

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VIÊM NIÊM MẠC TỬ CUNG SAU ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thùy Nhung, Lê Thị Thanh Vân, Nguyễn Duy Hưng

Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu căn nguyên vi khuẩn và một số yếu tố nguy cơ gây viêm niêm mạc tử cung (VNMTTC) sau đẻ tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 01/09/2012 – 30/06/2013. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả bệnh chứng cả tiến cứu và hồi cứu, nghiên cứu 120 bệnh nhân mắc viêm niêm mạc tử cung sau đẻ điều trị tại viện phụ sản trung ương, và 240 bệnh nhân nhóm chứng là những bệnh nhân có nhiều điểm tương đồng với bệnh nhân nhóm bệnh. **Kết quả:** Tiền sử viêm nhiễm phụ khoa trước và trong khi có thai không được điều trị tỷ lệ VNMTTC cao gấp 4,67 lần. Thời gian theo dõi tại phòng đẻ hơn 6 giờ làm tăng tỷ lệ viêm lên 2,21 lần, thời gian vỡ ối trên 6 giờ tăng 4,62 lần. Can thiệp thủ thuật sau đẻ đúng chỉ định và kỹ thuật, tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn không làm tăng tỷ lệ VNMTTC. E coli là nhóm vi khuẩn gây VNMTTC cao nhất 38,9%, tụ cầu trắng gây bệnh 37,0%. **Kết luận:** Những yếu tố nguy cơ của viêm niêm mạc tử cung sau đẻ là có thể dự phòng được. **Từ khóa:** Viêm niêm mạc tử cung, hậu sản.

Abstract

RISK FACTORS OF POSTPARTUM ENDOMETRITIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY

Objective: To study bacterial etiology and risk factors of postpartum endometritis at the National hospital of obstetric and gynecology from 01/09/2012 to 06/30/2013. **Subjects and Methods:** Using a case-control study described both prospective and retrospective, studied 120 patients is diagnosed and treated as postpartum endometritis at the National hospital of obstetric and gynecology, patients and 240 control group patients have many similarities with patient cohort. **Results:** A history of gynecological inflammation before and during pregnancy is not treated will increase the rate of endometritis 4,67 times. Duration of labor if more than 6 hours increases at 2,21 times the rate of infection. The duration of membrane rupture if over 6 hours increases the rate of infection 4,62 times. Intervention will not increase the rate of endometritis. E. coli is a main cause of endometritis at the rate 38,9 % compare to 37,0 % of white pathogenic. **Conclusion:** The risk factors of postpartum endometritis can be preventable. **Key word:** Endometritis, postpartum

1. Đặt vấn đề

Viêm niêm mạc tử cung (VNMTTC) là hình thái lâm sàng sớm và thường gặp nhất của nhiễm khuẩn hậu sản. Nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời VNMTTC có thể tiến triển thành những hình thái nặng như viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc, và có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ. Ngoài ra nếu VNMTTC không được điều trị gây biến chứng như tắc vòi TC, viêm tiểu khung làm giảm sức khỏe sinh sản như vô sinh, đau bụng, giảm khả năng lao động... Nguyên nhân gây VNMTTC sau đẻ rất nhiều, nếu được quan tâm phòng bệnh tỷ lệ bệnh giảm, chi phí điều trị thấp. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ gây viêm NMTC sau đẻ tại BVPSTW trong 1 năm từ 9/2012- 30/6 năm 2013 với mục tiêu: Nghiên cứu căn nguyên vi khuẩn và một số yếu tố nguy cơ gây viêm niêm mạc tử cung sau đẻ tại BVPSTW.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu 120 bệnh nhân được chẩn đoán viêm niêm mạc tử cung sau đẻ điều trị tại viện phụ sản trung ương, và 240 bệnh nhân nhóm chứng

***Tiêu chuẩn chọn lựa:** chia thành 2 nhóm nghiên cứu:

+ Nhóm bệnh: tất cả các bệnh nhân và các hồ sơ được chẩn đoán viêm niêm mạc tử cung sau đẻ (theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế) tại bệnh viện Phụ sản Trung ương và điều trị tại Phụ sản Trung Ương trong thời gian từ tháng 01/09/2012 đến tháng 30/06/2013.

+ Nhóm chứng: là các hồ sơ bệnh án sản phụ đẻ cùng ngày với các sản phụ bị viêm niêm mạc tử cung điều trị tại Phụ sản Trung Ương có nhiều điểm tương đồng về tuổi, nghề nghiệp, nơi cư trú, tiền sử sản khoa ...

