

# NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

## I. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm khuẩn hậu sản là các nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục trong thời kỳ hậu sản. Đây là một trong những tai biến sản khoa thường gặp và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ.

## II. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

- Cơ sở vật chất và trang thiết bị không đảm bảo vô khuẩn.
- Các can thiệp làm không đúng chỉ định và điều kiện. Không đảm bảo quy trình chăm sóc trước, trong và sau sinh.
- Điều trị không tốt các nhiễm khuẩn đường sinh dục trước sinh.
- Cơ địa kém, suy giảm miễn dịch, béo phì.
- Bệnh lý tiền sản giật, thiếu máu, chuyển dạ kéo dài, ối vỡ non, vỡ sớm.
- Sốt nhau, rách âm đạo, rách cổ tử cung.
- Mầm bệnh hiện diện sẵn: vi khuẩn (tụ cầu vàng, *E. coli*...), nấm *Candida Albican*...

## III. CÁC HÌNH THÁI NHIỄM KHUẨN

### 3.1. Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

- Do rách tầng sinh môn phức tạp, rách hoặc cắt tầng sinh môn mà không khâu hoặc khâu không đúng kỹ thuật, không đảm bảo vô khuẩn khi khâu tầng sinh môn, sót gạc trong âm đạo.

- Triệu chứng: sốt nhẹ 38<sup>0</sup>C-38,5<sup>0</sup>C, vết khâu tầng sinh môn sưng tấy, đau, trường hợp nặng có mủ. Tử cung co hồi bình thường, sản dịch không hôi.

- Điều trị:

+ Cắt chỉ tầng sinh môn nếu vết khâu tấy đỏ có mủ. Vệ sinh tại chỗ hàng ngày bằng oxy già (nếu vết khâu có mủ), hoặc Povidon iodine.

+ Kháng sinh (uống hoặc tiêm).

### 3.2. Nhiễm trùng tử cung

- Đây là hình thái hay gặp, nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến các biến chứng khác nặng hơn như: viêm chu cung, viêm phúc mạc chậu, áp xe vùng chậu, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm khuẩn huyết...

- Nhiễm trùng tử cung hậu sản bao gồm: viêm nội mạc tử cung (Endometritis), viêm cơ tử cung (Endomyometritis), viêm mô quanh tử cung (Endoparametritis).

- Nhiễm trùng thường từ các vi khuẩn ở đường sinh dục dưới và thường nhiễm nhiều loại vi khuẩn cùng lúc (ái khí lẫn yếm khí). Các loại vi khuẩn thường gặp (tại Bệnh viện Từ Dũ): *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*,...

#### a) Chẩn đoán

- Lâm sàng

+ Triệu chứng cơ năng: sốt, đau hạ vị, có thể xuất huyết âm đạo muộn.

+ Triệu chứng toàn thân:

- Nhiệt độ  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ .
- Nhức đầu, lạnh run, mệt mỏi, chán ăn.
- Mạch nhanh.

- + Triệu chứng thực thể:
  - Sản dịch đục hôi.
  - Tử cung mềm nhão, ấn đau.
  - Xuất huyết từ lòng tử cung.
  - Khối cạnh tử cung (viêm chu cung, khối máu tụ).
- Cận lâm sàng
  - + Bạch cầu tăng từ 15.000-30.000/mm<sup>3</sup> (tỉ lệ đa nhân trung tính tăng).
  - + CRP tăng.
  - + Procalcitonin tăng trong các trường hợp có nhiễm trùng huyết.
  - + Siêu âm: có thể thấy hình ảnh ứ dịch lòng tử cung, hơi trong lòng tử cung, phù nề vết mổ cơ tử cung, nhưng đôi khi không có hình ảnh đặc hiệu.
  - + MRI: có thể thấy hình ảnh phù nề, hoại tử, bung vết mổ cơ tử cung...
  - + Cây máu, sản dịch.
- Chẩn đoán phân biệt
  - + Nhiễm trùng vết mổ
  - + Viêm vú, áp xe vú
  - + Viêm đài bể thận cấp
  - + Viêm phổi
  - + Viêm tắc tĩnh mạch sâu
  - + Các bệnh lý nhiễm trùng không liên quan thai kỳ: viêm ruột thừa, nhiễm siêu vi...

