

NGHIÊN CỨU BIỂU HIỆN LÂM SÀNG VÀ XÉT NGHIỆM VIÊM THẬN BỂ THẬN Ở PHỤ NỮ MANG THAI

NGUYỄN VĂN HƯNG

TÓM TẮT

Tình trạng nhiễm trùng tiết niệu ở phụ nữ mang thai là bệnh lý hay gặp. Trong đó viêm thận bể thận là tình trạng nặng cần điều trị đúng và sớm. Nghiên cứu 34 sản phụ nhập viện điều trị viêm thận bể thận chúng tôi thấy: Tuổi hay gặp là từ 20- 35 tuổi, Bệnh thường xảy ra vào 6 tháng cuối, chủ yếu là 3 tháng giữa của quá trình mang thai (61,7%). Biểu hiện lâm sàng hay gặp là: tiểu buốt, tiểu rắt (100%); đau hông lưng (100%); sốt (88,2%) tiểu máu (76%), tiểu mù (9%). Xét nghiệm để chẩn đoán bao gồm: bạch cầu niệu nhiều(100%); thể nitrit dương tính (100%); siêu âm thấy chủ yếu giãn đài bể thận phải (100%), giãn đài bể thận trái 11,8%, cấy nước tiểu cho tỉ lệ dương tính :58,8%, cấy máu không có trường hợp nào dương tính. Xét nghiệm tìm vi khuẩn niệu chủ yếu là E.coli (90%), enterocoque 10%. Bệnh nhân phải nhập viện điều trị nội trú. Thời gian trung bình là 1-3 tuần. Kháng sinh chọn lựa là cephalosporin thế hệ 3 đường tĩnh mạch có kết quả tốt 100%.

Từ khóa: viêm thận bể thận, phụ nữ mang thai, kháng sinh

SUMMARY

Infections of urinary system are common in pregnant women. Pyelonephritis is one of severe complication need proper treatment and early.

Research on 34 pyelonephritis pregnant women hospitalization we find: most common age is from 20 to 35 years old, the disease usually occurs in the last 6 months, mainly between 3 months of the pregnancy (61. 7%). Clinical manifestation is burn, frequent urination (100%), hematuria(76%), pyuria(9%); back pain (100%), fever (88.2%). Tests to diagnose include: white cell at urine (100%); nitrite positive (100%); ultrasound found dilatation of right kidney (100%), and left kidney (11.8%), positive rate urine culture: 58.8%, blood culture 0%; bacteriuria are E.coli (90%), enterocoque 10%. Patients must be hospitalized. Average time of treatment is 1-3 weeks (47.1%). An antibiotic is 3rd generation cephalosporin intravenous with good results 100%.

Keywords: pyelonephritis, pregnant ,antibiotic.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thận bể thận là một trong những nhiễm trùng đường tiểu hay gặp ở phụ nữ mang thai. Viêm thận bể thận khi mang thai là tình trạng nhiễm trùng nhu mô và đường niệu xảy ra khi có thai. Bệnh hay gặp ở 6 tháng sau, hiếm khi ở 3 tháng đầu. Trong những nghiên cứu được báo cáo cho thấy: 79,4% Nhiễm trùng tiết niệu thấp; 10,8% Nhiễm trùng tiết niệu cao;5,1% Nhiễm trùng tiết niệu không triệu chứng và 4,7% Nhiễm trùng tiết niệu tái phát. Một số vi khuẩn gây bệnh thường thấy là: E. coli, Proteus,

Klebsiella. Gram dương (enterocoque, staphylocoque). Nguyên nhân gây bệnh do ứ nước tiểu trong bàng quang, giãn đài bể thận, chèn ép, giảm khả năng phòng bệnh, trào ngược bàng quang niệu quản, thay đổi tính chất nước tiểu. Các nguy cơ thuận lợi trong lâm sàng hay gặp bao gồm: con so, sản phụ có bệnh lý hệ tiết niệu trước đó, nhiễm trùng niệu tái phát, có nhiễm trùng khác. Biểu chứng thai sản do nhiễm trùng tiết niệu hay gặp nhất là đẻ non, nhiễm trùng ở trẻ sơ sinh, đặc biệt hay gặp ở trẻ thiếu cân. Thông thường thì sau khi điều trị viêm thận bể thận bệnh nhân khỏi hoàn toàn và không có di chứng. Tuy nhiên có những trường hợp chuyển thành mạn tính, và ảnh hưởng chức năng thận.

