Vietnam Journal of Community Medicine, Vol 63, No 4 (2022) 23-30

CHARACTERISTICS OF GROUP B STREPTOCOCCUS AND PREVENTIVE TREATMENT WITH ANTIBIOTICS IN 35 -37 WEEK PREGNANT WOMEN AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL 2019

Tang Xuan Hai[1,], Que Anh Tram[2]*

[1]Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital - 19 Ton That Tung, Hung Dung, Vinh City, Nghe An, Vietnam
[2]Nghe An Friendship General Hospital - Km 5, V.I. Le Nin, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received 21/04/2022
Revised 26/05/2022; Accepted 30/06/2022

ABSTRACT

Objectives: The study aims to describe some characteristics of GBS and results of preventive treatment with antibiotics in 35-37 week pregnant women at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from 2018 to 2019.

Study subjects and methods: The descriptive method combined with analysis and experimental study in laboratory was employed. Study subjects included pregnant women of 35 - 37 weeks. The pregnant women had clinical examinations, and were interviewed. Vaginal discharge was taken for culture and identification of Group B Streptococcus and β hemolytic S-shaped colonies on blood agar.

Results: The prevalence of Group B streptococcus via clinical examinations was 9.2%. 100% of the pregnant women used prophylactic antibiotics. 68.5% were injected one shot of antibiotics. Cephalothin injection was safe for the mothers with 100.0% of the women having no side effects. Preventive treatment results for the newborn babies after 48 hours of birth were very good, specifically, no infants had skin inflammation, umbilical cord infection, or pneumonia; only one infant was infected with E.coli accounting for 1.8%.

Conclusions and recommendations: There is a need to screen and diagnose of group B streptococcus and do early treatment for pregnant women at the 35th to 37th week to prevent infection for mothers and newborn babies.

Key words: Group B Streptococcus, Pregnant woman, Nghe An.

*Corressponding author
Email address: bstangxuanhai@gmail.com
Phone number: (+84) 912 379 583
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i4.363

MÔ TẢ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM NHIỄM LIÊN CẦU KHUẨN NHÓM B VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG BẰNG KHÁNG SINH Ở PHỤ NỮ CÓ THAI TỪ 35 -37 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN 2019

Tăng Xuân Hải[1,], Quế Anh Trâm[2]*

[1]Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An - 19 Tôn Thất Tùng, Hưng Dũng, thành phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam
[2]Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An - Km số 5, V.I. Lê Nin, thành phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 21 tháng 04 năm 2022
Chỉnh sửa ngày: 26 tháng 05 năm 2022; Ngày duyệt đăng: 30 tháng 06 năm 2022

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B (Group B Streptococcus -GBS), xác định kết quả điều trị dự phòng cho phụ nữ mang thai từ 35 -37 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An 2019.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đề tài được thiết kế bằng phương pháp nghiên cứu mô tả có phân tích và nghiên cứu thực nghiệm tại labo với đối tượng là phụ nữ mang thai từ 35 -37 tuần. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu gồm: Kỹ thuật thăm khám lâm sàng thai phụ; Kỹ thuật phỏng vấn; Kỹ thuật nuôi cấy và định danh vi khuẩn trên môi trường Group B Streptococcus và khuẩn lạc dạng S tan huyết β trên thạch máu.

Kết quả: Tỷ lệ có viêm nhiễm qua thăm khám lâm sàng ở phụ nữ mang thai từ 35 -37 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An là 9,2%. Tỷ lệ thai phụ sử dụng kháng sinh dự phòng trong nghiên cứu là 100%. Nhóm thai phụ tiêm một mũi kháng sinh chiếm 68,5. Sử dụng kháng sinh Cephalothin theo đường tiêm an toàn cho mẹ 100,0% không có tác dụng phụ. Kết quả dự phòng viêm nhiễm cho bé 48 giờ sau sinh rất tốt, cụ thể: Không có trẻ sơ sinh nào bị viêm da, nhiễm khuẩn rốn, hay viêm phổi, chỉ có một trường hợp nhiễm khuẩn huyết do *E.coli* chiếm tỉ lệ 1,8%.