## **b) Xử trí**

- Nguyên tắc xử trí
  - + Kháng sinh
  - + Hạ sốt
  - + Nâng tổng trạng
  - + Sử dụng thuốc co hồi tử cung (Oxytocin x 1-2 ống/ngày, tiêm bắp)
  - + Hút ọat lòng tử cung, phẫu thuật khi có chỉ định
- Chọn lựa kháng sinh
  - + Sử dụng kháng sinh phổ rộng chống cả vi khuẩn kỵ khí sinh  $\beta$ -lactamase.
  - + Đối với nhiễm trùng tử cung nhẹ/hậu sản sinh ngã âm đạo có thể dùng kháng sinh đường uống.
  - + Đối với nhiễm trùng hậu sản nặng hay trung bình cần sử dụng kháng sinh phổ rộng, đường tiêm.
- Chọn lựa kháng sinh theo vi khuẩn thường gặp tại Bệnh viện Từ Dũ:
  - Chọn lựa 1
    - + Nhiễm trùng tử cung không nặng (sau sinh ngã âm đạo): Amoxicilin-acid clavulanic 625 mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 5 ngày
    - + Nhiễm trùng tử cung sau mổ:
      - Amoxicilin-acid clavulanic 1,2 g x 3 lần/ngày (tiêm tĩnh mạch chậm) trong 7 ngày + Gentamicin 80 mg/2 mL, 3-5 mg/kg/ngày (tiêm bắp/ truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.
      - Hoặc Amoxicilin-acid clavulanic 1,2 g x 3 lần/ngày (tiêm tĩnh mạch chậm) trong 7 ngày + Metronidazol 500 mg/100 mL 1 chai x 2-3 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày

- Hoặc Cephalosporin thế hệ 3 (Cefotaxim hoặc Ceftriaxon hoặc Ceftazidim) (đường tĩnh mạch) + Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2-3 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.

- Hoặc Clindamycin 600-900 mg mỗi 8 giờ (tiêm bắp/truyền tĩnh mạch) + Gentamicin 80mg/2ml 3-5 mg/kg/ngày (tiêm bắp/ truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.

Clindamycin: các liều tiêm bắp đơn độc không được lớn hơn 600 mg

Chọn lựa 2: nhiễm trùng nặng, kéo dài, không đáp ứng điều trị trên

- + Ticarcilin-acid clavulanic 3,2 g x 3-4 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) + Amikacin 500 mg 15 mg/kg/ngày (tiêm bắp/ truyền tĩnh mạch), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2-3 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.

- + Hoặc Piperacilin-tazobactam 4,5 g x 3-4 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) + Amikacin 500 mg 15 mg/kg/ngày (tiêm bắp/ truyền tĩnh mạch), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500 mg/100ml 1 chai x 2-3 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.

- Đánh giá hiệu quả điều trị sau 48-72 giờ.

- Các trường hợp sốt kéo dài, không đáp ứng điều trị, cần cân nhắc điều chỉnh theo kết quả kháng sinh đồ cụ thể từng trường hợp và đánh giá thêm để phát hiện các diễn tiến lâm sàng nặng hơn cần phẫu thuật.

### c) Hút nạo buồng tử cung

- Cần thiết trong các trường hợp sót nhau hoặc cần lấy sạch mô hoại tử trong lòng tử cung để giải quyết tình trạng nhiễm trùng.

- Nên hút nhẹ nhàng lòng tử cung, không nên nạo thô bạo để tránh tai biến thủng tử cung hoặc di chứng dính lòng tử cung sau này

### d) Phẫu thuật

- Các trường hợp nhiễm trùng tử cung nặng không đáp ứng điều trị, nhiễm trùng hoại tử vết mổ tử cung: phẫu thuật cắt tử cung, dẫn lưu.

## 3.3. Viêm dây chằng rộng và phần phụ

- Từ nhiễm khuẩn ở tử cung có thể lan sang các dây chằng (đặc biệt là dây chằng rộng) và các phần phụ như vòi trứng, buồng trứng

- Lâm sàng: xuất hiện muộn sau sinh 8-10 ngày.

