

- 2014; 133(1): 25-9. doi:10.1016/j.thromres.2013.09.011
- Kahn SR, Lim W, Dunn AS, et al.** Prevention of VTE in nonsurgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. Feb 2012; 141(2 Suppl):e195S-e226S. doi:10.1378/chest.11-2296
 - Minet C, Potton L, Bonadona A, et al.** Venous thromboembolism in the ICU: main characteristics, diagnosis and thromboprophylaxis. Critical care (London, England). Aug 18 2015; 19(1):287. doi:10.1186/s13054-015-1003-9
 - Morrone D, Morrone V.** Acute Pulmonary Embolism: Focus on the Clinical Picture. Korean circulation journal. May 2018;48(5):365-381. doi:10.4070/kcj.2017.0314
 - Stevens SM, Woller SC, Kreuziger LB, et al.** Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Second Update of the CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. Dec 2021;160(6):e545-e608. doi: 10.1016/j.chest.2021.07.055
 - Lee MC, Liao CT, Feng IJ, et al.** Recurrent thromboembolism, bleeding, and mortality in Asian patients with venous thromboembolism receiving different oral anticoagulants: A nationwide analysis. Medicine. Sep 16 2022;101(37):e30412. doi:10.1097/md.00000000000030551
 - Nguyễn Thị Tuyết Mai TTXA, Bùi Thế Dũng, et al.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thuyên tắc phổi do huyết khối tại bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Y học TpHồ Chí Minh. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2019;23(2):208-213

TỶ LỆ NHIỄM TRÙNG SƠ SINH SỚM Ở TRẺ CÓ MẸ NHIỄM STREPTOCOCCUS NHÓM B KIỂU HÌNH MLSB CÓ SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM TRƯỚC SINH TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Nguyễn Thị Thu Sương¹, Phan Thị Hằng¹, Nguyễn Hữu Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm ở trẻ có mẹ nhiễm Streptococcus nhóm B kiểu hình MLSB đi sinh tại Bệnh viện Hùng Vương có sử dụng kháng sinh dự phòng lây nhiễm trước sinh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả khảo sát 483 sản phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB đi sinh tại bệnh viện Hùng Vương được sử dụng kháng sinh dự phòng ít nhất 4 giờ trước khi sinh trong thời gian 01/8/2023 – tháng 31/3/2024. **Kết quả:** Nhóm thai phụ ở nhóm tuổi 25 - < 30: chiếm tỷ lệ cao nhất là 35,61%. Thai kỳ mang GBS có kiểu hình MLSB có tỷ lệ 18,84%. Ampicillin là kháng sinh được sử dụng thường xuyên nhất, chiếm tỷ lệ 99,17%. 99,79% thai phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB có kết quả kháng sinh đồ nhạy với kháng sinh ampicillin. Số trẻ sơ sinh bình thường, không có biểu hiện nhiễm trùng chiếm tỷ lệ (89,86%), tỷ lệ nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm là 10,14% KTC 95% (7,46 - 12,82). Chỉ có 6 trường hợp nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm được chẩn đoán là nhiễm trùng huyết chắc chắn (Có kết quả cấy máu dương tính) chiếm tỷ lệ 1,24%. **Kết luận:** Việc dùng kháng sinh dự phòng có ý nghĩa làm giảm tỷ lệ lây truyền mẹ con của GBS, giảm tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh.

Từ khóa: Streptococcus nhóm B, MLSB, nhiễm trùng sơ sinh sớm, kháng sinh dự phòng

SUMMARY

EARLY NEONATAL INFECTION IN INFANTS BORN TO MOTHERS INFECTED WITH GROUP B STREPTOCOCCUS PHENOTYPE MLSB USING ANTIBIOTICS FOR PRENATAL INFECTION PROPHYLAXIS AT HUNG VUONG HOSPITAL