***Tiêu chuẩn loại trừ**

+ Các hồ sơ bệnh án không đủ các thông tin cần thiết về bệnh nhân.

+ Những sản phụ mắc các bệnh lý toàn thân như thiếu máu, cao huyết áp, bệnh gan, thận mạn tính

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả bệnh chứng cả tiến cứu và hồi cứu

Tiến hành:

- Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu bệnh chứng:

$$n = Z_{\alpha/2}^2 \frac{1}{[\ln(1 - \epsilon)]^2} \left(\frac{1}{p_1(1-p_1)} + \frac{1}{p_0(1-p_0)} \right)$$

- Kỹ thuật thu thập số liệu: hồi cứu bệnh án theo mẫu phiếu in sẵn.

3. Kết quả

Nghiên cứu 120 bệnh nhân mắc VNMTCT sau đẻ điều trị tại viện phụ sản trung ương, và 240 bệnh nhân nhóm chứng chúng tôi thu được kết quả sau:

3.1. Các yếu tố liên quan đến VNMTCT

3.1.1. Tiền sử sản khoa

Bảng 1. Tiền sử sản khoa của 2 nhóm

		VNMTCT		Không VNMTCT		Tổng số		p
		N	%	n	%	n	%	
Tiền sử số lần nạo hút thai	0 lần	84	70,0	135	56,2	219	60,8	<0,05
	1 lần	23	19,2	64	26,7	87	24,2	
	2 lần	9	7,5	25	10,4	34	9,4	
	≥ 3 lần	4	3,3	16	6,7	20	5,6	
	Tổng số	120	100	240	100	360	100	
Tiền sử số lần sinh con	0 lần	54	45,0	117	48,8	171	47,5	<0,05
	1 lần	54	45,0	154	41,7	154	42,8	
	2 lần	11	9,2	22	9,2	33	9,2	
	≥ 3 lần	1	0,8	1	0,3	2	0,5	
	Tổng số	120	100	240	100	360	100	

Không có sự khác biệt về tiền sử sản khoa của hai nhóm (p > 0,05)

3.1.2. Tiền sử viêm nhiễm phụ khoa trước khi mang thai

Bảng 2. Liên quan giữa tiền sử ra khí hư âm đạo trước khi mang thai với VNMTCT

Tiền sử	Viêm niêm mạc tử cung	Không VNMTCT	Tổng số	OR	P
Ra khí hư âm đạo + ngứa	56	95	151	1,336	0,199
Không ra khí hư âm đạo	64	145	209		
Tổng số	120	240	360		

(Bảng 2) So với nhóm không có triệu chứng viêm nhiễm phụ khoa, nhóm có triệu chứng viêm nhiễm phụ khoa có tỷ lệ mắc viêm niêm mạc tử cung cao hơn 1,336 lần. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

(Bảng 3) Trong số bệnh nhân có viêm nhiễm phụ khoa, số người không điều trị có nguy cơ viêm niêm

Bảng 3. Liên quan giữa viêm nhiễm phụ khoa có điều trị và không điều trị với VNMTCT

Tiền sử	VNMTCT	Không VNMTCT	Tổng số	OR	P
Viêm nhiễm phụ khoa không điều trị	25	14	39	4,672	<0,01
Viêm nhiễm phụ khoa có điều trị	31	81	112		
Tổng số	56	95	151		

mạc tử cung cao gấp 4,672 lần số người có điều trị viêm nhiễm phụ khoa với p < 0,01

3.1.3. Tiền sử ra khí hư âm đạo 2 tuần trước đẻ với VNMTCT

Bảng 4. Liên quan giữa tiền sử ra khí hư âm đạo 2 tuần trước đẻ với VNMTCT

Tiền sử ra khí hư âm đạo 2 tuần trước đẻ	VNMTCT	Không VNMTCT	Tổng số	OR	P
Có	70	72	142	3,276	<0,01
Không	50	168	218		
Tổng số	120	240	360		

Số bệnh nhân có ra khí hư âm đạo 2 tuần trước đẻ chiếm tỷ lệ 142/360 (39,4%) trong đó ở nhóm bệnh tỷ lệ này là 58,3%, còn ở nhóm chứng là 30,0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 5. Liên quan giữa ra khí hư âm đạo 2 tuần trước đẻ có điều trị và không điều trị với VNMTCT

Tiền sử ra khí hư âm đạo 2 tuần trước đẻ	VNMTCT	Không VNMTCT	Tổng số	OR	P
Không điều trị	63	51	114	3,706	>0,05
Có điều trị	7	21	28		
Tổng số	70	72	142		

Qua bảng ta thấy, có tới 114 trong 142 đối tượng nghiên cứu ra khí hư âm đạo 2 tuần trước đẻ nhưng không điều trị viêm nhiễm chiếm tỷ lệ 80,3%.