Kết luận và kiến nghị: Cần khám sàng lọc chẩn đoán nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B và điều trị sớm cho phụ nữ mang thai từ 35 -37 tuần để phòng viêm nhiễm cho mẹ và bé sau sinh.

Từ khóa: Liên cầu khuẩn nhóm B, phụ nữ có thai, Nghệ An.

*Tác giả liên hệ
Email address: bstangxuanhai@gmail.com
Điện thoại: (+84) 912 379 583
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i4.363

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm GBS, âm đạo ở phụ nữ mang thai là một trong những nguyên nhân gây nhiễm khuẩn sơ sinh, làm gia tăng tỷ lệ tử vong bởi sự lây truyền từ mẹ sang con khi chuyển dạ hoặc vỡ ối [1]. Năm 1996 Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật Hoa Kỳ (Centers for Disease control and Prevention - CDC) cùng với Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization-WHO) khuyến cáo về chiến lược điều trị dự phòng liên cầu khuẩn nhóm B dựa vào các yếu tố nguy cơ của các thai phụ, từ năm 2002 những trường hợp điều trị dự phòng được dựa vào tầm soát nuôi cấy, thường thực hiện ở tuổi thai 35 – 37 tuần [2]. Ở Việt Nam, hàng năm tỷ lệ tử vong sơ sinh khoảng 0,95% do nhiều nguyên nhân, trong đó có nhiễm khuẩn sơ sinh do liên cầu khuẩn nhóm B [3],[4]. Tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An hàng năm có hơn 10.000 trường hợp mổ đẻ, đẻ thường và có một số lượng không ít trẻ sinh ra phải nhập khoa sơ sinh, hoặc chuyển tuyến trên trong vòng 48h đầu để điều trị với lý do nhiễm khuẩn như viêm phổi nặng, viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có một nghiên cứu nào đánh giá về tình trạng nhiễm GBS ở thai phụ, nhưng các yếu tố nguy cơ nhiễm GBS luôn tồn tại gây nhiều hậu quả xấu cho mẹ và bé khi sinh. Xuất phát từ tình hình thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài: *Mô tả một số đặc điểm nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B và kết quả điều trị dự phòng bằng kháng sinh ở phụ nữ có thai từ 35 tuần đến 37 tuần,* nhằm mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm nhiễm GBS và hiệu quả điều trị dự phòng bằng kháng sinh.

2. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Các phụ nữ mang thai từ 35 -37 tuần; thuốc Cephalothin.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

- Thời gian nghiên cứu: Từ 2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài được thiết kế bằng hai phương pháp nghiên cứu là: Nghiên cứu mô tả và nghiên cứu thực nghiệm tại labo.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu: Theo công thức ước tính một tỷ lệ hiện mắc [9]:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{p\varepsilon^2} DE$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu; $z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p: Ước tính tỷ lệ thai phụ nhiễm GBS, theo Nguyễn Thị Vĩnh Thành là 18% [5]; ε: Mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể, chọn ε = 0,25; DE: Hệ số hiệu lực mẫu, chọn DE = 2. Từ công thức trên, cỡ mẫu tính toán n = 700, thực tế đã thực hiện 750 mẫu.

- Chọn mẫu: Chọn mẫu không xác suất những thai phụ có đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Nội dung và các chỉ số trong nghiên cứu

Một số đặc điểm nhiễm GBS ở đối tượng nghiên cứu gồm: Tỷ lệ nhiễm GBS chung, tỷ lệ nhiễm theo nhóm tuổi, tỷ lệ nhiễm theo địa lý, tỷ lệ nhiễm theo nghề nghiệp.

2.2.4. Công cụ, vật liệu nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án và phiếu phỏng vấn thu thập số liệu; Các dụng cụ khám thai; Môi trường thạch máu chọn lọc nuôi cấy vi khuẩn GBS và StepB; Máy xét nghiệm Vitek2; Tủ ấm…

Kháng sinh sử dụng điều trị cho mẹ dự phòng lây truyền từ mẹ sang con là Cephalothin sodium 1000mg, sử dụng tiêm hoặc truyền theo đường tĩnh mạch.