Mục đích nghiên cứu: *Nghiên cứu biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm tình trạng viêm thận bể thận ở những phụ nữ mang thai.*

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Các phụ nữ có thai nhập viện điều trị tại khoa Thận- tiết niệu bệnh viện Bạch Mai có chẩn đoán viêm thận bể thận. Thời gian nghiên cứu 01/2003 đến 01/2004

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm thận bể thận cấp và có thai: Các biểu hiện lâm sàng: Có thai, Hội chứng nhiễm trùng: sốt, vã mồ hôi, rét run, Đau thắt lưng một bên, Đái buốt, đái dắt, đái đục, đái máu. Các biểu hiện cận lâm sàng: số lượng bạch cầu tăng và tỉ lệ trung tính cao. Bạch cầu niệu, hồng cầu niệu, nitrit niệu, mù niệu

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Các bệnh nhân được theo dõi theo một mẫu bệnh án nghiên cứu chung: tiền sử nhiễm trùng tiết niệu sinh dục, sỏi tiết niệu, dị dạng đường niệu, can thiệp đường niệu sinh dục

Các biểu hiện lâm sàng:

- Có thai
- Hội chứng nhiễm trùng: sốt, vã mồ hôi, rét run
- Đau thắt lưng một bên.
- Đái buốt, đái rất, đái đục, đái máu.

Các biểu hiện cận lâm sàng

- Công thức máu: số lượng và tỉ lệ bạch cầu, hồng cầu, hemoglobin.
- Cây máu
- Cây nước tiểu
- Bạch cầu niệu, hồng cầu niệu, nitrit niệu, mù niệu
- Siêu âm đài bể thận giãn, ứ nước, ứ mù bể thận, bàng quang.
- Siêu âm và theo dõi tim thai, phát triển thai nhi.

Các số liệu được thu thập và xử lý theo thuật toán thống kê y học

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm theo tuổi sản phụ. Bảng 1:

Tuổi	Số sản phụ	Tỉ lệ %
<20	0	0
20-25	9	26,8

26-30	17	50
31-40	6	17,8
>40	2	5,4

Nghiên cứu 34 sản phụ nhập viện điều trị viêm thận bể thận chúng tôi thấy: lứa tuổi hay gặp nhất là từ 20 đến 30 tuổi chiếm tỉ lệ 76,8%. Đây là tuổi sinh đẻ nói chung. Trước 20 tuổi chúng tôi không gặp sản phụ nào. Tỉ lệ bệnh ở tuổi sau 30 là 17,8% và sau 40 tuổi là 5,4%. Có lẽ sau 30 tuổi số phụ nữ mang thai và sinh con giảm đi nên tỉ lệ bệnh cũng ít hơn. Tuy vậy nhóm tuổi này hay gặp phải các nguy cơ khác như nhiễm độc thai nghén, đái đường, tăng huyết áp.

2. Đặc điểm tuổi thai

Bảng 2 : Phân bố sản phụ theo tuổi thai

Tuổi thai	Số sản phụ	Tỉ lệ %
< 12 tuần	2	5,4
13 – 26 tuần	21	61,7
> 27 tuần	11	32,9

Đa số các trường hợp sản phụ chúng tôi gặp trong nghiên cứu này có tuổi thai vào 6 tháng sau của thời kỳ thai nghén. Chủ yếu là vào 3 tháng giữa. Tỉ lệ bệnh gặp trong 3 tháng đầu chiếm 5,4% ,trong khi 3 tháng giữa là 61,7 %. Nhiều tác giả như Colau JC, Kass EH cũng cho kết quả tương tự .

3. Các yếu tố nguy cơ. Bảng 3:

Nguy cơ	Số sản phụ	Tỉ lệ %
Con so	30	88,2
Nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát	10	29,4
Bệnh lý hệ tiết niệu	0	0
Dị dạng đường tiết niệu	0	0
Bệnh khác	0	0

Trong nghiên cứu này có 30 sản phụ lần đầu sinh con. chiếm tỉ lệ 88,2%. Kết quả này tương tự với các tác giả khác :Colau JC, Kass EH. Trong 34 trường hợp có 10 sản phụ đã bị nhiễm trùng tiết niệu trước đó và đã điều trị kháng sinh. Các bệnh lý tiết niệu khác, dị dạng hay các nhiễm trùng khác chúng tôi không gặp trường hợp nào.

