KHẢO SÁT KẾT QUẢ SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN SẢN - NHI CÀ MAU

Trần Thị Ngọc Hạnh[1], Đặng Thị Lạc[1], Lý Kim Trang[1], Trần Phương Hằng[1]

Tóm tắt: Đặt vấn đề: Kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai đã được chứng minh là có lợi trong việc giảm nhiễm trùng ở phụ nữ có nguy cơ cao (chuyển dạ sau khi vỡ ối), hoặc có nguy cơ thấp (chưa chuyển dạ và còn màng ối). Một liều duy nhất kháng sinh trước khi rạch da có hiệu quả như nhiều liều kháng sinh được tiêm trong phẫu thuật và làm giảm nguy cơ nhiễm trùng hơn 50%, giảm thời gian nằm viện và tiết kiệm chi phí. **Phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu 337 bệnh nhân mổ lấy thai sử dụng kháng sinh dự phòng tại Bệnh viện Sản - Nhi Cà Mau từ 06/2019 đến 06/2020. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận tuổi từ 18 đến 46; 53,2% con so; 53,7% sản phụ không có vết mổ cũ; 56,7% sản phụ mổ lấy thai từ 37-40 tuần; 67,7% sản phụ mổ lấy thai khi có chuyển dạ; 21,4% sản phụ sử dụng kháng sinh dự phòng liều 2; 14,6% sản phụ chuyển sang kháng sinh điều trị sau sử dụng kháng sinh dự phòng; 62% nằm viện dưới 5 ngày; 99,4% sản phụ không nhiễm khuẩn vết mổ. **Kết luận:** Kháng sinh dự phòng giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ và giảm thời gian nằm viện.

RESULT OF USING PROPHYLATIC ANTIBIOTICS FOR CESAREAN SECTION IN CA MAU OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Tran Thi Ngoc Hanh, Dang Thi Lac, Ly Kim Trang, Tran Phuong Hang

Abstract: Background: Prophylactic antibiotics during cesarean section have been shown to be beneficial in reducing infection in women at high risk (in labor after rupture of membranes), or at low risk (not yet in labor and with membranes). A single dose of antibiotic prior to skin incision is as effective as multiple doses of antibiotics given intraoperatively and reduces the risk of infection by more than 50%, length of hospital stay and cost savings. **Methods**: A prospective, cross-sectional study of 337 cesarean section patients using prophylactic antibiotics at Ca Mau Obstetrics and pediatrics hospital from June 2019 to June 2020. **Results: T**he study recorded the age from 18 to 46 years old; 53.2% of children compared; 53.7% of pregnant women did not have tuberous incisions; 56.7% of women with ectopic pregnancy from 37-40 weeks; 67.7% of women with ectopic pregnancy during labor; 21.4% of women used prophylatic antibiotics dose 2; 14.6% of women switched to antibiotics after using prophylatic antibiotics; 62% hospitalized for less than 5 days; 99.4% of women did not have surgical site infection. **Conclusions**: Prophylactic antibiotics reduce the risk of wound infection and length of hospital stay.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh (KS) là một nhóm thuốc quan trọng và được sử dụng rộng rãi trong điều trị. Sự ra đời của KS đã cứu sống hàng triệu người đánh dấu một kỷ

[1] Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau

nguyên mới của y học về điều trị các bệnh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, cũng do việc sử dụng rộng rãi, kéo dài, chưa hợp lý nên tình trạng kháng KS của các vi sinh vật ngày một tăng[1],[8],[9]. Sử dụng KS hợp lý vẫn đang là một thách thức lớn của toàn thế giới. Nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam cho thấy đã xuất hiện nhiều loại vi khuẩn kháng thuốc và tỷ lệ kháng KS này đang gia tăng theo thời gian[1],[3]. Mổ lấy thai (MLT) có nguy cơ nhiễm trùng gấp 5-20 lần so với sinh ngã âm đạo, tỷ lệ nhiễm trùng này được đánh giá tùy theo phân loại, định nghĩa và thời gian quan sát. Tỷ lệ nhiễm trùng của MLT là 1,1-25% so với của sinh ngã âm đạo là 0,2-5,5%. Biến chứng nhiễm trùng phổ biến nhất sau MLT là viêm nội mạc tử cung và có thể giảm 50% khi sử dụng Kháng sinh dự phòng (KSDP) [3],[5].

