



NHIỄM TRÙNG BÀO THAI

BS. Nguyễn Việt Trường

Phòng khám Ngọc Tâm

GIỚI THIỆU

Nhiễm trùng bào thai là nhiễm trùng từ mẹ sang con xảy ra trong lúc mang thai.

Nguyên nhân thường gặp nhất là TORCH (Toxoplasmosis, Others, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes simplex virus).

Tầm soát nhiễm trùng TORCH: tìm kháng thể IgG và IgM. Kháng thể IgM ở trẻ sơ sinh rất có giá trị trong chẩn đoán vì IgM không thể đi qua nhau thai.

Siêu âm, sinh học phân tử có thể giúp chẩn đoán nhiễm trùng từ giai đoạn bào thai.

Các triệu chứng gợi ý có nhiễm trùng bào thai như:

- Trẻ suy dinh dưỡng bào thai.
- Huyết học: thiếu máu, giảm tiểu cầu, chấm xuất huyết.
- Mắt: viêm võng mạc, đục thủy tinh thể, viêm kết mạc mắt...
- Thần kinh trung ương: teo não, não úng thủy và vôi hóa nhu mô não.

Các cơ quan khác: viêm phổi, viêm cơ tim, viêm cầu thận, viêm gan...

BỆNH TOXOPLASMA

Dịch thể

Tần suất: 1-10/10000 trẻ sinh sống.

Yếu tố nguy cơ: ăn thức ăn sống hay chưa nấu chín.

Mẹ nhiễm ở tam cá nguyệt thứ 1 thường gây tử vong và viêm nhiễm nặng nề.

Khả năng lây nhiễm tăng dần theo tuổi thai như 15% lúc 13 tuần, 44% lúc 26 tuần tuổi và 71% lúc 36 tuần tuổi thai.

Biểu hiện lâm sàng

Hầu hết không có triệu chứng hay biểu hiện bất thường nào lúc sinh. Một số có triệu chứng như sốt, ban sẩn, gan lách to, tật đầu nhỏ, co giật, vàng da, giảm tiểu cầu. Tam chứng kinh điển: viêm võng mạc, não úng thủy, vôi hóa trong sọ.



Toxoplasma bẩm sinh.

Chẩn đoán

Chẩn đoán sau sinh: dựa vào bệnh sử và khám lâm sàng.

PCR từ bệnh phẩm là máu ngoại biên hay dịch não tủy, nhau.

Huyết thanh tìm kháng thể IgM và IgA như:

immunofluorescence (IFA), enzyme linked immunosorbent assay (ELISA), và immunosorbent agglutination assay (ISAGA)..

Chẩn đoán tiền sản: dựa vào xác định ký sinh trùng trong máu thai nhi, dịch ối hay việc xác định IgM và IgA trong máu thai nhi.

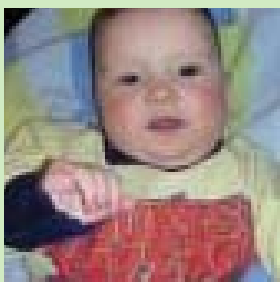
PCR dịch ối có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 81 và 96%.

Trong khi đó, IgM và IgA máu thai nhi là 47 và 38%.

Phòng ngừa và điều trị

Điều trị cho mẹ: có khả năng ngăn ngừa sự lây nhiễm cho con là 50%.

- Pyrimethamine (50mg/ngày, uống 1 lần/ngày hoặc 25mg X 2 lần/ngày) và Sulfadiazine (3g/ngày, uống chia làm 2-3 lần) xen kẽ với Spiramycin (1g uống, chia làm 3 lần/ngày) 3 tuần cho đến khi sinh.
- Pyrimethamine (25 mg, 1 lần/ngày) và Sulfadiazine (4 g/ ngày chia làm 2-4 lần/ngày) liên tục cho đến lúc sinh.
- Leucovorin calcium (folinic acid, 10 to 25 mg/ngày, uống) cần được bổ sung ngừa ức chế tủy.



Giang mai bẩm sinh

Điều trị trẻ sơ sinh: Pyrimethamine (2 mg/kg/ ngày trong 2 ngày sau đó là 1mg/kg/ngày trong 2 đến 6 tháng, tiếp theo là thứ 2, thứ 4, thứ 6 đủ 12 tháng), Sulfadiazine 100mg/kg/ngày chia làm 2 lần/ngày, Leucovorin 5-10mg, 3 lần/tuần.

