm và khởi đầu muộn. Hai kiểu này có tần suất tương đương.

Nhiễm GBS với khởi đầu sớm thường xảy ra trong tuần lễ đầu tiên của sơ sinh. Kiểu nhiễm trùng GBS này thể hiện dưới hình thức của một tình trạng nhiễm trùng huyết hay sốc nhiễm trùng, viêm phổi hay viêm màng não. Nhiễm GBS khởi đầu sớm thường thấy ở trẻ non tháng. Kiểu khởi đầu này ít gặp hơn nếu trẻ đủ tháng.

GBS khởi đầu muộn sau tuần đầu tiên, đôi khi xảy ra rất muộn, có thể đến 3 tháng sau sanh. GBS khởi đầu muộn có thể là do lây truyền dọc, nhưng cũng có thể là nhiễm khuẩn từ môi trường sống.

Tầm soát nhiễm GBS và can thiệp có hiệu quả, có thể làm giảm xuất độ nhiễm GBS sơ sinh.

Một chương trình tầm soát và can thiệp có hiệu quả, có thể làm giảm xuất độ nhiễm GBS sơ sinh chỉ còn khoảng 2-3 trường hợp cho 10,000 trường hợp trẻ sinh sống. Tại Mỹ, Hiệp hội các nhà Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (American College of Obstetricians and Gynecologists) (ACOG) và Trung tâm Kiểm soát và Dự phòng Bệnh tật (Centers for Disease Control and prevention) (CDC) khuyến cáo tầm

soát GBS thường qui cho mọi thai phụ giữa tuần 35 và 37 của thai kỳ.

Nội dung của can thiệp là dùng Penicillin hay Ampicillin trong chuyển dạ hay vỡ ối ở thai phụ biết có kết quả cấy dương tính với GBS.

Dùng kháng sinh (thường dùng penicillin hoặc ampicillin) lúc sinh là cách tốt nhất để ngăn ngừa sự khởi phát GBS ở trẻ sơ sinh. Mặc dù cách tiếp cận như thế này có nhiều tồn kém và gia tăng nguy cơ tạo ra vi khuẩn kháng thuốc, nhưng nếu đề khi đã có tình trạng nhiễm khuẩn huyết rồi thì điều trị kém đáp ứng hơn. Các khuyến cáo đề nghị dùng kháng sinh dự phòng cho mọi thai phụ có kết quả dương tính với nuôi cấy GBS từ vùng âm đạo trực tràng, khi họ vào chuyển dạ hay khi có ối vỡ non.

Nếu thai phụ không được tầm soát GBS hay không biết kết quả GBS, việc dự phòng được tiến hành tùy nguy cơ cụ thể.

Nếu thai phụ không được tầm soát GBS hay không biết kết quả GBS, dự phòng được tiến hành tùy nguy cơ cụ thể:

- Cho mọi thai phụ có chuyển dạ sanh non trước 37 tuần
- Vỡ ối non-thai non tháng dưới 37 tuần
- Vỡ ối kéo dài hơn 18 giờ
- Mẹ bị sốt trong chuyển dạ

Thai phụ với cấy GBS nước tiểu dương tính, hoặc đã từng có tiền căn sanh con bị nhiễm GBS khởi đầu sớm cũng là các đối tượng của dự phòng GBS trong chuyển dạ.

BACTERIAL VAGINOSIS

Bacterial Vaginosis (BV) là một tình trạng nhiễm trùng đa tác nhân, được đặc trưng bởi sự vắng mặt của các khuẩn lactobacilli.

Bacterial Vaginosis (BV) là một tình trạng nhiễm trùng đa tác nhân, được đặc trưng bởi sự vắng mặt của các khuẩn lactobacilli sản sinh H₂O₂, kèm theo là sự phát triển quá mức của các khuẩn yếm khí gồm *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, các chủng *Bacteroides*, các chủng *Peptostreptococcus*, các chủng *Fusobacterium*, các chủng *Prevotella*, và *Apotobium vaginae*.

Chẩn đoán BV được thiết lập bằng

1. Whift test
2. pH dịch âm đạo > 4.5
3. Sự hiện diện của “clue cells”

Phụ nữ với BV thường than phiền về tình trạng tiết dịch âm đạo bất thường màu xám trắng hay vàng và có mùi “cá ươn”. Tình trạng tiết dịch này có thể gây kích ứng âm hộ.

Khảo sát dịch âm đạo cho thấy một dịch âm đạo có pH trên 4.5, hiện diện của bạch cầu, các khuẩn vi khuẩn, giảm hay biến mất các lactobacilli và các tế bào biểu mô âm đạo bao bọc bởi các cầu khuẩn, được gọi là các “clue cells”. Do các vi khuẩn gây BV là thành phần của khuẩn hệ âm đạo, nên sự hiện diện của chúng không cho phép thiết lập chẩn đoán.

Chẩn đoán BV được thiết lập khi có 3 trong 4 tiêu chuẩn Amsel: (1) tiết dịch âm đạo xám trắng bất thường, (2) pH dịch âm đạo kiềm, > 4.5, (3) whift test” dương tính, tức dịch bốc mùi cá thối khi tiếp xúc với KOH, (4) hiện diện của các clue cells.

BV được điều trị với metronidazole hoặc clindamycin.

BV được điều trị với metronidazole đường uống.

Các nghiên cứu gần đây về microbiome cho thấy rằng phân bố của chủng loại vi khuẩn của microbiome có thể ảnh hưởng đến kết quả của điều trị.

Trên phương diện dự phòng sanh non. Clindamycin có thể là một lựa chọn.

BV có mối liên quan với sanh non, ối vỡ non trên thai non tháng.

Tần suất của BV trong thai kỳ khá cao, ước tính lên đến 40% trong thai kỳ.

BV có mối liên quan với sanh non, ối vỡ non trên thai non tháng. Nên thực hiện điều trị các BV có triệu chứng, vì có thể làm giảm các kết cục xấu liên quan đến ối vỡ non thai non tháng hay sanh non.

Tuy nhiên, một chiến lược tầm soát đại trà BV để điều trị trên dân số có nguy cơ thấp hay trên dân số có tiền căn sanh non không cải thiện tần suất của sanh non không cải thiện kết cục của thai kỳ.

Ngược lại, khi đã xác nhận một thai phụ có nguy cơ của sanh non (trước đây thường được gọi là có triệu chứng dọa sanh non) thì việc điều trị BV với metronidazole hay với clindamycin khi đã có xác nhận là nên tiến hành.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.