2.2.5. Các kỹ thuật, vật liệu sử dụng trong nghiên cứu

- Kỹ thuật phỏng vấn thai phụ khai thác tiền sử bệnh, triệu chứng cơ năng có liên quan.

- Kỹ thuật thăm khám lâm sàng: Đo chiều cao tử cung, xác định ngôi thai, nghe tim thai, đo cơn co tử cung, đánh giá đóng mở tử cung, đánh giá cử động của thai nhi…

- Kỹ thuật nuôi cấy và định danh vi khuẩn: Sau nuôi cấy 72 giờ khuẩn lạc mọc có màu hồng tía trên môi trường Group B Streptococcus và khuẩn lạc dạng S tan huyết β trên thạch máu, tiến hành nhuộm Gram nếu là cầu khuẩn Gram(+) làm CAMP test, nếu (+) làm kháng sinh đồ.

- Kỹ thuật làm kháng sinh đồ và điều trị dự phòng bằng kháng sinh.

2.2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu nghiên cứu được nhập và phân tích bằng phần mềm Stata và SPSS 16.0, sử dụng các test thống

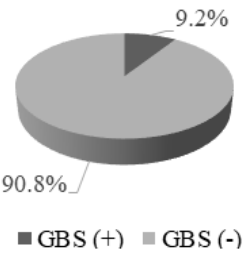
kê χ^2 và phân tích giá trị p xác định sự khác biệt giữa các tỷ lệ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Xác định tỷ lệ và một số đặc điểm nhiễm GBS ở phụ nữ mang thai từ 35 -37 tuần

3.1.1. Tỷ lệ nhiễm GBS chung ở phụ nữ mang thai từ 35 -37 tuần

Hình 3.1. Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B theo phương pháp nuôi cấy



Nhận xét:

Tỷ lệ nhiễm GBS theo phương pháp nuôi cấy là 9,2%.

3.1.2. Một số đặc điểm nhiễm GBS ở phụ nữ mang thai từ 35 -37 tuần

- Tỷ lệ nhiễm GBS ở thai phụ theo nhóm tuổi

Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B theo lứa tuổi của thai phụ (n =750)

Nhóm / Tuổi	GBS (+)		GBS (-)		Giá trị p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
< 20 tuổi (1)	0	0,0	15	100	(1: 2; 3;4; 5) < 0,05 (2: 3; 4; 5) > 0,05
20 – 24 tuổi (2)	14	8,6	148	91,4	
25 – 29 tuổi (3)	32	9,4	307	90,6	
30 – 34 tuổi (4)	19	11,1	152	88,9	
≥ 35 tuổi (5)	4	6,3	59	93,7	
Tổng số	69	9,2	681	90,8	
± SD	28,0 ± 4,3 (20 – 44)		27,8 ± 4,7 (18 – 47)		> 0,05

Nhận xét:

Tuổi trung bình của nhóm thai phụ nhiễm GBS 28,0 ± 4,3 (20 – 44 tuổi). Có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm BGS ở nhóm tuổi < 20 so với các lứa tuổi 20 -24, 25 -29, 30 -34 và ≥ 35 tuổi, với các giá trị 0,0% so với 8,6%, 9,4%, 11,1%, 6,3% và 9,2%, p < 0,05

Không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm GBS giữa các nhóm tuổi, với các giá trị 20 - 24, 25 -29, 30 -34 và ≥ 35 tuổi, với các giá trị 8,6% so với 9,4%, 11,1%, 6,3% và 9,2%, p > 0,05.

- Tỷ lệ nhiễm GBS theo khu vực sinh sống

Bảng 3.2. Tỷ lệ nhiễm GBS ở thai phụ theo khu vực sinh sống của các thai phụ (n =750)

Nơi ở \ Nhóm	GBS (+)		GBS (-)		Giá trị p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Thành phố Vinh (1)	29	12,3	206	87,7	(2: 1;3) < 0,05
Huyện đồng bằng (2)	28	6,7	388	93,3	
Huyện miền núi (3)	12	12,1	87	87,9	
Tổng số	69	9,2	681	90,8	

Nhận xét:

Có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm GBS ở nhóm thai phụ sống ở đồng bằng so với nhóm sống ở miền núi và thành phố Vinh, với các giá trị 6,7% so với 12,1% và 12,3%, với p < 0,05.