Objective: The rate of early neonatal infection in infants whose mothers were infected with group B Streptococcus with the MLSB phenotype who gave birth at Hung Vuong Hospital and used antibiotics to prevent infection before birth. **Method:** A cross-sectional study describing a survey of 483 pregnant women infected with GBS with the MLSB phenotype who gave birth at Hung Vuong Hospital and used antibiotics to prevent infection at least 4 hours before birth during the period from August 1, 2023 to March 31, 2024. **Results:** Pregnant women aged 25 - < 30 years old: accounted for the highest rate of 35.61%. Pregnancies with GBS with the MLSB phenotype had a rate of premature rupture of membranes of 18.84%. Ampicillin was the most frequently used antibiotic, accounting for 99.17%. 99.79% of pregnant women infected with GBS with the MLSB phenotype had antibiotic susceptibility results to ampicillin. The number of normal newborns, without signs of infection accounted for (89.86%), the rate of early neonatal sepsis was 10.14% CI 95% (7.46 - 12.82). Only 6 cases of early neonatal sepsis were diagnosed as definite sepsis (with positive blood culture results), accounting for 1.24%. **Conclusion:** Prophylactic antibiotics are effective in reducing the rate of mother-to-child transmission of GBS and reducing the rate of neonatal infection.

Keywords: Group B Streptococcus, MLSB, early neonatal infection, antibiotic prophylaxis

¹Bệnh viện Hùng Vương

²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Hằng

Email: bshangphan@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liên cầu khuẩn nhóm B - Group B Streptococcus (GBS) hay Streptococcus agalactiae là liên cầu khuẩn gram dương, thường trú ở đường tiêu hóa và sinh dục, là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm trùng sơ sinh sớm [1, 2]. Theo báo cáo hướng dẫn của trung tâm kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật Hoa Kỳ (CDC), tình trạng kháng thuốc trong thí nghiệm đối với cả clindamycin và erythromycin đang gia tăng, với các báo cáo được công bố từ năm 2006 đến năm 2009 cho thấy tỷ lệ GBS kháng erythromycin dao động từ 25% đến 32% và từ 13% đến 20% đối với clindamycin [2, 3]. Theo Mạng lưới giám sát vi khuẩn kháng thuốc của Trung Quốc (CHINET), tỷ lệ kháng clindamycin và erythromycin của GBS lần lượt là 59,7% và 74,5% trong số 5.052 chủng lâm sàng từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2022 [4]. Tỷ lệ GBS có kiểu hình MLSB đang gia tăng và các cơ chế kháng thuốc với clindamycin và erythromycin rất đa dạng [4, 5]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Vũ Văn Du và cộng sự về đặc điểm kháng kháng sinh của GBS năm 2021, tỷ lệ kháng erythromycin và clindamycin lần lượt là 76,23% và 58,21% [6]. Tỷ lệ kháng erythromycin, clindamycin cao và tình trạng đa kháng thuốc của GBS có thể truyền sang trẻ sơ sinh là một yếu tố nguy cơ quan trọng cần xem xét [6].

Bệnh viện Hùng Vương là một trong những bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về sản phụ khoa tại Việt Nam, tiếp nhận khám và điều trị cho các thai phụ tại Thành phố Hồ Chí Minh và các tỉnh lân cận. Tại BVHV, việc sàng lọc GBS thường qui cho thai phụ từ 36 - 37⁺⁶ tuần triển khai từ tháng 5 năm 2021. Ampicillin hoặc penicillin là kháng sinh được lựa chọn đầu tiên trong dự phòng lây nhiễm trước sinh đối với thai phụ nhiễm GBS. Riêng đối với nhóm thai phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB thuộc nhóm kháng đa kháng thuốc (Kháng macrolide, lincosamide và streptogramin B) vẫn sử dụng kháng sinh dự phòng lây nhiễm trước sinh thường quy theo phác đồ và điều này có ảnh hưởng đến kết cục thai kỳ hay không? Chính vì lý do chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu chính đánh giá tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm ở trẻ có mẹ nhiễm Streptococcus nhóm B kiểu hình MLSB đi sinh tại Bệnh viện Hùng Vương có sử dụng kháng sinh dự phòng lây nhiễm trước sinh.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm ở trẻ có mẹ nhiễm Streptococcus nhóm B kiểu hình MLSB đi sinh tại Bệnh viện Hùng Vương có sử dụng kháng sinh dự phòng lây nhiễm trước sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Tháng 01/8/2023 – tháng 31/3/2024.

Địa điểm: Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Hùng Vương.

Đối tượng nghiên cứu. Thai phụ đến khám thai tại BV Hùng Vương được tầm soát GBS trước sinh ở thời điểm 36 – 37⁺⁶ tuần bằng phương pháp nuôi cấy, định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ có kết quả xét nghiệm: Streptococcus nhóm B kiểu hình MLSB.