Tại Bệnh viện chúng tôi số lượng phẫu thuật lấy thai trong những năm gần đây đã tăng rất đáng kể. Song song với đó thì việc sử dụng KS sau mổ cũng tăng lên. Các Bác sỹ tại Bệnh viện hiện nay chưa sử dụng KSDP trong phẫu thuật do lo sợ nhiễm trùng vết mổ sẽ gia tăng. Vì vậy, chi phí cho các trường hợp trong phẫu thuật còn khá cao và người bệnh còn phải chịu nhiều nguy cơ sau này do việc sử dụng KS chưa thích hợp [3].

Từ thực trạng trên, với mong muốn có một bằng chứng khoa học về hiệu quả của KSDP trong MLT chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này: "Khảo sát kết quả sử dụng KSDP trong MLT tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau từ tháng 6/2019 đến tháng 6/2020". Mục tiêu của nghiên cứu này đánh giá kết quả sử dụng KSDP trong MLT tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau từ đó có chiến lược nhân rộng mô hình KSDP trong toàn bệnh viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 337 sản phụ MLT tại Bệnh viện Sản - Nhi Cà Mau từ 6/2019 đến 6/2020 thỏa tiêu chí được sử dụng KSDP trong MLT. KSDP trong MLT là KS nhóm cephalosporin thế hệ thứ 2 với tên biệt dược Cefazolin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý theo các thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị trung vị của các biến số, so sánh các trị số trung bình bằng test T – student khi biến số có phân phối chuẩn, test Kruskal Wallis khi biến số không có phân phối chuẩn và so sánh các tỷ lệ quan sát bằng test χ^2. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

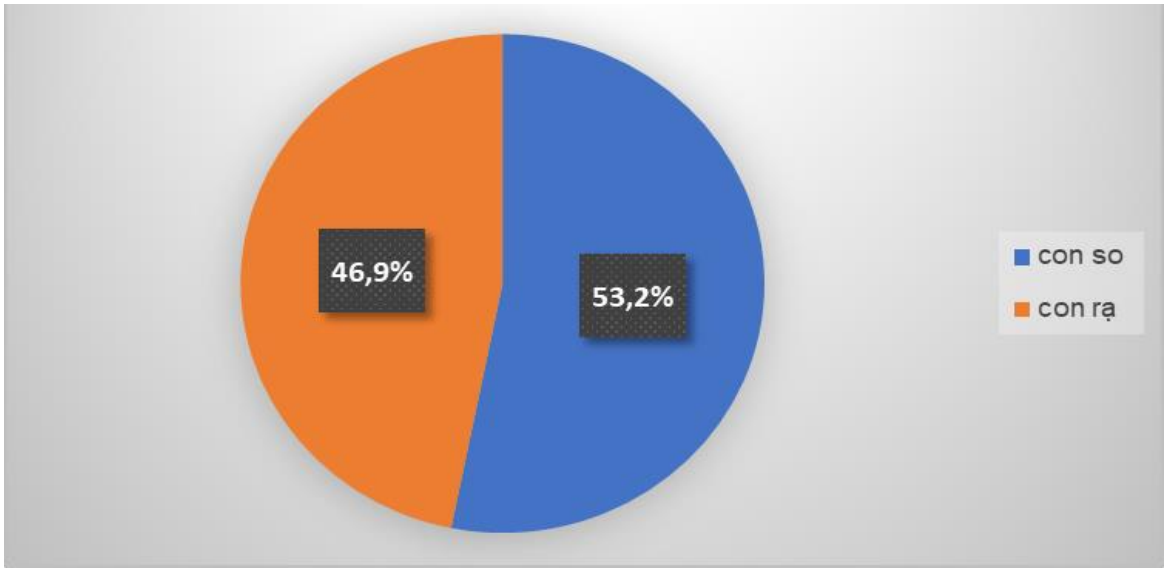
Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	N	Tỷ lệ %
<=20	65	19,3
20 - <= 30	109	32,3
30- <= 40	154	45,7
40 - <= 45	7	2,1
45 - <= 50	2	0,6
Tổng cộng	337	100