3.1.4. Thời gian theo dõi tại phòng đẻ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 6. Thời gian theo dõi tại phòng đẻ và vỡ ối của đối tượng nghiên cứu

		VNMTCT		Không VNMTCT		Tổng số		p
		N	%	n	%	n	%	
Thời gian theo dõi tại phòng đẻ	≤ 6 giờ	48	40,0	143	59,6	191	53,1	<0,05
	6-12 giờ	40	33,3	63	26,2	103	28,6	
	12-24 giờ	29	24,2	26	10,8	55	15,3	
	≥ 24 giờ	3	2,5	8	3,3	11	3,1	
	Tổng số	120	100	240	100	360	100	
Thời gian vỡ ối	≤ 6 giờ	58	48,3	195	81,1	253	70,3	<0,05
	6-12 giờ	57	47,5	37	15,5	94	26,4	
	12-24 giờ	4	3,3	8	3,3	12	3,3	
	≥ 24 giờ	1	0,8	0	0	1	0,3	
	Tổng số	120	100	240	100	360	100	

Có đến > 50% số đối tượng nghiên cứu nằm theo dõi tại phòng đẻ dưới 6 giờ cho đến lúc sinh. Trong đó ở nhóm viêm niêm mạc tử cung là 40%, còn ở nhóm không viêm niêm mạc tử cung là 59,6%. Số bệnh nhân có thời gian vỡ ối < 6 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất 70,3% và số bệnh nhân có thời gian vỡ ối > 24 giờ chiếm tỷ lệ thấp nhất chỉ khoảng 0,3%.

3.1.5. Can thiệp thủ thuật sau đẻ (kiểm soát tử cung, bóc rau nhân tạo ...)

Bảng 7. Liên quan giữa can thiệp thủ thuật sau đẻ và VNMTCT

Can thiệp thủ thuật sau đẻ	VNMTCT	Không VNMTCT	Tổng số	OR	P
Có	31	52	83	1,506	>0,05
Không	19	48	67		
Tổng số	50	100	150		

Tỷ lệ có can thiệp thủ thuật sau đẻ là 83/150 (55,3%), trong đó ở nhóm viêm niêm mạc tử cung là 31/50 (62,0%) và của nhóm không viêm niêm mạc tử cung là 52/100 (52,0%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.6. Căn nguyên vi khuẩn

Bảng 8. Các loại vi khuẩn gây VNMTCT

Vi khuẩn gây bệnh	VNMTCT sau đẻ thường		VNMTCT sau mổ lấy thai		Tổng số	
	N	%	n	%	n	%
Ái khí Gram (+)						
Tụ cầu vàng	3	13,6	0	0	3	5,6
Tụ cầu trắng	8	36,4	12	37,5	20	37,0
Enterococcus	1	4,5	2	6,2	3	5,6
Ái khí Gram (-)						
E.Coli	7	31,8	14	43,8	21	38,9
Enterobacter	3	13,6	3	9,4	6	11,1
Proteus						
Klebsiella	0	0	1	3,1	1	1,9

Trong các tác nhân gây viêm niêm mạc tử cung sau đẻ thì tỷ lệ nhiễm E.Coli là cao nhất (38,9%), nhóm đẻ thường là 31,8% và trong nhóm mổ lấy thai là 43,8%. Tỷ lệ nhiễm tụ cầu trắng cũng chiếm tỷ lệ lớn 37,0%, ở nhóm đẻ thường là 36,4% và mổ lấy thai là 37,5%.

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu của chúng tôi tiền sử số lần nạo hút thai, số lần sinh nở của sản phụ hai nhóm không có sự khác biệt. Điều này cũng là cần thiết trong việc khảo sát các yếu tố nguy cơ của viêm niêm mạc tử cung.