4. Biểu hiện lâm sàng. Bảng 4:

Biểu hiện	Số lượng sản phụ	Tỉ lệ %
Sốt	30	88,2
Đau hông lưng	34	100
Tiểu buốt, rất	34	100
Tiểu máu	26	76
Tiểu mù	3	9

Trong nghiên cứu này đa số các triệu chứng lâm sàng có biểu hiện rõ. Có lẽ là đã được chẩn đoán và điều trị từ tuyến trước. Triệu chứng hay gặp nhất là tiểu buốt rất và đau hông lưng. Khi xuất hiện các triệu chứng này cần nghĩ ngay tới tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu để điều trị. Những trường hợp nặng còn xuất hiện tiểu mù. Lúc này thời gian điều trị kháng sinh phải kéo dài hơn và thời gian nằm viện lâu hơn.

5. Biểu hiện xét nghiệm. Bảng 5:

Xét nghiệm	Số lượng sản phụ	Tỉ lệ %
Bạch cầu niệu	34	100%
Nitrit	34	100%
Cây nước tiểu (+)	20	58,8
Cây máu(+)	0	0

Xét nghiệm nước tiểu cho thấy toàn bộ các trường hợp đều có nhiều bạch cầu niệu. Trong 3 trường hợp đái mủ, nước tiểu chủ yếu là bạch cầu đa nhân thoái hoá và các tế bào mủ. Kết quả cấy nước tiểu thì chỉ có 59 % dương tính. Những bệnh nhân này đã dùng kháng sinh trước đó. Cũng có 3 trường hợp không khai thác được tiền sử dùng kháng sinh nhưng vẫn cho kết quả âm tính. Chúng tôi cấy máu đối với những bệnh nhân sốt cao, đái mủ nhưng không có trường hợp nào dương tính.

6. Biểu hiện hình ảnh trên siêu âm. Bảng 6:

Siêu âm	Số lượng	Tỉ lệ %
Giãn đài bể thận phải	34	100
Giãn đài bể thận trái	4	11,8

Hình ảnh siêu âm cho phép đánh giá biểu hiện tổn thương thận. Hầu hết các trường hợp có giãn đài bể thận phải từ độ nhẹ đến mức độ trung bình. Nguyên nhân là do chèn ép. Đây cũng là lý do gây nhiễm trùng đường tiểu. Chỉ có 4 trường hợp giãn đài bể thận trái nhưng ở mức độ nhẹ.

7. Các vi khuẩn gây bệnh. Bảng 7:

Vi khuẩn	Số lượng	Tỉ lệ %
E. coli	18	90
Klebsiella	0	0
Proteus	0	0
Enterocoque	2	10

Trong 20 trường hợp cấy nước tiểu dương tính có 18 trường hợp là do E.coli chiếm tỉ lệ 90%, các loại vi khuẩn khác như proteus hay klebsiella không gặp trường hợp nào. Chúng tôi có 2 trường hợp mọc enterocoque feacalis chiếm tỉ lệ 10% . Như vậy nguyên nhân chính gây nhiễm khuẩn tiết niệu là E. coli. Theo nghiên cứu AFORCOPI trên 1835 bệnh nhân thì E. coli chiếm tỉ lệ 75%, proteus chiếm 12%, Klebsiella chiếm 5%, cầu khuẩn gram dương 6%. Theo nghiên cứu CMC FOCH trên 9635 bệnh nhân có tỉ lệ mắc Ecoli là 70%, proteus là 12%, klebsiella là 7% và cầu khuẩn gram dương 8%.

8. Các biến chứng thai

Chúng tôi không gặp trường hợp nào có biểu hiện suy thai, thai lưu. Tuy nhiên thời gian điều trị ngắn tại bệnh viện, các sản phụ không đến theo dõi sau khi đẻ nên không có kết quả. Theo báo cáo của E.H.Kass thì các trẻ này thường thấp cân hơn so với trẻ bình thường. Các tác giả Romeo và McGrady thấy rằng đa số các trẻ bị thiếu cân và có tới 17,9% bị chết lưu. Trong nghiên cứu của J.C.Colau cho con số 12,5% bị đẻ non. Mặc dù việc dùng kháng sinh rộng rãi có làm giảm nguy cơ này nhưng vẫn luôn trên 10% các trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu có đẻ non và thai thiếu cân. Nguyên nhân có thể do việc can thiệp khi đẻ, do sốt kéo dài. Nghiên cứu của COX thấy hơn một phần ba sản phụ bị nhiễm trùng tiết niệu có thiếu máu. Nguyên nhân là do tan máu, các bệnh màng hồng cầu. Theo J.C.Colau thì 7,5% trường hợp thiếu máu