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 30 đến 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu (45,7%). Nhóm tuổi sau 45 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất trong nghiên cứu (0,6%)

Tiền sử sản khoa



Biểu đồ 1 Tiền sử sản khoa

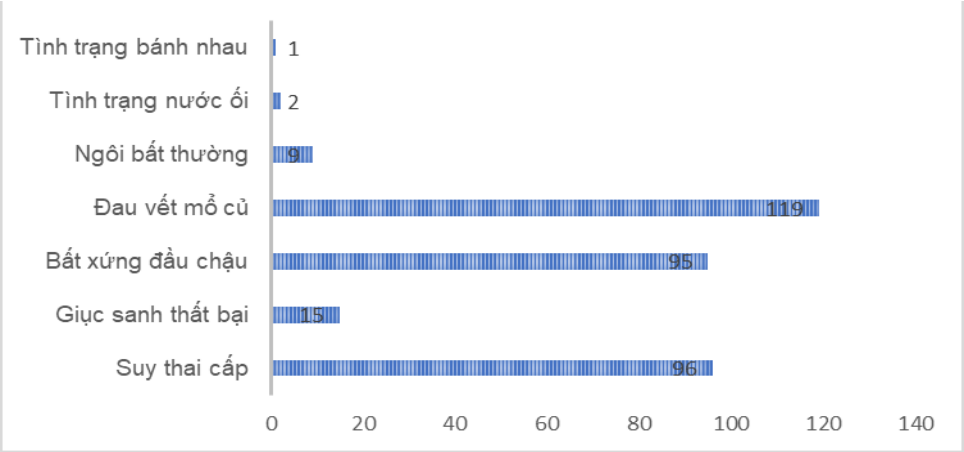
Tuần tuổi thai và các giai đoạn chuyển dạ của sản phụ MLT

Bảng 2. Tỷ lệ mổ lấy thai theo tuần tuổi thai và các giai đoạn chuyển dạ

Tuần thai	Chuyển dạ		Chưa chuyển dạ		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
< 37 tuần	21	35,6	38	64,4	59 (17,5)
37 - 40 tuần	159	83,2	32	16,8	191 (56,7)
> 40 tuần	48	55,2	39	44,8	87 (25,8)
Tổng cộng	228	67,7	109	32,3	337 (100)

Nhận xét: 191 sản phụ MLT từ 37 - 40 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 56,7% trong đó 159 sản phụ có chuyển dạ trước khi MLT, 87 sản phụ MLT từ > 40 tuần trong đó 48 sản phụ có chuyển dạ trước khi MLT.

Chẩn đoán mổ lấy thai



Biểu đồ 2. Chỉ định mổ lấy thai

Phân độ nhiễm khuẩn vết mổ lấy thai

Bảng 3. Phân độ nhiễm khuẩn vết mổ lấy thai

Phân độ nhiễm khuẩn vết mổ	N	Tỷ lệ %
Không NKVM	335	99,4
NKVM nông	1	0,3
NKVM sâu	1	0,3
NKVM cơ quan, khoang cơ thể	0	00
Tổng cộng	337	100

Nhận xét: NKVM nông chiếm tỷ lệ 0,3%; NKVM sâu chiếm tỷ lệ 0,3%

Liên quan kháng sinh dự phòng và tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 4. Liên quan kháng sinh dự phòng và tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ

Kháng sinh	N	NKVM	Không NKVM	P
		N %	N %	
KSDP	294	0(0,00)	294 (100%)	0,0001
KSDP chuyển sang điều trị	43	2 (4,6)	41 (95,4)	
Tổng cộng	337	2	335	

Nhận xét: Nhiễm khuẩn vết mổ gặp nhiều nhất trong trường hợp sản phụ từ KSDP chuyển sang KS điều trị, có ý nghĩa thống kê với P =0,0001.