- + Nhiễm trùng toàn thân, người mệt mỏi, sốt cao.

- + Sản dịch hôi, tử cung co hồi chậm

- + Thăm âm đạo thấy khối rắn đau, bờ không rõ, ít di động. Nếu là viêm dây chằng rộng ở phần trên hoặc viêm phần phụ thì khối u ở cao, nếu là viêm đáy của dây chằng rộng, nắn và phối hợp thăm âm đạo sẽ thấy khối viêm ở thấp, ngay ở túi cùng, có khi khối viêm dính liền với túi cùng, di động hạn chế. Khó phân biệt với đám quánh ruột thừa.

- Điều trị:

- + Nghỉ ngơi, chườm lạnh, giảm đau, chống viêm.

- + Kháng sinh phổ rộng (dựa vào kháng sinh đồ), phối hợp trong 2 tuần.

- + Dẫn lưu qua đường cùng đồ nếu áp xe Douglas.

- + Cắt tử cung trong trường hợp nặng.

## 3.4. Viêm phúc mạc (VPM) tiểu khung

- VPM thứ phát là hình thái nhiễm khuẩn lan từ tử cung, dây chằng rộng, phần phụ, đáy chậu

- VPM nguyên phát là nhiễm khuẩn từ tử cung có thể không qua các bộ phận khác mà đi theo đường bạch mạch hoặc lan trực tiếp đến mặt sau phúc mạc, lan đến túi cùng sau, ruột, bàng quang lan đến đâu sẽ hình thành giả mạc và phúc mạc sẽ dính vào nhau tại đó, phản ứng sinh ra các túi dịch, chất dịch có thể là một chất dịch trong (thể nhẹ), chất dịch có thể đục lẫn mủ hoặc máu (thể nặng).

- Tiến triển có thể khỏi hoặc để lại di chứng dính nếu là thể nhẹ; tiến triển vỡ khối mủ vào âm đạo, bàng quang, trực tràng nếu thể nặng. Nếu mủ vỡ vào ổ bụng sẽ gây VPM toàn bộ.

- Lâm sàng: 3-15 ngày sau sinh, sau các hình thái khác của nhiễm khuẩn hậu sản

+ Sốt cao 39°C-40°C, rét run, mạch nhanh.

+ Nhiễm trùng, nhiễm độc nặng.

+ Đau hạ vị, tiểu buốt, rát, có hội chứng giả ly.

+ Tử cung to, ấn đau, di động kém, túi cùng đau khi khám.

- Điều trị

+ Nội khoa: nâng cao thể trạng, kháng sinh phổ rộng, phối hợp 2-3 loại.

+ Ngoại khoa: chỉ mổ khi có biến chứng, hoặc dẫn lưu mủ qua túi cùng sau.

### **3.5. Viêm phúc mạc toàn thể**

- Không thường gặp sau mổ lấy thai. Rất hiếm gặp sau sanh ngã âm đạo.

- Nguyên nhân:

+ Trong mổ lấy thai do không đảm bảo vô khuẩn, khâu tử cung không tốt, sót nhau, tổn thương ruột, bàng quang, sót gạc trong ổ bụng.

+ Nhiễm khuẩn ối, nhiễm trùng bởi vi khuẩn độc lực cao như *Streptococcus* tán huyết  $\beta$  nhóm A.

+ Có thể là biến chứng của các hình thái nhiễm khuẩn như: viêm tử cung toàn bộ, viêm dây chằng phần phụ có mủ, viêm phúc mạc tiểu khung điều trị không tốt

- Có thể xuất hiện sớm sau mổ lấy thai hoặc muộn 7-10 ngày sau các hình thái nhiễm trùng khác .

+ Sốt cao 39°C-40°C, rét run, mạch nhanh nhẹ.

+ Nhiễm trùng, nhiễm độc.

+ Nôn và buồn nôn. Bụng chướng, đau, cảm ứng phúc mạc.

+ Phản ứng thành bụng có thể không rõ do bụng mềm nhão sau sinh.

+ Tử cung to ấn đau, túi cùng đầy đau.

- Cận lâm sàng:

+ Bạch cầu tăng, neutrophil tăng, thiếu máu tán huyết, CRP tăng.