- Thai phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB đi sinh tại BV Hùng Vương được sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) theo phác đồ BV, KSDP sử dụng liều đầu ít nhất 4 giờ trước khi sinh.

- Thai phụ nhiễm GBS đến khi vào chuyển dạ thai vẫn còn sống.

- Trẻ sinh ra được theo dõi tại BVHV trong khoảng thời gian từ ngày 1 đến ngày 6 sau khi sinh.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những thai phụ nhiễm Streptococcus nhóm B có kiểu hình MLSB sinh mổ chủ động.

- Thai phụ nhiễm Streptococcus nhóm B có kiểu hình MLSB không được sử dụng kháng sinh dự phòng do chuyển dạ sinh nhanh hoặc chỉ định kháng sinh dự phòng trước sinh < 4 giờ.

- Thai phụ bị thai lưu sau khi sàng lọc và trước khi vào chuyển dạ.

Cỡ mẫu của nghiên cứu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$N \geq \frac{Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 p(1-p)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu.

α : xác suất sai lầm loại 1 ($\alpha = 0,05$)

Z (1 - $\alpha/2$): trị số phân phối chuẩn ở độ tin cậy 95% (Z = 1,96)

d: sai số biên cho phép của ước lượng, chọn $d = 1/2 p$

p: tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm ở thai phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB.

Theo nghiên cứu cắt ngang mô tả của Phùng Thị Lý tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2020, tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm ở sản phụ nhiễm GBS là 5,3% [7].

Với: $p = 5,3\%$, $d = 0,02 \Rightarrow$ cỡ mẫu được tính $n \geq 483$.

Chỉ số nghiên cứu. Tỷ lệ trẻ nhiễm trùng sơ sinh sớm: Là tổng số trẻ có biểu hiện nhiễm trùng sơ sinh sớm trong vòng 6 ngày đầu sau sinh trên tổng số sơ sinh do các thai phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB sinh ra:

$$\frac{\text{Tỷ lệ trẻ NTSS sớm (\%)}}{\text{Số trẻ NTSS sớm}} = \frac{\text{Tổng số sơ sinh do thai phụ nhiễm GBS có MLSB}}{\text{Tổng số sơ sinh từ thai phụ nhiễm GBS có MLSB}} \times 100$$

Tỷ lệ nhiễm trùng huyết sơ sinh khởi phát sớm do GBS: Là tổng số sơ sinh có kết quả cấy máu là GBS trong vòng 6 ngày đầu sau sinh trên tổng số sơ sinh sinh ra từ các thai phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB, cụ thể:

$$\frac{\text{Tỷ lệ GBS EOD (\%)}}{\text{Số trẻ GBS EOD}} = \frac{\text{Tổng số sơ sinh từ thai phụ nhiễm GBS có MLSB}}{\text{Tổng số sơ sinh từ thai phụ nhiễm GBS có MLSB}} \times 100$$

Quy trình nghiên cứu. Tìm và lọc tất cả danh sách thai phụ có cấy định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ dịch âm đạo – trực tràng tại phần mềm lưu trữ kết quả xét nghiệm có kết quả là Streptococcus agalactiae kiểu hình MLSB.

Đăng nhập vào phần mềm bệnh án điện tử trên để tìm những trường hợp này có đi sinh tại BVHV hay không?

Từ mã ID của thai phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB đi sinh tại BVHV, chúng tôi liên hệ kho lưu trữ hồ sơ để truy xuất số nhập viện tìm lại hồ sơ bệnh án giấy.

Hồi cứu dữ liệu thông tin có trong bệnh án những trường hợp thai phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB thỏa tiêu chuẩn nhận mẫu sẽ được chọn để thu thập thông tin.

Phương pháp phân tích dữ liệu: Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến số định lượng (số ngày trẻ điều trị kháng sinh) tuân theo phân phối chuẩn, biểu diễn bằng số trung bình ± độ lệch chuẩn.

