

Chăm sóc trẻ sơ sinh tuần đầu sau đẻ

NHIỄM TRÙNG SƠ SINH SỚM TRUYỀN BẰNG ĐƯỜNG MẸ - THAI

NGUYỄN THỊ KIỀU NHI

Mục tiêu học tập

1. Kể được các cách lây nhiễm của nhiễm trùng sơ sinh sớm truyền bằng đường mẹ-thai
2. Mô tả các dạng lâm sàng của nhiễm trùng sơ sinh sớm truyền bằng đường mẹ - thai.
3. Chẩn đoán được bệnh nhiễm trùng sơ sinh sớm truyền bằng đường mẹ-thai.
4. Trình bày được các nguyên tắc điều trị nhiễm trùng sơ sinh sớm truyền bằng đường mẹ - thai

3.1. Đặc điểm phát triển hệ thống miễn dịch trẻ sơ sinh Miễn dịch thể dịch

- Immunoglobuline:
 - Miễn dịch thể dịch: sự đáp ứng tạo kháng thể đặc hiệu đối với kháng nguyên, sự đáp ứng này có hiệu quả nhất nếu cơ thể trẻ được tiếp xúc với kháng nguyên từ trước.
 - Kháng thể được sản xuất từ tế bào B, được hoạt hoá bởi tế bào T và kháng nguyên.

Loại Immunoglobuline:

Imunoglobuline G (IgG):

- Có mặt phần lớn ở huyết thanh và dịch ruột
- Miễn dịch chống lại vi khuẩn và virus
- Được truyền qua nhau thai theo phương thức chủ động hoặc thụ động
- Được tiết với nồng độ tăng dần từ tuần thai thứ 40
- Giảm ở trẻ đẻ non, nồng độ tỷ lệ thuận với tuổi thai
- Giảm ở trẻ già tháng và trẻ đẻ thấp cân cân do ức chế vận chuyển qua nhau thai vì ở những loại sơ sinh này có tổn thương nhau thai

Imunoglobuline M (IgM):

- Không qua được nhau thai
- Tổng hợp sớm trong bào thai nhưng chỉ có thể định lượng được từ tuần thai thứ 30
- Có thể gia tăng > 20 mg/ml khi bị nhiễm trùng trong tử cung
- Nồng độ kháng thể nhanh chóng gia tăng trong máu sau khi sinh.

Imunoglobuline A (IgA):

- IgA thường gặp nhất trong niêm mạc ống tiêu hoá, hô hấp, sữa non, sữa mẹ.
- Không qua nhau thai
- Được tổng hợp với số lượng ít trong giai đoạn bào thai, chỉ có thể định lượng ở trẻ sơ sinh sau sinh 2-3 tuần tuổi
- Nồng độ gia tăng trong 1 số bệnh nhiễm trùng sơ sinh do virus

Imunoglobuline E (IgE):

- Hiện diện một lượng nhỏ trong huyết thanh và dịch tiết
- Vai trò chủ yếu trong phản ứng dị ứng

Miễn dịch tế bào:

Miễn dịch tế bào đặc hiệu:

- Đáp ứng miễn dịch tế bào qua trung gian Lympho T,
- Di trú ở tuyến ức,
- Biệt hoá ở đó, được hoạt hoá bởi kháng nguyên, trở thành nhạy cảm hoặc thành tế bào nhớ hoặc tế bào T hoạt hoá (Cytotoxic, Helper, Suppressor)

Miễn dịch tế bào không đặc hiệu: Neutrophil, Monocyte, Bô thể

- Neutrophile chiếm tỷ chủ yếu của Lympho:
- Neutrophile trưởng thành sinh ra từ tủy xương
- Dòng đầu tiên đề kháng chống lại vi khuẩn
- Ở trẻ sơ sinh khoẻ mạnh, kho dự trữ Neutrophile đầy đủ.
- Ở trẻ sơ sinh bị nhiễm trùng dự trữ Neutrophil nhanh chóng bị thiếu hụt vì: giảm tăng trưởng và sinh sản, giảm kho dự trữ, giảm số lượng Neutrophil đến vị trí nhiễm trùng.

Sức đề kháng trẻ sơ sinh yếu kém: tóm tắt như sau:

- Miễn dịch thể dịch:
- Kháng thể giảm: do đáp ứng kém với kích thích kháng nguyên, không sinh ra kháng thể đặc hiệu.
- Hoạt tính hướng động giảm: do giảm kháng thể trong máu, giảm bô thể
- Đáp ứng Neutrophil:
- Giảm kho dự trữ Neutrophil
- Giảm tăng sinh tế bào gốc tạo neutrophil trong nhiễm trùng
- Chức năng Neutrophil bị thay đổi do tác dụng của các chất hoá học trung gian, thực bào, vi khuẩn bị giết chết

Ngoài đặc điểm về miễn dịch sức đề kháng cơ thể còn yếu vì:

- Da trẻ non yếu.
- PH da kiềm.
- Niêm mạc đường tiêu hóa dễ thấm.
- Dễ bị nhiễm trùng máu trước khi sinh.
- Có thể bị lây nhiễm trong khi sinh.

