

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm trùng đường tiết niệu là bệnh lý thường gặp ở phụ nữ trong đó viêm bàng quang là rối loạn phổ biến nhất. Thống kê tại Mỹ, 25 – 40% phụ nữ từ 20 – 40 tuổi có xuất hiện tình trạng nhiễm trùng đường tiết niệu và tỷ lệ này dường như gia tăng theo tuổi.
- Nhiễm trùng tiểu không triệu chứng khi có sự hiện diện của hơn 100.000 vi khuẩn/ml nước tiểu ở 2 mẫu thử liên tục mà không có bất kỳ triệu chứng nào đi kèm. Nhiễm trùng tiểu không triệu chứng xuất hiện 5 – 10% các thai phụ, thời điểm thường gặp nhất từ 9 -17 tuần tuổi thai. Nếu không điều trị nhiễm khuẩn không triệu chứng là một yếu tố nguy cơ gây viêm bàng quang cấp tính (40%) và viêm bể thận (25-30%) trong thai kỳ. Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ khuyến cáo tầm soát nhiễm trùng tiểu không triệu chứng ở lần khám thai đầu tiên và trong suốt tam cá nguyệt thứ 3 của thai kỳ.
- *Escherichia coli* là tác nhân gây bệnh thường gặp ở các trường hợp viêm bàng quang không biến chứng, các vi khuẩn khác gây bệnh với tần suất ít hơn bao gồm: *Staphylococcus saprophyticus*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* và *Enterococcus faecalis*.

II. CHẨN ĐOÁN**2.1. Bệnh sử**

- Tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu đau và tiểu nhiều lần là các triệu chứng thường gặp, 10% các trường hợp xuất hiện tiểu máu đi kèm.

2.2. Khám lâm sàng

- Sốt, mệt mỏi, nôn ói thường gặp trong nhiễm trùng tiểu trên.

2.3. Phân tích nước tiểu

- Nước tiểu có trên 10 bạch cầu/ml được xem là tiểu mủ. Tiểu mủ là dấu hiệu chẩn đoán nhiễm trùng tiểu với độ nhạy 80 – 95% và độ đặc hiệu 50 – 76%.
- Dipstick testing (phát hiện glucose, protein, máu, nitrite và leukocyte esterase trong nước tiểu): là xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng tiểu có độ nhạy 57 – 96% và độ đặc hiệu 94 – 98%. Anh Quốc khuyến cáo ứng dụng Dipstick testing trong sàng lọc và chẩn đoán nhiễm trùng tiểu ở phụ nữ.
- Nitrate test: là xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng tiểu với độ nhạy 22% và độ đặc hiệu 94 – 100%.

2.4. Cấy nước tiểu

- Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ khuyến cáo không cần thiết cấy nước tiểu để quyết định điều trị ban đầu cho các trường hợp nhiễm trùng tiểu có triệu chứng.

III. KHÁNG SINH TRONG NHIỄM TRÙNG TIỂU

3.1. Chỉ định nhập viện

- Bất thường cấu trúc hệ niệu (sỏi, dị tật, tắc nghẽn. . .).
- Bệnh chuyển hóa đi kèm (tiểu đường, suy thận. . .).
- Suy giảm miễn dịch (nhiễm HIV, đang hóa trị. . .).

3.2. Phụ nữ có thai

- Ưu tiên 1:
 - Nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals 100 mg uống 2 lần/ngày trong 5 – 7 ngày hoặc
 - Amoxicillin + Clavulanat 500/125 mg uống 2 lần/ngày trong 3 – 7 ngày hoặc
 - Cefuroxime 250 mg uống 2 lần/ngày trong 3 – 7 ngày
- Ưu tiên 2:
 - Fosfomycin 3 g uống liều duy nhất với 100 ml nước hoặc
 - Fosfomycin 500 mg: 2 viên x 3 (uống)/ngày.