4.1. Một số yếu tố nguy cơ gây viêm niêm mạc tử cung

4.1.1. Liên quan giữa tiền sử viêm nhiễm phụ khoa trước và trong khi mang thai với VNMTCT

Trong nghiên cứu có 46,7% bệnh nhân nhóm bệnh đã từng có triệu chứng viêm nhiễm phụ khoa trước khi mang thai so với nhóm chứng chỉ là 39,5% (OR = 1,336). Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê và không thể kết luận được viêm nhiễm phụ khoa có là yếu tố nguy cơ của VNMTCT. Mặc dù vậy khi nghiên cứu nhóm bệnh nhân có triệu chứng viêm nhiễm phụ khoa có điều trị hay không điều trị trong mối liên quan với VNMTCT, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt giữa 2 nhóm (OR = 4,672). Điều này có nghĩa là trong số bệnh nhân có triệu chứng viêm nhiễm phụ khoa, bệnh nhân không điều trị có nguy cơ bị VNMTCT

sau đẻ cao gấp 4,672 lần so với số người có điều trị. Do đó, việc phát hiện và điều trị sớm cho những bệnh nhân viêm nhiễm phụ khoa trước và trong thời kỳ mang thai cũng là một nhân tố quan trọng góp phần dự phòng các nhiễm khuẩn hậu sản nói chung và VNMTCT nói riêng.

Cũng tương tự như vậy, khi nghiên cứu về mối liên quan giữa tiền sử ra khí hư âm đạo hồi bản 2 tuần trước đẻ với VNMTCT sau đẻ, chúng tôi nhận thấy sự khác biệt: các sản phụ có ra khí hư âm đạo trước đẻ hầu như không được điều trị gì, có thể vì tâm lý sản phụ cho rằng khi có thai không nên điều trị bất kỳ thuốc gì vì vậy chúng ta cần đẩy mạnh công tác tuyên truyền, tư vấn cho sản phụ điều trị viêm nhiễm phụ khoa kể cả trong thai kỳ để góp phần trong công tác dự phòng nhiễm khuẩn hậu sản.

4.1.2. Liên quan giữa thời gian theo dõi tại phòng đẻ với VNMTCT

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Liên [1], và một số tác giả Nathan, MacDonald và Stavent P [2], [3], [4], khi thời gian chuyển dạ kéo dài nguy cơ VNMTCT cũng tăng lên. Trong số 120 bệnh nhân VNMTCT, có đến 72 bệnh nhân có thời gian nằm tại phòng đẻ > 6 giờ, chiếm 60,0%. Trong khi đó ở nhóm chứng tỷ lệ này chỉ chiếm tỷ lệ 40,4 ($p < 0,01$). Ta tính được OR = 2,21 nghĩa là đối tượng có thời gian nằm tại phòng đẻ trên 6 giờ thì nguy cơ mắc VNMTCT sau đẻ cao gấp 2,21 lần so với nhóm có thời gian nằm tại phòng đẻ dưới 6 giờ ($p < 0,01$). Sở dĩ như vậy vì khi chuyển dạ nút nhày cổ tử cung bị đẩy ra ngoài, vi khuẩn ở âm đạo có thể xâm nhập lên đường sinh dục trên. Hơn nữa việc thăm khám âm đạo, cổ tử cung nhiều lần nhất là khi ối đã vỡ là một trong những yếu tố thuận lợi để đưa vi khuẩn có sẵn trong âm đạo vào buồng tử cung. Đặc biệt nếu sản phụ có nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới trước đẻ thì nguy cơ này lại càng tăng lên. Như vậy, thời gian nằm tại phòng đẻ của sản phụ nếu kéo dài cũng là yếu tố nguy cơ của VNMTCT. Do đó, để dự phòng VNMTCT sau đẻ chúng ta không nên để thời gian nằm chờ tại phòng đẻ của sản phụ quá lâu, tránh những trường hợp chuyển dạ giả có thể nằm tại phòng đẻ trên 24 giờ, làm tăng nguy cơ viêm niêm mạc tử cung ở những sản phụ này.

4.1.3. Liên quan giữa thời gian vỡ ối và VNMTCT

Khi đánh giá về liên quan giữa thời gian vỡ ối và VNMTCT, ta tính được OR = 4,623, điều này có nghĩa là khi thời gian vỡ ối trên 6 giờ thì nguy cơ mắc VNMTCT tăng lên gấp 4,623 lần. Kết quả trên đây cũng phù hợp với với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Liên [1] nguy cơ VNMTCT tăng lên khi thời gian vỡ ối tăng lên. Vì vậy, việc rút ngắn thời gian từ khi ối vỡ cho đến khi kết thúc chuyển dạ là điều cần thiết để dự phòng nhiễm khuẩn hậu sản nói chung và VNMTCT nói riêng.

