

# NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH

## 1. 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 từ cộng đồng thường là: *Streptococcus* nhóm B, *E.coli*, *Listeria*.

Vì 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*.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Hỏi – khai thác tiền sử sản khoa

Sinh non, sinh nhẹ cân.

Vỡ ối sớm  $\geq 18$  giờ, nước ối đục, hôi.

Sinh khó, sinh ngạt (Apgar 1 phút  $< 5$  đ, 5 phút  $< 7$  đ).

Mẹ có sốt hay nhiễm trùng trước, trong và sau sinh.

GBS dương tính trong phết âm đạo ở mẹ.

Có hồi sức lúc sinh hoặc dùng các thủ thuật xâm lấn.

### 2.2. Khám: tìm các dấu hiệu của nhiễm trùng

#### Tổng quát

Bú kém, sốt  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  hoặc hạ thân nhiệt  $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$ .

#### 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 hiệu thần kinh khu trú.

Tiêu hóa: bú kém, bỏ bú, nôn ói, tiêu chảy, chướng bụng, xuất huyết tiêu hóa, gan lách to.

Hô hấp: tím tái, cơn ngưng thở  $\geq 20$  giây hoặc ngừng thở  $\geq 20$  giây kèm nhịp tim chậm, thở nhanh  $\geq 60$  lần/phút, thở co lõm, thở rên, phổi ran ẩm.

Tim mạch: nhịp tim nhanh hay chậm, hạ huyết áp, da xanh, lạnh, nổi bông.

Tiết niệu: thiếu niệu, vô niệu, tiểu máu.

Da niêm: vàng da, xuất huyết da niêm, mụn da, cứng bì.

#### Tìm dấu hiệu nặng của nhiễm trùng

Cứng bì.

Sốc: mạch nhẹ, da nổi bông, thời gian phục hồi màu da  $> 3$  giây.

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 sonde tiểu.

### 2.3. Cận lâm sàng

Công thức máu.

Phết máu ngoại vi.

CRP.

Cấy máu.

Cấy nước tiểu.

Cấy dịch cơ thể: phân, mủ da.

Chụp X-quang ngực thẳng.

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).

Ure, creatinin.

Đo hoạt độ AST, ALT.

Lactate máu.

Khí máu động mạch (nhiễm trùng huyết nặng, suy hô hấp).

Đông máu toàn bộ (nhiễm trùng huyết nặng, có biểu hiện xuất huyết).

### 2.4. Chẩn đoán

#### 2.4.1. 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  $\leq 5.000/\text{mm}^3$  hoặc  $\geq 20.000/\text{mm}^3$ .

+ Tỷ lệ Band Neutrophil/ Neutrophil: 0,2.

+ Có không bào, hạt độc, thể Dohl.

+ Tiểu cầu đếm  $< 150.000/\text{mm}^3$ .

+ CRP  $> 10 \text{ mg/L}$ .

#### 2.4.2. Chẩn đoán xác định:

Lâm sàng gợi ý nhiễm trùng và cấy máu (+).

### 2.4.3. Chẩn đoán phân biệt:

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.

## 3. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. 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.

### 3.2. 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.

#### Kháng sinh ban đầu (bệnh nhi chưa được điều trị kháng sinh)

Ampicillin + Gentamycin

Hoặc Ampicillin + Cefotaxim

Hoặc Ampicillin + Cefotaxim + Gentamycin: khi có 1 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 ngờ Tụ cầu (nhiễm trùng da hoặc rốn): Oxacillin + Gentamycin ± Cefotaxim.

#### 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/ Cefepim; Amikacin nếu nghi nhiễm trùng huyết Gram (-).  
Nếu thất bại với kháng sinh trên, dùng Imepenem.

Vancomycin; Amikacin nếu nghi ngờ nhiễm trùng huyết tụ cầu.

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

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.

#### 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 Aminoglycosid không quá 7 ngày.

### Liều lượng kháng sinh

<i>Kháng sinh</i>	<i>Cân nặng ≤ 2kg</i>		<i>Cân nặng &gt; 2kg</i>	
	<i>≤ 7 ngày</i>	<i>&gt; 7 ngày</i>	<i>≤ 7 ngày</i>	<i>&gt; 7 ngày</i>
<i>Ampicillin</i>	50 mg/kg/liều mỗi 12 giờ	75 mg/kg/liều mỗi 12 giờ	50 mg/kg/liều mỗi 8 giờ	50 mg/kg/liều mỗi 6-8 giờ
<i>Amikacin</i>	15 mg/kg/liều mỗi 36 giờ	15 mg/kg/liều mỗi 24 giờ	15 mg/kg/liều mỗi 24 giờ	15 mg/kg/liều mỗi 24 giờ
<i>Cefotaxim</i>	50 mg/kg/liều mỗi 12 giờ	50 mg/kg/liều mỗi 8 giờ	50 mg/kg/liều mỗi 12 giờ	50 mg/kg/liều mỗi 6-8 giờ
<i>Cefepim</i>	50 mg/kg/liều mỗi 12 giờ	50 mg/kg/liều mỗi 8 giờ	50 mg/kg/liều mỗi 8 giờ	
<i>Gentamycin</i>	15 mg/kg/liều mỗi 36 giờ		5 mg/kg/liều mỗi 24 giờ	

### 3.3. Điều trị nâng đỡ

Ổn định thân nhiệt và sinh hiệu.

Dinh dưỡng, cung cấp năng lượng qua đường tĩnh mạch/miệng.

### 4. Tiêu chuẩn xuất viện

Triệu chứng lâm sàng ổn định.

Cận lâm sàng về mức bình thường.

Đủ thời gian kháng sinh tối thiểu.

### 5. Tiêu chuẩn chuyển viện

Có triệu chứng lâm sàng/ cận lâm sàng kèm bệnh lý bẩm sinh, dị tật bẩm sinh.

Có biến chứng: suy hô hấp, sốc nhiễm trùng, rối loạn toan kiềm, rối loạn đông máu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi khoa 2020 - Bệnh viện Nhi Đồng 1.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa - Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015.