Dịch tế học

- Ở các nước phát triển như ở Pháp 1% trẻ sơ sinh bị mắc bệnh nhiễm trùng, 15 % trẻ sơ sinh nhập viện nằm ở phòng hồi sức sơ sinh bị mắc nhiễm trùng.
- Ở nước ta tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh còn cao hơn. Nhiễm trùng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong thời kỳ sơ sinh với tỷ lệ 13 – 15 % ở các nước trên thế giới. Nhiễm trùng sơ sinh thường mắc ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ. Theo dõi xác định rõ những yếu tố nguy cơ, phát hiện sớm những biến đổi lâm sàng, những biến đổi về huyết học có thể phát hiện sớm bệnh nhiễm trùng sơ sinh cho phép xử trí sớm, góp phần đáng kể giảm tỷ lệ tử vong.

3.3. Cách lây nhiễm

Lây nhiễm trước sinh:

- Sớm: truyền bằng đường máu qua nhau thai, thường do virus (ví dụ Rubéole - CMV)
- Chậm > 5 tháng:
+Bằng đường máu: vi khuẩn, nhiễm trùng huyết ở phụ nữ mang thai do E.Coli, Listeria.
+Bằng đường tiếp xúc; viêm màng ối (ối vỡ sớm)

Lây nhiễm trong khi sinh:

- Do nhiễm trùng ối có hoặc không ối vỡ sớm > 6 giờ(thường do Liên cầu khuẩn nhóm B)
- Lây nhiễm trong khi lọt qua đường sinh dục mẹ.
- Lây nhiễm qua những dụng cụ trong khi can thiệp những thủ thuật sản khoa.

3.4. Nguyên nhân

Ba vi khuẩn thường gây nhiễm trùng sơ sinh sớm vì tính thường gặp của nó:

- Liên cầu khuẩn nhóm B, Colibacille, Listéria.
- Những vi khuẩn kỵ khí và ái khí khác cũng có thể gây nhiễm trùng truyền bằng đường mẹ - thai nhưng với tần suất ít gặp hơn như:
- Haemophilus, Méningococcus, Staphylococcus, Pneumococcus....

3.5. Các dạng lâm sàng

- Dạng nhiễm trùng huyết :
- Dạng viêm màng não mủ:
- Dạng khu trú:
- Dạng tại chỗ:

- Những dấu hiệu sớm:
 - Rối loạn thân nhiệt
 - Bú kém, nôn mửa hơn
 - Ít vận động hơn
 - Kém thức tỉnh hơn

3.6. Chẩn đoán

- 1, Tiền sử:
- 2, Lâm sàng:
- 3, Cận lâm sàng:
 - Vi khuẩn học:
 - Huyết học:

3.6. Điều trị

Điều trị nguyên nhân:

- Dùng kháng sinh khi chưa có kết quả vi khuẩn học sẽ dựa vào 3 vi khuẩn thông thường gây nhiễm trùng sơ sinh sớm
- 50-70% trường hợp Colibacille đề kháng với Ampicilline, Listeria không nhạy cảm với Céphalosporine thế hệ thứ 3.

- Có nhiều tác giả khuyên nên bắt đầu bằng 2 kháng sinh kết hợp (ampicilline + aminosides) để tránh vấn đề vi khuẩn kháng thuốc và chọn lọc thuốc.
- Sau đó nếu lâm sàng có chuyển biến nhiễm trùng nặng sẽ phối hợp thêm một kháng sinh thứ 3 thuộc nhóm Céphalosporines thế hệ thứ 3.

- Một số tác giả khuyên nên phối hợp 3 thứ kháng sinh cùng một lúc nếu lâm sàng có biểu hiện rõ nhiễm trùng rồi sau đó giảm bớt một thứ kháng sinh tùy vào kết quả xét nghiệm vi khuẩn học.

- Liều lượng và khoảng cách tiêm thuốc đôi khi dùng liều duy nhất tùy thuộc vào sự trưởng thành của chức năng gan và khả năng lọc của cầu thận trong giai đoạn này.
 - Khoảng cách cho thuốc là 24 giờ (dùng liều duy nhất) giữa tuổi thai 28-31 tuần;
 - 16-18 giờ cho tuổi thai 32-34 tuần;
 - 12 giờ cho tuổi thai 35-42 tuần;
 - 8 giờ sau 8 ngày tuổi.

- Sau khi có kết quả vi khuẩn học âm tính trong trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng, kháng sinh sẽ ngưng sau 3 ngày điều trị.
- Nếu không, kháng sinh phải được tiếp tục cho đến 10 ngày điều trị
- 15 đến 21 ngày trong trường hợp viêm màng não mủ

- Ampicilline có thể dùng liều 50-200mg/kg.
- Cephalexine thế hệ thứ III dùng liều từ 50-200mg/kg.

Điều trị hỗ trợ:

Không kém phần quan trọng:

- Thở oxy,
- Nằm lòng áp,
- Truyền dịch nuôi dưỡng,
- Truyền dịch phân tử lớn như plasma tươi trong trường hợp có choáng.