

NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH

I. ĐỊNH NGHĨA:

Nhiễm trùng huyết sơ sinh là bệnh gây tổn thương nhiều cơ quan kèm du khuẩn huyết, xảy ra trong tháng đầu sau sinh.

Tác nhân gây nhiễm trùng huyết nguyên phát thường là: *Streptococcus nhóm B, E.coli, Listeria*

Vi khuẩn gây nhiễm trùng bệnh viện thay đổi theo từng đơn vị chăm sóc trẻ, thường là: *Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Klebsiella, E.coli*

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a) Hỏi – Khai thác tiền sử sản khoa:

- Sinh non, sinh nhẹ cân.
- Vỡ ối sớm ≥ 24 giờ, nước ối đục, hôi.
- Sinh khó, sinh ngạt (Apgar 1 phút < 5 , 5 phút < 7 đ).
- Mẹ có sốt hay nhiễm trùng trước, trong và sau sinh.
- Có hồi sức lúc sinh hoặc dùng các thủ thuật xâm lấn.

b) Khám: tìm các dấu hiệu của nhiễm trùng:

b.1. Tổng quát: bú kém, sốt $\geq 38^{\circ}$ C hoặc hạ thân nhiệt $< 36,5^{\circ}$ C.

b.2. Các cơ quan:

- Thần kinh: Lừ đừ, hôn mê hay tăng kích thích, co giật, giảm phản xạ nguyên phát, giảm hay tăng trương lực cơ, thóp phồng, dấu thần kinh khu trú.
- Tiêu hóa: nôn ói, tiêu chảy, chướng bụng, xuất huyết tiêu hóa, gan lách to.
- Hô hấp: tím tái, cơn ngưng thở > 20 giây hoặc ngưng thở < 20 giây kèm nhịp tim chậm, thở nhanh > 60 lần/phút, thở co lõm.
- Tim mạch: nhịp tim nhanh hay chậm, hạ huyết áp, da xanh, lạnh, nổi bông.
- Da niêm: vàng da, xuất huyết da niêm, rốn mủ, mủ da, cứng bì.

b.3. Tìm dấu hiệu nặng của nhiễm trùng:

- Cứng bì.
- Sốt: mạch nhẹ, da nổi bông, thời gian phục hồi màu da > 3 giây.

b.4. Tìm ổ nhiễm trùng: nhiễm trùng da, nhiễm trùng rốn, viêm tĩnh mạch nơi tiêm chích, viêm phổi do giúp thở, nhiễm trùng tiểu do đặt sond tiểu.

c) Đề nghị xét nghiệm:

- Phết máu ngoại biên.
- CRP.
- Cấy máu.

- Cấy nước tiểu.
- Cấy dịch cơ thể: phân, mủ da, dịch khớp khi cần.
- Chọc dò tủy sống là động tác bắt buộc để loại trừ viêm màng não mủ đi kèm khi có triệu chứng thần kinh
- Ion đồ, đường huyết, bilirubin (nếu có vàng da)
- Khí máu động mạch (nhiễm trùng huyết nặng, suy hô hấp)
- Đông máu toàn bộ (nhiễm trùng huyết nặng, có biểu hiện xuất huyết)

2. Chẩn đoán xác định: cấy máu (+).

3. Chẩn đoán có thể: khi chưa có kết quả cấy máu,

- Lâm sàng: triệu chứng nhiều cơ quan + ổ nhiễm trùng + Cận lâm sàng gợi ý nhiễm trùng huyết:
- Công thức máu: phải có ít nhất 3 tiêu chuẩn sau:
 - Bạch cầu giảm $\leq 5.000/\text{mm}^3$ hoặc tăng $\geq 25.000/\text{mm}^3$.
 - Tỷ lệ : $\frac{\text{bạch cầu hạt non}}{\text{bạch cầu hạt trưởng thành}} \geq 0,3$.
 - Có không bào, hạt độc, thể Dohi.
 - Tiểu cầu đếm $< 150.000 / \text{mm}^3$
- CRP $> 10 \text{ mg / L}$.

4. Chẩn đoán phân biệt: các triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu → chẩn đoán phân biệt gồm có các bệnh lí gây suy hô hấp, bệnh lí tim mạch, bệnh hệ tiêu hóa, bệnh về máu, bệnh lí hệ thần kinh trung ương.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Dùng kháng sinh ngay khi nghi ngờ nhiễm trùng huyết. Thường các kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng được phối hợp với nhau hoặc chọn kháng sinh dựa vào loại vi trùng trẻ có thể bị nhiễm, sự nhạy cảm của vi trùng, khả năng đạt được nồng độ diệt khuẩn tại vị trí nhiễm trùng, tác dụng phụ, sự non kém của chức năng gan, thận.
- Đủ liều, đủ thời gian.
- Phối hợp với điều trị nâng đỡ và điều trị các biến chứng.

1. Điều trị ban đầu:

a) *Bệnh nhi chưa được điều trị kháng sinh:* Phối hợp:

- Ampicilline + Gentamycin.
- Hoặc Ampicilline + Cefotaxim.
- Hoặc Ampicilline + Cefotaxim + Gentamycin: khi có một trong các dấu hiệu sau:
 - Nhiễm trùng huyết trước 7 ngày tuổi.
 - Bệnh có dấu hiệu nặng, nguy kịch ngay từ đầu.
 - Nhiễm trùng huyết + viêm màng não mủ.
- Nếu có sốc hoặc nghi tụ cầu: Cefotaxime + Oxacillin \pm Gentamycin

b) Bệnh nhi đã được điều trị ở tuyến trước với những kháng sinh như trên nhưng không cải thiện hoặc nghi nhiễm trùng bệnh viện:

- Ciprofloxacin / Pefloxacin / Cefepim ± Amikacin nếu nghi nhiễm trùng huyết Gr(-)
 - Oxacillin / Vancomycine ± Amikacin nếu nghi nhiễm trùng huyết tụ cầu, hoặc:
 - Vancomycine + Ciprofloxacin ± Amikacin nếu chưa rõ tác nhân.
- (Ưu tiên chọn kháng sinh đầu, nếu kháng sinh đầu đã dùng thì chọn kháng sinh kế tiếp. Ví dụ: Ciprofloxacin / Cefepim: chọn Ciprofloxacin, nếu đã dùng chọn Cefepim).

3. Điều trị tiếp tục: dựa vào kết quả cấy máu và diễn tiến lâm sàng.

- Thời gian điều trị kháng sinh: 10 – 14 ngày.
- Thời gian điều trị kéo dài hơn (3-4 tuần) khi:
 - Nhiễm trùng huyết gram âm.
 - Có viêm màng não mủ đi kèm.
- Thời gian sử dụng Aminoglycoside không quá 5-7 ngày.

4. Điều trị nâng đỡ và điều trị các biến chứng:

- Sốc nhiễm trùng, đông máu nội mạch lan tỏa (Xem bài sốc nhiễm trùng, DIC)
- Cung cấp năng lượng (Xem bài nuôi ăn qua tĩnh mạch, qua sonde dạ dày)
- Hỗ trợ hô hấp (Xem bài suy hô hấp).
Nếu có giảm bạch cầu nặng: truyền bạch cầu hạt hoặc thay máu nếu có thể.