Vấn đề y đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội Đồng Y Đức Bệnh viện Hùng Vương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ hồ sơ bệnh án của 977 thai phụ nhiễm GBS kiểu hình MLSB đi sinh tại BVHV chỉ có 483 trường hợp thỏa tiêu chuẩn nhận mẫu được chọn vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm dịch tễ của thai phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB

Thông tin đối tượng nghiên cứu		Tần số (n=483)	Tỷ lệ (%)
Phân bố nhóm tuổi mẹ	< 20	16	3,31
	20 - < 25	88	18,22
	25 - < 30	172	35,61
	30 - < 35	158	32,71
	≥ 35	49	10,14
Đặc điểm màng ối	Màng ối nguyên vẹn	392	81,16

(Lúc nhập viện)	Ối vỡ sớm	91	18,84
Sinh non (< 37 tuần)	Dưới 37 tuần	9	1,86
	≥ 37 tuần	474	98,14
Cách sinh	Sinh ngã âm đạo	332	68,74
	Sinh mổ	151	31,26
Sốt trong chuyển dạ	Không	475	98,34
	Có	8	1,65
Nhiễm trùng ối, màng ối	Không	481	99,59
	Có (do GBS)	2	0,41

Nhận xét: Nhóm thai phụ ở nhóm tuổi 25 - < 30: chiếm tỷ lệ cao nhất là 35,61%. Nhóm thai phụ < 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,31%. Trường hợp sinh ngã âm đạo với tỷ lệ 68,74%, 151 thai phụ sinh mổ (chiếm 31,26%) Thai kỳ mang GBS có kiểu hình MLSB có tỷ lệ ối vỡ sớm chiếm 18,84 % trong đó chỉ có 1,1% số thai phụ có thời gian ối vỡ trên 18 giờ tính tại thời điểm nhập viện. Tỷ lệ sinh non ở thai phụ nhiễm GBS kiểu hình MLSB là 1,86%. Các biến chứng như sốt trong chuyển dạ chiếm tỷ lệ 1,65%. Sử dụng kháng sinh dự phòng trước sinh chỉ có 2 trường hợp nhiễm trùng ối do GBS khi cấy màng nhau chiếm tỷ lệ 0,41%.

3.2. Đặc điểm về kháng sinh được sử dụng dự phòng trong chuyển dạ

Bảng 3.2: Đặc điểm về kháng sinh được sử dụng dự phòng trong chuyển dạ

Vấn đề sử dụng KS dự phòng	Tần số (n = 483)	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh sử dụng trong nghiên cứu		
Ampicillin	479	99,17
Penicillin	1	0,21
Vancomycin	1	0,21
Augbidil	2	0,41
Tính nhạy, kháng thuốc của GBS có kiểu hình MLSB với ampicillin/ Penicillin (KS dùng để dự phòng lây nhiễm GBS trước sinh)		
Nhạy	482	99,79
Trung gian	0	0
Đề kháng	1	0,21

Nhận xét: Ampicillin là kháng sinh được sử dụng thường xuyên nhất, chiếm tỷ lệ 99,17%. 99,79% thai phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB có kết quả kháng sinh đồ nhạy với kháng sinh ampicillin – là loại KS được lựa chọn làm KS dự phòng nhiễm GBS trước sin

3.3. Tình trạng nhiễm trùng sơ sinh sớm ở trẻ sinh ra từ các thai phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB.

Bảng 3: Hình thái nhiễm trùng sơ sinh sớm trong vòng 6 ngày đầu sau sinh

Tình trạng trẻ sơ sinh		Tần số (n= 483)	Tỷ lệ (%)
Bình thường		434	89,86
Hình thái NTSS sớm	Viêm da	0	0
	Nhiễm khuẩn rốn	0	0
	Viêm phổi	4	0,83
	Viêm ruột	1	0,21
	Nhiễm trùng huyết chắc chắn	6	1,24
	Nhiễm trùng huyết nghi ngờ	7	1,44
Nhiễm trùng huyết lâm sàng		31	6,42
Tổng số ca NTSS		49	10,14

Nhận xét: Số trẻ sơ sinh bình thường, không có biểu hiện nhiễm trùng chiếm tỷ lệ (89,86%), tỷ lệ nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm là 10,14%. Chỉ có 6 trường hợp nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm được chẩn đoán là nhiễm trùng huyết chắc chắn (Có kết quả cấy máu dương tính) chiếm tỷ lệ 1,24%.