+ Rối loạn điện giải và toan chuyển hóa, rối loạn chức năng gan, thận.

+ Cây sản dịch, cấy máu (làm kháng sinh đồ).

+ Siêu âm: ổ bụng có dịch, các quai ruột giãn, có thể phát hiện dị vật (sót gạc...).

+ X quang bụng không chuẩn bị: tiểu khung mờ, có mực nước hơi.

- Điều trị
  - + Nội khoa: nâng thể trạng, bù nước điện giải, kháng sinh liều cao, phổ rộng, phối hợp.
  - + Ngoại khoa: phẫu thuật cắt tử cung, rửa ổ bụng và dẫn lưu.

### **3.6. Nhiễm khuẩn huyết**

- Đây là hình thái nặng nhất. Có thể để lại nhiều di chứng thậm chí tử vong.
- Lâm sàng: sau can thiệp thủ thuật từ 24-48 giờ.
  - + Hội chứng nhiễm độc nặng, hội chứng thiếu máu, dấu hiệu choáng nhiễm độc, huyết áp tụt, rối loạn vận mạch và tình trạng toan máu.
  - + Sản dịch hôi bẩn, cổ tử cung hé mở, tử cung to mềm ấn đau.
  - + Có thể xuất hiện nhiễm khuẩn ở các cơ quan khác (phổi, gan, thận).
- Cận lâm sàng: bạch cầu tăng, CRP tăng, Procalcitonin (+), suy giảm chức năng gan-thận, rối loạn các yếu tố đông máu. Cây máu, cấy sản dịch (+).
- Điều trị:
  - + Nội khoa: hồi sức chống choáng, kháng sinh phổ rộng, phối hợp (điều chỉnh theo kháng sinh đồ nếu cần), kéo dài.
  - + Ngoại khoa: cắt tử cung (sau điều trị kháng sinh tối thiểu 6-24 giờ), dẫn lưu ổ bụng.

### **3.7. Viêm tắc tĩnh mạch**

- Nguyên nhân: chuyển dạ kéo dài, đẻ khó, chảy máu nhiều, đẻ nhiều lần, lớn tuổi.
  - + Máu chảy chậm trong hệ tĩnh mạch, không lưu thông dễ dàng từ dưới lên trên.
  - + Máu dễ đông do tăng sinh sợi huyết, tăng số lượng tiểu cầu.
  - + Do yếu tố thần kinh giao cảm của hệ tĩnh mạch ở chi dưới hoặc bụng.
- Lâm sàng:
  - + Thường xảy ra muộn ngày thứ 12-15 sau đẻ, sốt nhẹ, mạch tăng.
  - + Tắc tĩnh mạch chân hay gập: phù trắng, ấn đau, căng, nóng từ đùi trở xuống, gót chân không nhấc được khỏi giường.
  - + Tắc động mạch phổi: khó thở đột ngột, đau tức ngực, khạc ra máu.
  - + Tắc mạch mạc treo: đau bụng đột ngột, dữ dội, rối loạn tiêu hóa.
- Cận lâm sàng: công thức máu (chú ý tiểu cầu), CRP, các yếu tố đông máu, siêu âm Doppler mạch, chụp mạch, MRI.
- Điều trị:
  - + Tắc tĩnh mạch chân: bất động chân 3 tuần sau khi hết sốt, kháng sinh, chống đông (Enoxaparin, Nadroparin calcium), theo dõi yếu tố đông máu và tiểu cầu 1 lần/1 tuần.
  - + Tắc mạch các cơ quan khác: xử trí theo từng chuyên khoa.

## **IV. DỰ PHÒNG**

- Đảm bảo điều kiện vô khuẩn khi đỡ sinh, khi thăm khám, các thủ thuật, phẫu thuật. Đảm bảo không sót nhau trong tử cung, xử trí tốt các tổn thương đường sinh dục khi sinh.

- Thực hiện các thủ thuật, phẫu thuật nhẹ nhàng, hạn chế làm tổn thương mô, cầm máu tốt.
- Phát hiện sớm và điều trị tích cực các trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh dục trước trong và sau sinh.
- Dùng kháng sinh dự phòng đúng nguyên tắc.