- Tỷ lệ nhiễm GBS theo số lần sinh con

Bảng 3.3. Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B theo số lần sinh ở các thai phụ (n =750)

Số lần sinh \ Nhóm	GBS (+)		GBS (-)		Giá trị p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Lần đầu tiên (1)	42	9,3	412	90,7	(1: 2; 3; 4) > 0,05
Đã sinh 1 lần (2)	22	10,6	186	89,4	
Đã sinh 2 lần (3)	4	6,6	57	93,4	
Đã sinh ≥ 3 lần (4)	1	3,7	26	96,3	
Tổng số	69	9,2	681	90,8	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm KGB ở các nhóm phụ nữ sinh lần đầu, đã sinh 1 lần, đã sinh 2 lần và sinh ≥ 3 lần, với các tỷ lệ 9,3% so với 10,6%, 6,6% và 3,7% với p > 0,05.

3.2. Kết quả điều trị dự phòng bằng kháng sinh

Qua kết quả sàng lọc nuôi cấy và định danh bằng phương pháp PCR phát hiện 69 thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn, đề tài chỉ can thiệp được trên 54 thai phụ và 55 bé sơ sinh (một trường hợp sinh đôi), kết quả như sau:

3.2.1. Sử dụng kháng sinh dự phòng ở các thai phụ

Bảng 3.4. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng (n = 54)

Sử dụng kháng sinh dự phòng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	54	100
Không	0	0
Tổng	54	100

Nhận xét:

Tỷ lệ thai phụ sử dụng kháng sinh dự phòng trong nghiên cứu là 100%.

Bảng 3.5. Số lần tiêm kháng sinh dự phòng (n = 54)

Số lần tiêm kháng sinh Tenaphathin 1g (Cephalothin)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
1 mũi	37	68,5
2 mũi	14	25,9
3 mũi	3	5,6
Tổng số	54	100
± SD	1,4 ± 0,6 (1 - 3)	

Nhận xét:

Nhóm thai phụ tiêm một mũi kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất: 68,5%. Nhóm thai phụ phải tiêm 3 mũi chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,6%. Trung bình số mũi đã tiêm trong nghiên cứu là 1,4 ± 0,6.

3.2.2. Kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng cho mẹ và bé

- Kết quả dự phòng cho mẹ:

Bảng 3.6. Tác dụng phụ của kháng sinh (n = 54)

Tác dụng phụ	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Rối loạn tiêu hóa	0	0
Đau, có phản ứng tại chỗ	0	0
Khác	0	0

Nhận xét:

Sử dụng Cephalothin theo đường tiêm an toàn cho mẹ 100,0% không có tác dụng phụ.

- Kết quả dự phòng cho bé

Bảng 3.7. Tình trạng trẻ sơ sinh sau đẻ (n= 55)

Tình trạng trẻ sơ sinh sau đẻ	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Viêm da (1)	0	0,0
Nhiễm khuẩn rốn (2)	0	0,0
Viêm phổi (3)	0	0,0
Nhiễm khuẩn huyết do *E. coli* (3)	1	1,8
Bình thường (4)	54	98,2
Tổng số	55	100
Giá trị p	(4: 1; 2; 3) < 0,05	

Nhận xét:

Khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ trẻ sinh ra bình thường (không bị viêm nhiễm gì) so với trẻ sinh ra bị viêm da, nhiễm khuẩn rốn, viêm phổi và nhiễm khuẩn huyết do E. coli với các giá trị 98,2% so với 0,0%, 0,0%, 0,0% và 1,8% với p < 0,05.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng viêm nhiễm GBS ở phụ nữ mang thai từ 35 -37 tuần