3.4. Tác nhân gây nhiễm trùng sơ sinh khởi phát sớm ở trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB

Bảng 3.4: Tỷ lệ sơ sinh nhiễm trùng huyết khởi phát sớm do GBS

Tác nhân gây nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm	Tần số (n=483)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm do GBS	2	0,41
Nhiễm trùng huyết sơ sinh do tác nhân khác		
Staphylococci coagulase negative	3	0,62
Yersinia pseudomonas	1	0,21
Lâm sàng có biểu hiện NTSS sớm nhưng cấy máu âm tính	20	4,14
Không xác định (Không có cấy máu)	23	4,76
Tổng	49	10,14
Trẻ sơ sinh bình thường	434	89,86

Nhận xét: 89,86% trẻ không có biểu hiện nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm do GBS khi mẹ mang GBS được dự phòng lây nhiễm trước sinh theo đúng phác đồ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là hồi cứu lại 483 trường hợp thai phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB theo dõi sinh ngã âm đạo, ối vỡ được điều trị kháng sinh dự phòng lây nhiễm trước sinh đúng theo phác đồ, can thiệp đảm bảo ít nhất trước 4 giờ cho đến khi sinh. Chúng tôi loại trừ những trường hợp mổ lấy thai chủ động khi chưa có chuyển dạ và chưa vỡ ối, là những trường hợp không có chỉ định điều trị kháng sinh dự

phòng lây nhiễm trước sinh theo khuyến cáo của ACOG. Như vậy, dự phòng lây nhiễm trước sinh được chúng tôi thực hiện đúng đạt 100% trường hợp. Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 10,14 %, và có 89,86 % trẻ sinh ra không có biểu hiện của nhiễm trùng sơ sinh sớm. Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Lý tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City từ 1/1/2019 đến 1/1/2020 tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm ở trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm GBS chung là 5,3 %. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ NTSS sớm ở thai phụ nhiễm GBS kiểu hình MLSB cao một số tác giả, điều này có thể do tiêu chuẩn chẩn đoán NTSS sớm của chúng tôi khác với tác giả khác. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thu Trang thực hiện vào năm 2021 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm của trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm GBS là 5,7% [8]. Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Vinh Thành, Phùng Thị Lý và Phạm Thu Trang, điều này có thể do tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng sơ sinh sớm của chúng tôi có khác hơn các tác giả trên.

Theo phác đồ điều trị của Bệnh viện Hùng Vương cập nhật năm 2024, ngoài những trường hợp trẻ có kết quả cấy máu dương tính, những trường hợp trẻ có dấu hiệu nhiễm trùng trên lâm sàng hoặc cận lâm sàng nhưng cấy máu âm tính (Chẩn đoán nhiễm trùng huyết lâm sàng); những trường hợp trẻ có hiện diện các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng huyết có thể có triệu chứng lâm sàng hoặc không (Chẩn đoán nhiễm trùng huyết nghi ngờ) đều được xếp vào nhóm nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm. Nghiên cứu của Lucia Matsiane Lekala tại Nam Phi trên 170 trẻ sinh ra sống, có 24,1% sơ sinh cho kết quả dương tính với GBS khi nuôi cấy sau sinh (Nghiên cứu chỉ thực hiện nuôi cấy trên 29 sơ sinh) và có 2 trường hợp tử vong trong số 3 trường hợp nhiễm khuẩn, đây là một kết quả rất xấu so với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên trong nghiên cứu này những thai phụ sinh ngã âm đạo không được điều trị kháng sinh dự phòng, chỉ sử dụng kháng sinh cho những trường hợp sinh mổ, như thế cũng không đánh giá được kháng sinh dự phòng có hiệu quả hay không. Qua những kết quả trên, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm ở trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm GBS có kiểu hình kháng thuốc cao hơn so với bà mẹ nhiễm GBS chung. Đồng thời chúng ta cũng nhận thấy được việc dùng kháng sinh dự phòng có ý nghĩa làm giảm tỷ lệ lây truyền mẹ con của