3.3. Phụ nữ không có thai

a. Nhiễm trùng tiểu dưới đơn giản

- Ưu tiên 1:
 - Trimethoprim/Sulfamethoxazole 160 mg/800 mg 1 viên uống 2 lần/ngày trong 3 ngày hoặc
 - Nitrofurantoin monohydrat/macrocrystals 100 mg uống 2 lần/ngày trong 5 - 7 ngày hoặc
 - Nitrofurantoin macrocrystals 50 - 100 mg uống 4 lần/ngày trong 7 ngày hoặc
 - Fosfomycin 3 g uống liều duy nhất với 100ml nước hoặc
 - Fosfomycin 500 mg: 2 viên x 3 (uống)/ngày.
- Ưu tiên 2:
 - Levofloxacin 250 mg uống mỗi 24 giờ trong 3 ngày hoặc
 - Ofloxacin 200 mg uống mỗi 12 giờ trong 3 ngày hoặc
 - Ciprofloxacin extended release 500 mg uống 1 lần/ngày trong 3 ngày.
- Lựa chọn thay thế (dị ứng với các thuốc trong lựa chọn ưu tiên).
 - Amoxicillin + Clavulanate 500 mg/125 mg uống 2 lần/ngày trong 3 - 7 ngày hoặc
 - Cefdinir 300 mg uống 2 lần/ngày trong 7 ngày.

b. Nhiễm trùng tiểu dưới phức tạp

Bệnh nhân tiểu đường, triệu chứng xuất hiện kéo dài trên 7 ngày trước khi điều trị, suy thận, bất thường giải phẫu đường tiết niệu, cơ thể có đặt stent hoặc dùng thuốc ức chế miễn dịch.

- Bệnh nhân có thể hấp thu thuốc qua đường uống:
 - Ciprofloxacin 500 mg uống 2 lần/ngày trong 7 - 14 ngày hoặc
 - Levofloxacin 750 mg uống 1 lần/ngày trong 5 ngày hoặc
 - Ciprofloxacin extended release 1 g uống 1 lần/ngày trong 7 - 14 ngày.
- Bệnh nhân không thể hấp thu thuốc qua đường uống:
 - Ciprofloxacin 400 mg truyền TM mỗi 12 giờ trong 7 - 14 ngày hoặc
 - Levofloxacin 750 mg TM mỗi ngày trong 5 ngày hoặc

- Piperacillin + Tazobactam 4,5 g TM mỗi 8 giờ hoặc
- Cefepime 2 g TM mỗi 12 giờ trong 10 ngày hoặc
- Ceftazidime 500 mg TM hay TB mỗi 8 hoặc 12 giờ trong 7 – 14 ngày hoặc
- Imipenem + Cilastatin 500 mg TM mỗi 6 giờ trong 7 – 14 ngày hoặc
- Meropenem 1 g TM mỗi 12 giờ trong 7 – 14 ngày.

Các phác đồ ngắn (7 ngày) nếu triệu chứng cải thiện nhanh chóng, khi đó phác đồ tiêm có thể chuyển sang phác đồ uống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abrahamian FM, Moran GJ, and Talan DA, Urinary tract infections in the emergency department. *Infect Dis Clin North Am*, 2008. 22(2): p. 73-87.
2. Emilie Katherine Johnson. Urinary Tract Infections in Pregnancy 2014 Feb 5, 2014 Jan 22, 2015]; Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/452604-overview>.
3. Little P, et al., Dipsticks and diagnostic algorithms in urinary tract infection: development and validation, randomised trial, economic analysis, observational cohort and qualitative study. *Health Technol Assess.*, 2009. 13(19): p. 1-73.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. 2008 September 22, 2010]; Available from: <http://guideline.gov/content.aspx?id=12628>.
5. John L Brusch. Cystitis in Females. 2014 Apr 7, 2014 Jan 22, 2015]; Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/233101-overview>.