Kết quả tại Hình 3.1 cho thấy: Có viêm nhiễm qua xét nghiệm vi sinh là 9,2%. Kết quả của nghiên cứu này cũng tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới thì trong khoảng trên 5% đến 48,2%% tùy theo từng nghiên cứu, thường cao hơn ở các nghiên cứu trên đối tượng thai phụ ở châu Phi, da đen. Ít hơn ở những nghiên cứu trên đối tương thai phụ ở Đông Nam Á [7], [8]. Mặt khác, kết quả tại Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ viêm nhiễm ở sản phụ < 20 tuổi thấp nhất và thấp hơn các lứa tuổi từ 20 -24, 25-29, 30 -34 và ≥ 35 tuổi, với các giá trị 0,0% so với 8,6%, 9,4%, 11,1%, 6,3% và 9,2%, p < 0,05, điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế ở lứa tuổi < 20 thì hầu hết là sinh lần đầu, sức đề kháng tốt, ít sản phụ có tiền sử nạo hút thai và tình trạng vệ sinh cá nhân tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu trong nước cho thấy tỷ lệ nhiễm GBS ở thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Quang Hiệp (6,5%) tại Bệnh viện Bạch Mai có tuổi thai từ 34 - 36 tuần [6]. Tuy nhiên kết quả nghiên của chúng tôi thấp hơn kết quả trong các nghiên cứu của những tác giả Nguyễn Thị Vĩnh Thành, Đỗ Khoa Nam, do bệnh phẩm của các nghiên cứu trên lấy cả ở âm đạo và trực tràng (đường tiêu hóa được xem như là hồ chứa GBS) do đó làm tăng tỷ lệ phát hiện liên cầu khuẩn nhóm B ở thai phụ [5].

Kết quả nghiên cứu này khác với Edwards JM, trong nghiên cứu của Edwards JM ở những thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B tỷ lệ nhiễm khuẩn vết thương là 2%; Tỷ lệ viêm nội mạc tử cung là 0,4%; tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết là 0,1% và viêm tuyến vú là 0,2% [9].

4.2. Kết quả điều trị dự phòng bằng Cephalothin cho mẹ và bé

Kết quả tại các bảng 3.6, 3.7 cho thấy kháng sinh Cephalothin theo đường tiêm an toàn cho mẹ 100,0% không có tác dụng phụ, có kết quả tốt trong dự phòng cho mẹ và bé, điều này có thể lý giải như sau:

- 100% mẫu GBS thu được trong nghiên cứu đều nhạy với Cephalothin, mặt khác đây là loại kháng sinh an toàn cho phụ nữ mang thai và cho con bú, có trong danh mục khoa dược của Bệnh viện chúng tôi nên tiện khi chỉ định điều trị cho thai phụ. Kết quả của chúng tôi có khác với một số nghiên cứu như:

+ Nghiên cứu của Nguyễn Thị Vĩnh Thành tại Bệnh viện Từ Dũ có 68 thai phụ bị nhiễm GBS và 100% cũng được tiêm dự phòng giống như nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên có 66,2% kháng lại cephazolin nhưng kháng sinh này vẫn được sử dụng [5].

+ Nghiên cứu của Trần Quang Hiệp cho những thai phụ nhiễm GBS sử dụng kháng sinh zinnat đường uống và đặt âm đạo fluomizin ngay khi sàng lọc phát hiện ra thai phụ nhiễm GBS, khi chuyển dạ các thai phụ này được theo dõi giống như các thai phụ không nhiễm, như thế thời điểm sử dụng kháng sinh và đường dùng kháng sinh không phù hợp. Dựa vào các nghiên cứu sẵn có, kháng sinh điều trị dự phòng phải dùng đường tĩnh mạch và sử dụng vào lúc thai phụ chuyển dạ hoặc vỡ ối thì mới đem lại hiệu quả cao [6].

+ Trong một số nghiên cứu nước ngoài tuy có đánh giá về hiệu quả điều trị dự phòng cho con nhưng vấn đề sử dụng kháng sinh lại không được kiểm soát chặt chẽ, như trong nghiên cứu của Xiaoshan Guan tại Trung Quốc, việc tiêm kháng sinh dự phòng cho các thai phụ đã được sàng lọc GBS dương tính không mang tính chất thường qui [8]. Hoặc trong nghiên cứu của Schrag SJ, Lucia Matsiane Lekala tại Nam Phi, chỉ những thai phụ nào sinh mổ mới được tiêm kháng sinh, còn những thai phụ sinh đường âm đạo không được tiêm kháng sinh, như vậy hiệu quả của điều trị dự phòng sẽ bị giảm [10].

