

NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH

I. ĐỊNH NGHĨA:

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

Tác nhân gây nhiễm trùng huyết từ cộng đồng 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, Pseudomonas, Acinobacter.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a) Hỏi – Khai thác tiền sử sản khoa:

Sinh non, sinh nhẹ cân.

Vỡ ối sớm ≥ 18 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 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$.

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.

Sốc: 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 khi có triệu chứng thần kinh hoặc chưa loại trừ viêm màng não mủ

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: Lâm sàng gợi ý nhiễm trùng và 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 1 trong những tiêu chuẩn sau:

- Bạch cầu giảm $\leq 5.000/\text{mm}^3$ hoặc tăng $\geq 20.000/\text{mm}^3$.

- Tỷ lệ : Band Neutrophil/ Neutrophil $\geq 0,2$

- Có không bào, hạt độc, thể Dohle.

- 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 lý gây suy hô hấp, bệnh lý tim mạch, bệnh hệ tiêu hóa, bệnh về máu, bệnh lý hệ thần kinh trung ương.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Phát hiện và điều trị biến chứng: suy hô hấp, sốc.
- Điều trị kháng sinh.
- Phối hợp với điều trị nâng đỡ và điều trị các biến chứng khác.

2. Điều trị kháng sinh:

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.

a. Kháng sinh ban đầu: Bệnh nhi chưa được điều trị kháng sinh

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 nghi tụ cầu (nhiễm trùng da hoặc rốn): Oxacillin + Gentamycin ± Cefotaxime

b. Kháng sinh tiếp theo: Khi không đáp ứng với kháng sinh ban đầu hoặc nghi nhiễm trùng bệnh viện.

- Nếu có kết quả kháng sinh đồ: đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Nếu chưa có kết quả kháng sinh đồ:

Ciprofloxacin / Pefloxacin / Ticarcillin/ Cefepim ± Amikacin nếu nghi nhiễm trùng huyết Gr(-). Nếu thất bại với các kháng sinh trên dùng Imipenem.

Vancomycine ± Amikacin nếu nghi nhiễm trùng huyết tụ cầu.

Phối hợp thêm Metronidazol (TM) nếu nghi vi khuẩn kỵ khí (viêm phúc mạc)

Ưu tiên chọn kháng sinh ban đầu, nếu kháng sinh đầu đã dùng thì chọn kháng sinh kế tiếp. Ví dụ: Ciprofloxacin / Cefepim: chọn Ciprofloxacin, nếu đã dùng chọn Cefepim).

c. Thời gian điều trị kháng sinh: dựa vào kết quả cấy máu và diễn tiến lâm sàng

Trung bình: 10 – 14 ngày.

Khi có viêm màng não mủ đi kèm: có thể kéo dài hơn (21 – 28 ngày)

Thời gian sử dụng Aminoglycoside không quá 7 ngày.

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

Điều trị suy hô hấp (xem bài suy hô hấp)

Sốc nhiễm trùng (xem bài sốc sơ sinh)

Điều chỉnh toan kiềm nếu có

Điều chỉnh rối loạn đông máu (xem phác đồ DIC)

Dinh dưỡng