Tiên lượng: xấu nếu không điều trị nhất là biến chứng thần kinh và mù lòa.

GIANG MAI BẨM SINH

Dịch tể

Còn cao ở dân tộc thiểu số, lây truyền qua nhau thai có thể xảy ra ở bất kỳ thời điểm nào trong thai kỳ nhưng thường là tam cá nguyệt thứ 2.

Triệu chứng lâm sàng

2/3 trường hợp thường không có triệu chứng lúc sinh.

Biểu hiện sớm (trước 2 tuổi): thường trong 5 tuần lễ đầu tiên. Sang thương da lòng bàn tay, lòng bàn chân, gan lách to, vàng da, thiếu máu, hay nghẹt mũi. X quang: hủy hành xương và viêm màng xương.

Muộn: bướu trán, xương hàm ngắn, vòm khẩu cái nhỏ cao, tam chứng Hutchinson (răng cửa trên cùn, viêm da kẽ ngón, điếc), mũi tẹt, đường dò quanh miệng.

Chẩn đoán

Test tầm soát: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) hay RPR (rapid plasma reagin) nhạy nhưng không đặc hiệu, rẻ tiền, có kết quả nhanh, định lượng.

Test khẳng định chẩn đoán: microhemagglutination test for T. pallidum (MHA-TP) và fluorescent treponemal antibody absorption (FTA-ABS) chỉ định tính và tồn tại suốt đời dù cho điều trị thành công.

Điều trị

Penicillin G: 100,000 - 150,000 UI/kg/ngày TM chia làm 2 lần X 7 ngày. Sau đó là mỗi 8 giờ cho đủ 10 ngày

RUBELLA

Dịch tể

Chiếm tỷ lệ cao ở các nước đang phát triển.

Triệu chứng lâm sàng

Điếc (50-75%), đục thủy tinh thể (20-50%), bất thường tim như PDA (20-50%), giảm sản động mạch phổi, di



Rubella bẩm sinh

chứng thần kinh, viêm não màng não, rối loạn hành vi và chậm phát triển tâm thần (10-20%).

Chẩn đoán

Dựa vào tiền sử của mẹ, biểu hiện lâm sàng, khám mắt, tai, X quang xương dài, công thức máu và đếm tiểu cầu, hình ảnh học vùng đầu như siêu âm, CT-scan và chọc dò dịch não tủy.

Phân lập siêu vi.

Huyết thanh chẩn đoán.

Điều trị

Tốt nhất là phòng ngừa. Điều trị trẻ nhiễm rubella chủ yếu là điều trị nâng đỡ.

CYTOMEGALOVIRUS BẨM SINH

Tác nhân thường gặp nhất trong nhiễm trùng bào thai.

Dịch tễ

Yếu tố nguy cơ: nhiễm trùng trong tử cung là 0.5-2% trẻ sinh sống. Mẹ nhiễm trong lúc mang thai, khả năng lây nhiễm cho thai là 40%. Các yếu tố bao gồm: tuổi mẹ, tình trạng mang thai, tuổi thai (36,45,78% trong tam cá nguyệt thứ 1, thứ 2, thứ 3).

Triệu chứng

5-20% có triệu chứng: vàng da: 67%, gan lách to: 60%, chấm xuất huyết: 76%. Tổn thương đa cơ quan: não teo, chậm phát triển tâm thần vận động, viêm võng mạc, vôi hóa não, hôn mê, suy hô hấp, co giật.

Cận lâm sàng

Công thức máu: tiểu cầu giảm, thiếu máu tán huyết, Transaminase tăng, tăng bilirubin trực tiếp và gián tiếp.

Diễn tiến

Nhóm có triệu chứng sớm, tỷ lệ tử vong là 30% trong vài ngày hay vài tuần đầu đời. Các triệu chứng như vàng da, gan lách to có thể thuyên giảm nhưng di chứng thần kinh là vĩnh viễn.