- Theo Schrag SJ và CS thấy dị ứng xảy ra trong khoảng 0,7% - 4,0% của tất cả các trường hợp điều trị với penicillin, trong đó phát ban thường là triệu chứng xuất hiện phổ biến nhất [1]. Tỷ lệ sốc phản vệ do penicillin từ 4/100.000 người tiêm đến 4/10.000 người tiêm. Chính vì thế ngoài kháng sinh đồ thì việc khai thác được tiền sử dị ứng với kháng sinh rất quan trọng.

5. KẾT LUẬN

- Tình trạng viêm nhiễm GBS ở phụ nữ mang thai từ 35 -37 tuần

Tỷ lệ nhiễm GBS theo phương pháp nuôi cấy là 9,2%. Tuổi trung bình của nhóm nhiễm GBS 28,0 ± 4,3 (20 – 44 tuổi), tỷ lệ nhiễm BGS ở nhóm tuổi < 20 thấp nhất 0,0%, tỷ lệ nhiễm GBS ở nhóm thai phụ sống ở đồng bằng thấp nhất, thấp hơn nhóm thai phụ ở thành phố Vinh và ở khu vực miền núi 6,7% so với 12,1% và 12,3%, với p < 0,05.

- Kết quả điều trị dự phòng bằng Cephalothin cho mẹ và bé

Tỷ lệ thai phụ sử dụng kháng sinh dự phòng trong nghiên cứu là 100%. Nhóm thai phụ tiêm một mũi kháng sinh chiếm tỷ lệ 68,5%. Nhóm tiêm 3 mũi chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,6%**.** Sử dụng kháng sinh Cephalothin theo đường tiêm an toàn cho mẹ 100,0% không có tác dụng phụ.

Kết quả dự phòng viêm nhiễm cho bé 48 giờ sau sinh tốt không có trẻ sơ sinh nào bị viêm da, nhiễm khuẩn rốn, viêm phổi, có 01 trường hợp nhiễm khuẩn huyết do *E.coli* chiếm tỉ lệ 1,8%.

KIẾN NGHỊ

Các phụ nữ mang thai tuần thứ 35 đến 37 cần được tiêm dự phòng tối thiểu 1 mũi Cephalothin cho mẹ dự phòng các nhiễm trùng sau sinh cho mẹ và bé.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] CDC - USA, Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR, 51 (NO. RR- 6), 2002, pp.9- 28.

[2] CDC - USA, Prevention of perinatal group B Streptococcal disease: A public health perspective. MMWR, 45(7), 1996, pp. 1-24.

[3] Ministry of Health, National action plan of health care for mothers, children and infants in the period 2016 - 2020, 2016, page 15.

[4] Ministry of Health, Instruction 04 (12003/CT-BYT) on strengthening infant care for decreasing neonatal mortality rate, 2003.

[5] Thanh NTV, The prevalence of group B streptococcal colonization in pregnant women at Tu Du Hospital in June 2006 - June 2007, Thesis of Doctor Specialist II, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy, 2007.

[6] Hiep TQ, Study of several characteristics of vaginitis caused by group B streptococcal colonization among pregnant women examined and treated in Bach Mai Hospital. Thesis of Doctor Specialist II, Hanoi Medical University, 2011.

[7] Seale AC, Estimates of the burden of group b streptococcal disease Woldwide pregnant women Stillbirths, and children. Clinical Infectious Disease, 2017, 65.

[8] Xiaoshan G, Epidemiology of invasive group B streptococcal disease in infants from urban area of South China, 2011-2014. BMC Infectious Diseases, 2018, 18(1), 78 - 90.

[9] Edwards RK, Clark P, Sistrom CL et al., Intrapartum antibiotic prophylaxis 1: relative effects of recommended antibiotics on gram negative pathogens. Obstet Gynecol, Vol 9, Issue 3, 2002, 534 - 539.

[10] Schrag SJ, A population - based comparison of strategies to prevent early - onset Group B streptococcal disease in neonates, New Engl J Med 2002, 347 (4), 233 - 9.