Thời gian phẫu thuật với kháng sinh dự phòng và NKVM

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật với kháng sinh dự phòng và NKVM

Thời gian phẫu thuật	N	NKVM	Không NKVM	P
		N %	N %	
<=60 phút	229	0 (00,0)	229 (100)	0,045
60-120 phút	102	1 (0,9)	101 (99,1)	
>=120 phút	6	1 (16,7)	5 (83,3)	
Tổng cộng	337	2	335	

Nhận xét: Ghi nhận mối liên quan thời gian phẫu thuật với KSDP và NKVM có ý nghĩa thống kê P=0,045

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận có 45,7% sản phụ từ 30 đến 40 tuổi. Điều này cũng phù hợp với độ tuổi kết hôn và sinh con ở phụ nữ Việt Nam trong thời hiện đại phụ nữ tham gia vào công tác xã. Cũng theo nghiên cứu này, có 65 sản phụ MLT là dưới 20 tuổi, và tỷ lệ các sản phụ trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ 2,1% trong nhóm nghiên cứu, ghi nhận trên các sản phụ hiếm muộn hoặc mang thai ngoài ý muốn. Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Hồng Vân năm 2018 [4], Đoàn Mai Phương 2019 [3]

Về tiền sử sản khoa 53,2% sản phụ MLT là con so chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm nghiên cứu, trong đó những sản phụ có vết mổ củ lấy thai 1 lần chiếm tỷ lệ 45,1%; không ghi nhận sản phụ có vết mổ từ lần 3 trở lên. KSDP trong MLT lần đầu tiên được triển khai tại Bệnh viện nên được thực hiện chọn lọc trên những sản phụ ít nguy cơ NKVM hoặc ít nguy cơ vết mổ dính nên những sản phụ MLT trên 3 lần không được chọn trong nhóm nghiên cứu. Theo nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi 2016 ghi nhận sản phụ có thai lần đầu chiếm tỷ lệ 50,7%, trong khi có thai lần thứ 2 chiếm 45,3%, có thai lần thứ 3 trở lên chiếm tỷ lệ 4%[2]. Số lần sinh con lần 2 trở lên ở những sản phụ có vết MLT sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến thời gian phẫu thuật lần MLT này do có nguy cơ viêm dính vết mổ, bàng quang... gây khó khăn và kéo dài thời gian cuộc mổ. Bên cạnh đó còn tăng nguy cơ biến chứng có thể xảy ra sau mổ như: viêm dính, NKVM, tổn thương bàng quang…[9]

Tỷ lệ MLT theo tuần thai và các giai đoạn chuyển dạ

Đa số các sản phụ MLT với tuần thai từ 37 - 40 tuần chiếm tỷ cao nhất trong nhóm nghiên cứu 56,7%; 25,8% sản phụ MLT trên 40 tuần; 17,5% sản phụ MLT với tuổi thai nhỏ hơn 37 tuần. 66,7% sản phụ MLT khi có chuyển dạ; 32,3% sản phụ MLT khi chưa chuyển dạ. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tương đồng với Nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi[2], Đoàn Mai Phương[3].

Đa số các sản phụ chuyển dạ trước 12 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất 67,5 %; 9,7% sản phụ chuyển dạ trên 36 giờ, thời gian chuyển dạ kéo dài, bệnh nhân được thăm khám âm đạo nhiều lần và nguy cơ nhiễm khuẩn ngược dòng rất cao. Do đó những nhóm sản phụ này được xem xét có thể sử dụng thêm KSDP lập lại sau mổ để hạn chế tối đa tình trạng NKVM lất thai. Trong nhóm MLT có chuyển dạ này chúng tôi ghi nhận có 52,6% sản phụ MLT ở giai đoạn chuyển dạ hoạt động và 47,4% sản phụ MLT ở giai đoạn tiềm thời. Thời gian từ lúc

chuyển dạ đến lúc sản phụ được phẫu thuật trung bình 2,94 ± 0,94 giờ theo nghiên cứu của Đoàn Mai Phương (2019) [3]. Tuổi thai: đa số là thai trưởng thành chiếm tỷ lện 87,7%, thai qua ngày chiếm 7,2%, thai non tháng chỉ chiếm 5,1%, thời điểm MLT:đa số là MLT khi đã có chuyển da chiếm tỷ lệ 78,8%, MLT chủ động chỉ chiếm 21,2% [7].