Chẩn đoán

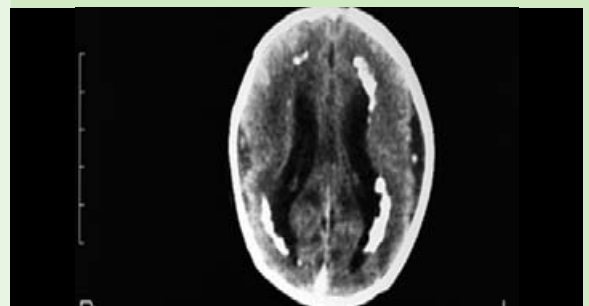
Phân lập virus từ nước tiểu, nước bọt trong 3 tuần lễ đầu đời. Sử dụng kỹ thuật PCR xác định chuỗi DNA của CMV.

Tìm kháng thể: CMV IgM, IgG.

Chẩn đoán tiền sản: dựa vào PCR hay canh cấy từ bệnh phẩm dịch ối, siêu âm tiền sản thấy não nhỏ, gan lách to, vôi hóa trong sọ.



Trẻ nhiễm CMV bẩm sinh



Não teo và vôi hóa trên CT não

Điều trị

Ganciclovir : 8-12mg/kg/ngày chia làm 2 liều trong 6 tuần. Trẻ không có triệu chứng không cần thiết phải điều trị.

Hiệu quả của globulin miễn dịch và alpha interferon còn đang bàn cãi.

Vaccine phòng ngừa đang được nghiên cứu.

HERPES SIMPLEX VIRUS

Dịch tể

Khả năng lây nhiễm sẽ cao ở nhóm bà mẹ nhiễm lần đầu. Thường lây truyền trong lúc sinh hơn là trong tử cung.

Triệu chứng lâm sàng

- Trẻ thường là bình thường dù là sinh non.
- Sang thương thường khu trú ở da, mắt và miệng (SEM).
- Triệu chứng thần kinh trung ương.
- Biểu hiện rải rác các cơ quan.
- Các triệu chứng thường xuất hiện trong 4 tuần lễ đầu đời.
- Các triệu chứng có thể là thân nhiệt không ổn định, suy hô hấp, bú kém, hôn mê, diễn tiến nhanh gây hạ áp, vàng da, đông máu nội mạch lan tỏa, ngưng thở, và shock.

Chẩn đoán

Cấy sang thương da, hầu họng, mắt, nước tiểu, máu,

phân, trực tràng, dịch não tủy.

Kỹ thuật PCR xác định chuỗi DNA. Khả năng âm giả có thể xảy ra trong trường hợp:

- Những ngày đầu của bệnh.
- Dịch não tủy bị chạm thương.

Điều trị

Acyclovir tĩnh mạch, liều cao (60mg/kg/ngày X 21 ngày) hiệu quả hơn liều thấp (30mg/kg/ngày X 10 ngày).

Tiền lượng: Tỷ lệ tử vong là 57% trong nhiễm trùng đa cơ quan và 15% trong viêm não. Sang thương khu trú không ghi nhận tử vong.

KẾT LUẬN

Trong 2 thập kỷ qua, xuất hiện thêm nhiều tác nhân mới như HIV, Parvovirus B19, Enteroviruses nhưng sự tồn tại của TORCH không hề thay đổi. Mặc dù có sự tiến bộ của sinh học phân tử nhưng chẩn đoán vẫn còn nhiều hạn chế.

Nhiễm trùng bào thai vẫn luôn là vấn đề lớn trong bệnh lý sơ sinh. Việc chẩn đoán sớm, là rất quan trọng. Do đó, việc nhận ra những điểm lâm sàng nổi bật của từng tác nhân cũng như yếu tố nghi ngờ là những tiêu chuẩn vàng giúp chẩn đoán và điều trị hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Berhman,2007, Intrauterine Infection Intrauterine Diagnosis of Fetal Disease, Nelson textbook of pediatrics, 18th ed, Elsevier, p.539-542.

Drucilla J Roberts, 2009, Placental infections, <http://www.uptodate.com>

Karen E Johnson, 2009, Overview of TORCH infections, <http://www.uptodate.com>.

Laura E Riley, 2008, Genital herpes simplex virus infection and pregnancy, <http://www.uptodate.com>.

Roberto Romero,2008, Preterm Labor, Intrauterine Infection, and the Fetal Inflammatory Response Syndrome, <http://www. Neoreviews>.

Ruth Gilbert, 2007, Toxoplasmosis and pregnancy, <http://www.uptodate.com>.



Herpes simplex bẩm sinh