GBS, giảm tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh và đặc biệt giảm tỷ lệ sơ sinh mắc bệnh GBS khởi phát sớm là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm của trẻ sinh ra từ bà mẹ có nhiễm GBS có kiểu hình MLSB đi sinh tại bệnh viện Hùng Vương là 10,14% KTC 95% [7,46 - 12,82]. Phác đồ kháng sinh dự phòng nhiễm GBS trước sinh đối với thai phụ nhiễm GBS có kiểu hình MLSB vẫn còn đạt hiệu quả cao, nhóm GBS có kiểu hình MLSB là nhóm đa kháng thuốc hầu như vẫn còn nhạy với ampicillin. Việc dùng kháng sinh dự phòng có ý nghĩa làm giảm tỷ lệ lây truyền mẹ con của GBS, giảm tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schrag, S.J. and J.R. Verani, Intrapartum antibiotic prophylaxis for the prevention of perinatal group B streptococcal disease: experience in the United States and implications for a potential group B streptococcal vaccine. *Vaccine*, 2013. **31**: p. D20-D26.
2. Verani, J.R., L. McGee, and S.J. Schrag, Prevention of perinatal group B streptococcal disease: revised guidelines from CDC, 2010. 2010, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and
3. Back Ephraim, E., J. O'Grady Elisa, and D. Back Joshua, High Rates of Perinatal Group B Streptococcus Clindamycin and Erythromycin Resistance in an Upstate New York Hospital. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 2012. **56**(2): p. 739-742.
4. Liu, Z., et al., Molecular characteristics and antibiotic resistance mechanisms of clindamycin-resistant Streptococcus agalactiae isolates in China. *Front Microbiol*, 2023. **14**: p. 1138039.
5. Sapugahawatte, D.N., et al., Colonization of Group B Streptococcus in Pregnant Women and Their Neonates from a Sri Lankan Hospital. *Pathogens*, 2022. **11**(4).
6. Van Du, V., et al., Antimicrobial resistance in colonizing group B Streptococcus among pregnant women from a hospital in Vietnam. *Scientific Reports*, 2021. **11**(1): p. 20845.
7. Lý, P.T., N.Q. Tuấn, and T.M. Linh, Tỷ lệ mang liên cầu khuẩn nhóm B ở 35-37 tuần thai kỳ và hiệu quả của kháng sinh dự phòng lây nhiễm trước sinh. *Tạp chí Phụ sản*, 2020. **18**(3): p. 19-26.
8. Trang, P.T., et al., Tỷ lệ mang liên cầu nhóm B và kết quả thai kỳ ở sản phụ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. *Bản B của Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*, 2023. **65**(7).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU LƯNG KÈM ĐAU THẦN KINH TỌA BẰNG THUỐC KHÁNG VIÊM KẾT HỢP VỚI THUỐC GIẢM ĐAU THẦN KINH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VĨ TRƯỜNG TOÀN

Phan Vũ Hùng¹, Nguyễn Hùng Trấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoái hoá cột sống thắt lưng là nguyên nhân gây đau thắt lưng, làm mất năng lực lao động và tạo ra chiếc gánh nặng kinh tế-xã hội. Triệu chứng chính là đau thắt lưng và đau thần kinh kinh do chèn ép rễ thần kinh. Các phương pháp điều trị bao gồm thuốc giảm đau, chống viêm, giãn cơ, tiêm corticoid cạnh cột sống, trong đó điều trị bằng thuốc kháng viêm NSAIDs kết hợp thuốc giảm đau thần kinh được áp dụng rộng rãi và có hiệu quả rõ rệt. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng người bệnh thoái hoá cột sống thắt lưng và đau thần kinh tọa. 2) Đánh giá hiệu quả điều trị đau lưng kèm đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng thuốc kháng viêm NSAIDs kết hợp với thuốc giảm đau thần kinh. **Đối tượng và phương**

pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện trên 60 người bệnh đau thắt lưng do thoái hóa cột sống kèm và đau thần kinh tọa đến khám và điều trị tại Trung tâm Cơ Xương Khớp của Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn. **Kết quả:** có 40% người bệnh đau vừa, đau nặng chiếm đa số với 60%. Sau điều trị chưa ghi nhận được tác dụng phụ không mong muốn của phương pháp điều trị can thiệp. **Kết luận:** Phương pháp điều trị dùng thuốc NSAIDs và thuốc giảm đau thần kinh có hiệu quả cải thiện mức độ đau của người bệnh.

Từ khóa: Đau cột sống thắt lưng, thuốc NSAIDs, giảm đau thần kinh.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT FOR LOW BACK PAIN WITH SCIATICA BY COMBINED ASAIDS AND NEUROPATHIC PAIN MEDICATION AT VO TRUONG TOAN UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Lumbar spondylosis is the cause of low back pain globally, causing loss of working

¹Trường Đại học Võ Trường Toàn

Chịu trách nhiệm chính: Phan Vũ Hùng

Email: 4946665815@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024