NHIỄM TRÙNG TIỂU – CHỊ UYÊN

Bé này 4 tuổi sốt cấp tính 2 ngầy, 39 độ. WBC 22K, NEU 85%, tiểu đục, TPTNT có bạch cầu 2+, nitrit (-), đạm và máu âm tính; siêu âm bụng không thấy bất thường, cấy chưa có kết quả

Các nguyên nhân của sốt cấp tính:

* Nhiễm trùng
  + Virus: đa phần virus là lành tính. Tuy nhiên 2 bệnh cảnh phải loại trừ là SXH và tay chân miệng
  + Vi trùng
    - Bạch cầu tăng mà ko phải nhiễm trùng (chích cor): làm CRP (50K), procalcitonine (200K): CRP chỉ nói lên có hiện tượng viêm (kawasaki CRP tăng rất cao; lupus, henoch scholein; viêm đa khớp dạng thấp…)
    - Lâm sàng: bn sốt 39 độ, có thể gặp trong cả sốt nhiễm trùng và siêu vi. Coi 3 cái:
      * Tri giác: bé có kích thích trong giai đoạn đầu 🡪 ngủ gà
      * Ăn: bị virus thường ăn uống tốt (trừ bị loét miệng)
      * Vẻ mặt nhiễm trùng
    - Dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng phân biệt sốt do vi trùng hay do siêu vi, dù chưa tìm được ổ nhiễm trùng thì vẫn có thể cho điều trị kháng sinh được
  + KST: sốt rét: nghĩ tới khi bn có nguy cơ (đang sống trong vùng có sốt rét, đến vùng sốt rét trong 6 tháng gần đây)
* Sốt sau chích ngừa, sau dùng thuốc
* Nguyên nhân miễn dịch, ác tính: chưa nghĩ do bệnh cấp tính, ko phải sốt kéo dài

Nhiễm trùng tiểu: 4 bước: nghĩ tới; chẩn đoán có thể; chẩn đoán xác định; chẩn đoán yếu tố nguy cơ

* Nghĩ tới: 3 trường hợp
  + Sốt + có triệu chứng ở đường tiểu (lúc tiểu khóc, rặn, tiểu đục, ôm bụng vùng hạ vị…)
  + Sốt nghĩ do nhiễm trùng trên một pé có tiền căn nhiễm trùng tiểu tái phát; dị tật đường tiểu
  + Pé nhũ nhi lần đầu, không khai triệu chứng được, không có tiền căn gì, vô viện chỉ có sốt: cũng đi theo các bước trên: chứng minh sốt do vi trùng 🡪 tìm tất cả các ổ khác (phổi, nhọt da, áp xe, họng, tai…); khi không thấy ổ gì cả thì phải làm 3 chuyện: TPTNT, siêu âm bụng (tầm soát những ổ áp xe có thể nằm sâu như áp xe gan, thận, sau phúc mạc), chọc dịch não tủy
* Sau đó coi TPTNT: bạch cầu và nitrite (có thể có máu và protein); cho cấy nước tiểu (cấy máu luôn nếu dấu hiệu nhiễm trùng rõ). Bạch cầu trong nước tiểu vẫn có thể xuất hiện khi bn sốt cao không phải do NTT
  + Độ nhạy và đặc hiệu của BC/TPTNT đối với NTT là khoảng 70-80%
  + Cấy nước tiểu: mọc thì 72h; không mọc thì chờ 1 tuần mới trả

Xử trí: pé này có triệu chứng lâm sàng NTT, dấu hiệu nhiễm trùng rõ, TPTNT có bạch cầu với độ nhạy và độ đặc hiệu khoảng 80%, cấy dù chưa có mà bn đã uống kháng sinh rồi, nên điều trị kháng sinh luôn

* Tác nhân gram (-) thường nhất (90%): nên chọn kháng sinh nhạy với gram (-), vô được đường tiểu, không độc cho con nít, không dị ứng; nên bắt đầu bằng cepha 3. Chọn đường chích (người ta nghiên cứu là đường chích và đường uống thì không khác biệt về nguy cơ sẹo thận, suy thận sau này; nếu ko thể loại trừ ổ nhiễm trùng khác thì dùng đường chích). Người ta ưu tiên dùng ceftriaxone hơn cefotaxim do số lần dùng kháng sinh/ngày ít hơn (nếu nhiễm trùng nặng thì dùng liều 100, ko thì dùng liều 80), có thể kết hợp với aminoglycoside nếu lâm sàng nặng.
* Theo dõi sau điều trị nhiễm trùng tiểu: tổng trạng tốt lên, sốt hết sau khoảng 48-72h, làm lại bilan nhiễm trùng, nước tiểu. tiêu chẩn quan trọng nhất của đáp ứng trong điều trị là cấy dương tính và cấy lại lần 2 âm tính.
* Ngưng kháng sinh khi: tác dụng phụ của augmetin ở trên đường tiêu hóa là do clavulanic (đi cầu són 5-7 lần/ngày): NTT tiểu dưới dùng 5-7 ngày; trên thì 7-14 ngày, nhưng nếu có dị tật thì có thể lâu hơn (trước khi ngưng thì kiểm tra lại bilan nhiễm trùng và nước tiểu)