

NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Biểu hiện lâm sàng + cấy máu (+)
- Tỷ lệ nhiễm trùng huyết sơ sinh(NTH SS) ở các nước phát triển: 2,2- 8,6/1000 sơ sinh sống.
- Tỷ lệ tử vong do nhiễm trùng huyết nặng ở sơ sinh: 20-40%
- Gồm :
 - + NTH SS sớm: xuất hiện ở trẻ < 7 ngày tuổi
 - + NTH SS muộn: xuất hiện ở trẻ \geq 7 ngày tuổi.

2. Nguyên nhân

- **Vi trùng học**
 - + NTH sớm :
 - 50% vi trùng Gr(+) chủ yếu là Streptococcus nhóm B : > 40%
 - 50% là vi trùng Gr(-) chủ yếu là E.coli : 17%
 - Listeria : 1%
 - + NTH muộn :
 - Gram (+) : 70% Stap. Coagulase (-): 48% S.aureus , Enterococcus sp , Strep B : 13%
 - Gram(-) : 20% E.coli , Klebsiella , Pseudomonas
 - Candida.albicans + Candida.parapsilosis : 10%
- **Yếu tố nguy cơ**
 - + Vỡ ối kéo dài > 18 giờ
 - + Mẹ có mang Streptococcus nhóm B
 - + Biểu hiện của viêm màng ối:
 - + Mẹ sốt > 38o C
 - + Và \geq 2 dấu hiệu : tim thai nhanh, mẹ đau bụng, dịch âm đạo hôi, mẹ có tăng bạch cầu
 - + Sơ sinh non tháng, nhẹ cân
 - + Ngạt, Apgar \leq 6
 - + Đa thai, suy thai
 - + Sinh bên ngoài phòng sinh
 - + Điều kiện kinh tế thấp

II. LÂM SÀNG

- Triệu chứng lâm sàng của NTH SS thường không đặc hiệu và không khẳng định, có thể gặp các triệu chứng:
 - + Suy hô hấp
 - + Nhịp tim nhanh
 - + Rối loạn huyết động học : tím, xanh, da nổi bông, thời gian phục hồi sắc da kéo dài
 - + Biểu hiện tiêu hóa: bụng chướng, bỏ bú, tiêu chảy
 - + Hạ thân nhiệt (< 35o C), tăng thân nhiệt(> 37,8o C)
 - + Biểu hiện thần kinh: bất thường trương lực cơ, ngưng thở, co giật.
 - + Gan to hay lách to

- + Vàng da sớm hay vàng da trở lại, tăng bilirubin toàn phần hay trực tiếp
- + Phát ban, xuất huyết da (chấm hay đốm xuất huyết)
- + Các rối loạn khác: hạ đường huyết, tăng đường huyết, toan chuyển hóa, giảm tiểu cầu, đông máu nội mạch lan tỏa

III. CẬN LÂM SÀNG

- BC < 5000 hay > 20.000/ mm³
- BC đa nhân trung tính \leq 1000/ mm³
- BC non > 20%
- Tỷ lệ BC non/tổng lượng BC > 0.3
- Giảm tiểu cầu < 150.000/ mm³
- CRP \geq 10 mg/l
- Cây máu: luôn luôn cấy trước khi sử dụng kháng sinh (lấy ít nhất 1ml máu)
- Nếu trẻ < 12giờ tuổi: làm thêm cấy dịch dạ dày
- CDTS: khi trẻ đờ, ngưng thở, co giật, tăng hay giảm trương lực cơ (tạm hoãn CDTS nếu có sốc, suy hô hấp nặng, hội chứng xuất huyết)
- Xquang ngực: khi có biểu hiện hô hấp
- Cây nước tiểu khi nghi ngờ nhiễm trùng huyết ở trẻ > 6 ngày tuổi.
- Các xét nghiệm khác để phát hiện các biến chứng nếu cần: đông máu toàn bộ, ion đồ máu, đường huyết, chụp Xquang bụng, CT scan sọ não
- Huyết đồ và CRP cần làm lại sau lần đầu 12-24h nếu bilan lần đầu chưa rõ NT