9. Đánh giá điều trị

Bảng 8: Thời gian điều trị nội trú

Thời gian nằm viện	Số lượng sản phụ	Tỉ lệ %
--------------------	------------------	---------

< 1tuần	8	23,5
1 – 3 tuần	16	47,1
> 3 tuần	10	29,4

Bảng 9: Sử dụng kháng sinh

Kháng sinh	Số lượng sản phụ	Tỉ lệ %
Cefoperazon đơn độc	34	100
Phối hợp	0	0
Đổi kháng sinh	0	0

Thời gian điều trị nội trú bệnh viện thông thường là 2 tuần, có 16 sản phụ chiếm tỉ lệ 47,1%. Các trường hợp có biểu hiện lâm sàng tốt, xét nghiệm nước tiểu hết bạch cầu sau 3-5 ngày, nhà gần bệnh viện có thể xuất viện sớm hơn, sau 1 tuần. Chúng tôi gặp 10 trường hợp phải nằm viện hơn 3 tuần, khi các triệu chứng không sớm cải thiện, bạch cầu niệu nhiều. Có 2 trường hợp phải nằm viện 6 tuần. Kháng sinh chúng tôi sử dụng là cephalosporin thế hệ III. Thuốc hay dùng là cephoperazon với liều lượng 2 gam/ngày. Không có bệnh nhân nào có phản ứng phụ với kháng sinh này. Các biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm cũng được cải thiện sau dùng thuốc từ 3-10 ngày. Không có trường hợp nào phải đổi kháng sinh. Chúng tôi cũng không phối hợp kháng sinh mà chỉ dùng đơn độc. Thời gian sử dụng thuốc 3- 10 ngày đường tiêm sau đó duy trì bằng đường uống cho đủ 6 tuần. Đối với 10 trường hợp chúng tôi phải tiêm liên tục trong suốt thời gian nằm viện và duy trì đường uống sau đó 2 tuần.

KẾT LUẬN

Tình trạng nhiễm trùng tiết niệu ở phụ nữ mang thai là bệnh lý hay gặp. Trong đó viêm thận bể thận là tình trạng nặng cần điều trị đúng và sớm. Tuổi hay gặp là từ 20- 35 tuổi. Bệnh thường xảy ra vào 6 tháng cuối, chủ yếu là 3 tháng giữa của quá trình mang thai (61,7%). Biểu hiện lâm sàng hay gặp là : tiểu buốt, tiểu rất (100%); đau hông lưng (100%); sốt (88,2%). Xét nghiệm để chẩn đoán bao gồm: bạch cầu niệu nhiều(100%); thể nitrit dương tính(100%); siêu âm thấy chủ yếu giãn đài bể thận phải(100%), cấy nước tiểu cho tỉ lệ dương tính :58,8%, cấy máu chỉ ở những trường hợp nặng có nhiễm trùng huyết. Xét nghiệm tìm vi khuẩn chủ yếu là E.coli (90%). Bệnh nhân phải nhập viện điều trị nội trú. Thời gian trung bình là 1-3 tuần. Kháng sinh chọn lựa là cephalosporin thế hệ 3 đường tĩnh mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- J.C Colau, *Pyelonephrit gravidique*, Rev pratic 1993, 43,9
- Kass EH, *Pyelonephritis and bacteriuria*, Ann intern med 1992; 56, 46-53
- Gilstrap LC, Whalley PJ, *Acute pyelonephritis in pregnancy*, Obst gynecol 1991,57,409-13
- Cunningham FG, *Acute pyelonephritis in pregnancy clinical review*, Obstet gynecol 1993,43-112
- Cox S, Mason R et al, *Acute antepartum pyelonephritis*, Am j obst gynecol 1991,164, 587-90
- AFORCOPI, *Conference de traitement des infections urinaire*, paris 1999.
- Mc grady GA, *Acute pyelonephritis in pregnancy*, Am J Epidemiol 1995; 121,377-81
- Romeo R, Mosh M et al, *Relation bacterie and prematurie*, Fa D, Philadenphia, 1995, 27-32