4.1.4. Liên quan giữa can thiệp thủ thuật sau đẻ và VNMTCT

Qua bảng 7 ta thấy tỷ lệ có can thiệp thủ thuật sau đẻ (kiểm soát tử cung, bóc rau nhân tạo) là 83 trong tổng số 150 đối tượng đẻ đường âm đạo chiếm 55,3%, tỷ lệ can thiệp thủ thuật sau đẻ là khá cao, tuy nhiên khi so sánh sự khác biệt về tỷ lệ can thiệp thủ thuật sau đẻ giữa nhóm viêm niêm mạc tử cung và không viêm niêm mạc tử cung thì chúng tôi thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này cũng phù hợp với một số tác giả nước ngoài [3],[5] các nghiên cứu của họ không đề cập đến vấn đề kiểm soát tử cung như một yếu tố nguy cơ của viêm niêm mạc tử cung. Khi tiến hành can thiệp thủ thuật sau đẻ như kiểm soát tử cung, bóc rau nhân tạo nếu đảm bảo vô khuẩn trong khi làm thủ thuật và việc sử dụng kháng sinh sau khi làm thủ thuật trở thành thường quy thì nguy cơ nhiễm khuẩn sau các can thiệp thủ thuật đã được giảm đi rất nhiều. Tuy nhiên, khi tiến hành các can thiệp thủ thuật sau đẻ cần phải được tiến hành đúng chỉ định và đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn để hạn chế tối đa những nhiễm khuẩn không đáng có do thủ thuật mang lại.

4.1.5. Căn nguyên vi khuẩn

Hiện nay việc cấy sản dịch tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ đã trở thành xét nghiệm thường quy với những bệnh nhân VNMTCT. Kết quả cấy sản dịch nhằm mục đích xác định loại vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ, nhưng không phải tất cả các trường hợp nhiễm khuẩn

đều có kết quả cấy sản dịch dương tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả cấy vi khuẩn dương tính là 45,0% thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Liên [1] là 57,3%.

Trong nghiên cứu này, kết quả cấy sản dịch cho thấy E.Coli vẫn là vi khuẩn gặp phổ biến nhất chiếm 38,9%, tỷ lệ tụ cầu trắng trong những năm gần đây cũng tăng lên (37,0%), kết quả nghiên cứu này gần như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Liên [1] (2005): E.Coli chiếm 39,5%, tụ cầu chiếm 34,9%.

Tất cả các bệnh nhân có kết quả cấy sản dịch dương tính đều được làm kháng sinh đồ và cho biết kết quả nhạy cảm với loại kháng sinh nào, tuy nhiên trên thực tế lâm sàng, kết quả kháng sinh đồ phải ít nhất 3 ngày mới có, nhưng vẫn nên làm vì nếu dùng kháng sinh bao vây mà không có kết quả mới cấy sản dịch thì sẽ làm sai lệch kết quả và khó khăn hơn trong chẩn đoán.

5. Kết luận

- Một số yếu tố nguy cơ gây viêm niêm mạc tử cung:
 - Một số yếu tố nguy cơ hay gặp của VNMTCT đó là viêm nhiễm phụ khoa trước và trong thời kỳ mang thai (OR = 4,672), thời gian nằm theo dõi tại phòng đẻ > 6 giờ (OR = 2,21), thời gian vỡ ối > 6 giờ (OR = 4,623)
 - Các yếu tố nguy cơ này đều có thể dự phòng được
- Căn nguyên vi khuẩn E. Coli là vi khuẩn gây viêm niêm mạc tử cung sau đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất (38,9%), tiếp theo đó là tụ cầu trắng (37,0%).

Tài liệu tham khảo

- Nguyễn Thị Phương Liên. Tình hình viêm nội mạc tử cung sau đẻ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 6/2005-5/2005. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội. 2005; pp. 68-69.
- Nathan, Alan H. Decherney, Lauren. Postpartum and puerperal infection, in Current Obstetrics and Gynecology diagnosis and treatment, 9th ed., 1990; pp. 541-545.
- MacDolnald P.C., Cunningham F.G., Ganl N.F, Gilstrap Lc,

Levono. K.J, Pritchard J.M. Puerpural infection. in William Obstetrics, Chap 28, 19th ed., 1993; pp. 672-630.

4. Stavent P., Suonio SA., Saarikoshi S., Kauhanen O., C-reactive protein (CRP) level after normal and complicated cesarean section. in Ann Chirgenecol., 1998; vol. 78(2), pp. 142-145.

5. Gilles R.G Monif, David A.Baker, Eighteen Other Contribution, Postpartum Endometritis / Endomyometritis. in Infection disease in Obstetrics and Gynecology.1988; pp. 540-544.