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Khi có các biểu hiện lâm sàng kèm với \geq 2 biểu hiện cận lâm sàng:

- BC ĐNTT \leq 1000/ mm³
- BC non / tổng lượng BC > 0,3
- CRP \geq 10mg/dl

2. Chẩn đoán xác định: khi cấy máu (+)

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bảo đảm theo nguyên tắc ABC: đường thở, hô hấp, tuần hoàn
- Lập đường truyền TM, điều chỉnh rối loạn kiềm toan
- Kháng sinh đặc hiệu
- Điều trị hỗ trợ:
- Sốc: bù dịch, vận mạch
- Suy hô hấp: hỗ trợ hô hấp với oxy cannula, NCPAP, thở máy
- Đông máu nội mạch lan tỏa: máu tươi, plasma tươi, tiểu cầu đậm đặc
- Điều chỉnh đường huyết, nước- điện giải, chống co giật, theo dõi bilirubin

2. Điều trị cụ thể

- Nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm:

- + Nghi ngờ NTH SS : cho kháng sinh ngay không chờ kết quả xét nghiệm. Liều lượng kháng sinh xem thêm bài “Kháng sinh cho trẻ sơ sinh”
- + Kháng sinh ban đầu: phối hợp Ampicillin và Amikacin.
- + hoặc Ampicillin và Cephalosporin thế hệ 3.
- + liều Ampicillin như liều viêm màng não.
- + Chọc dò tủy sống sớm khi có thể, để xác định hay loại trừ viêm màng não.

- + Nếu có viêm màng não, điều chỉnh liều các loại kháng sinh theo liều viêm màng não.
- + Giờ thứ 48 sau bilan lần 1: làm lại huyết đồ, CRP, cấy máu (CDTS kiểm tra nếu có viêm màng não)
- + Nếu không loại trừ viêm màng não tiếp tục liều Ampicillin như trên, nếu loại trừ viêm màng não, chỉnh liều như liều nhiễm trùng huyết.
- + Điều chỉnh điều trị sau 48 giờ kháng sinh:
- + Ngưng kháng sinh: nếu hết biểu hiện lâm sàng + bilan lần đầu âm tính + bilan sau 12- 24giờ âm tính
- + Ngưng Aminocide sau 2- 5 ngày
- + Chẩn đoán NTH nhưng cấy máu(-) : điều trị kháng sinh 7-10 ngày
- + Chẩn đoán NTH và cấy máu (+): lựa chọn kháng sinh theo kháng sinh đồ, thời gian điều trị 10-14 ngày (KS thêm 7 ngày sau khi cấy máu trở nên (-))
- **Nhiễm trùng huyết sơ sinh muộn:**
 - + Nếu trẻ nhập viện từ cộng đồng, thường kháng sinh khởi đầu giống như nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm.
 - + Nếu trẻ đang nằm viện, phối hợp kháng sinh theo kinh nghiệm và theo chủng vi trùng gây nhiễm trùng bệnh viện hiện tại.
 - + Chọc dò tủy sống sớm ngay khi có thể, để xác định hay loại trừ viêm màng não.
- + Nếu là trẻ non tháng hoặc có sử dụng catheter TM TW, nên phối hợp thêm Vancomycin.

3. Tiêu chuẩn hội chẩn hồi sức

- Sốc nhiễm trùng đã được bù dịch nhưng huyết động học chưa ổn định
- Sốc nhiễm trùng nặng kèm các rối loạn chức năng khác: rối loạn đông máu, rối loạn điện giải, tăng bằng kiểm toan nặng, suy hô hấp nặng
- Suy hô hấp không đáp ứng oxy cannula và NCPAP
- Cơ giât cần kiểm soát với thuốc an thần liều cao hay lặp lại
- Cần thực hiện các thủ thuật: đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, dẫn lưu màng phổi

4. Tái khám

- Theo dõi và tái khám các biến chứng và di chứng: co giât, xuất huyết não...