Chẩn đoán mổ lấy thai

Về chẩn đoán MLT trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận 119 sản phụ MLT vì đau vết mổ củ có số lượng cao nhất, 96 sản phụ MLT vì suy thai cấp 95 sản phụ MLT vì bất xứng đầu chậu và ngoài ra trong nghiên cứu này chúng tôi có ghi nhận 15 sản phụ MLT vì giục sanh thấy bại. Qua số liệu thống kê chúng tôi nhận định tỉ lệ MLT trên vết mổ cũ sẽ ngày càng tăng với lý do chủ quan ngại theo dõi, có những biến chứng khi theo dõi cuộc chuyển dạ ở những sản phụ có vết mổ cũ [2], [3],[4].

Tỷ lệ MLT vì đau vết mổ củ cũng chiếm tỷ lệ tương đối cao vì hiện tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau còn hạn chế trong chỉ định sanh thường trên bệnh nhân có vết mổ củ vì nguy cơ tai biến vỡ tử cung cao và những lý do khách quan khác. Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2016) chỉ định MLT nhiều nhất là suy thai chiếm tỷ lệ 51,2%, đau vết mổ củ chiếm tỷ lệ 3,1%[17]. Theo Trương Ngọc Đan Thanh thì chỉ định MLT vì bất xứng đầu chậu chiếm tỷ lệ 42,9%,suy thai 21,4% [2].

Loại kháng sinh được sử dụng trong nghiên cứu

Trong nhóm nghiên cứu ghi nhận 53,7% sản phụ sử dung KSDP là Cefazolin 1g; trong quá trình thực hiện đề tài có thời gian KS Cefazolin 1g hết hàng nên nhiều phẫu thuật viên đồng thuận sử dụng Claminat 1,2g chiếm tỷ lệ 40,1%; có 16,2% sản phụ sử dụng KSDP là Fortacef 1g. Nghiên cứu của Lê Thị Hồng Vân 2018 là sử dung hoàn toàn là Cefazolin 1g[4].

Sử dụng KSDP liều lập lại

21,4% sản phụ phải sử sụng KSDP liều lập lại do thời gian phẫu thuật kéo dài trên 2 giờ, phẫu thuật mất máu nhiều trên 1000ml, phẫu thuật có rách thêm, hay ối có mùi hôi…KS lập lại có ý nghĩa quan trọng giúp hạn chế phải chuyển sang KS điều trị và cũng có tác dụng tốt trong việc làm giảm tình trạng NKVM.

Liên quan KSDP và tình trạng NKVM

Qua nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận những sản phụ chỉ sử sụng KSDP trước trong và sau mổ thì không có trường hợp nào NKVM đến khi xuất viện. Trong 43 trường hợp chuyển từ KSDP sang KS điều trị thì ghi nhận 2 trường hợp NKVM chiếm tỷ lệ 4,6%. Như vậy nguy cơ NKVM cao ở những

trường hợp sử dụng KS điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa KSDP và nhóm chuyển sang KS điều trị với NKVM với P = 0,0001.

Liên quan KSDP với thời gian nhập viện trước phẫu thuật và NKVM

Khảo sát của chúng tôi ghi nhận có 216 sản phụ nhập viên trước phẫu thật dưới 3 ngày, trong nhoms này ghi nhận có 1 trường hợp NKVM chiếm tỷ lệ 0,5%. Có 118 sản phụ MLT sau khi nhập viện trên 3 ngày và dưới 7 ngày, trong nhóm này ghi nhận có 1 sản phụ NKVM chiếm tỷ lệ 0,8%.Có 3 trường hợp MLT sau khi nhập viện trên 7 ngày và không ghi nhận trường hợp nào NKVM. Tuy nhiên chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa thời gian nhập viện trước mổ với KSDP và NKVM.

Liên quan NKVM với việc sử dụng kháng sinh dự phòng

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 294 sản phụ sử dụng KSDP thì không ghi nhận trường hợp nào NKVM đến khi xuất viện. Trong 43 trường hợp chuyển sang KS điều trị sau khi sử dụng KSDP thì ghi nhận có 2 trường hợp NKVM chiếm tỷ lệ 4,6%. NKVM gặp nhiều nhất trong trường hợp sản phụ từ KSDP chuyển sang KS điều trị, có ý nghĩa thống kê với P = 0,0001.

Trong nhóm sử dụng KSDP có 2 bệnh nhân phải chuyển đổi sang KS điều trị trong thời gian nằm viện. Trong cả 2 nhóm sử dụng KSDP và nhóm chứng, bệnh nhân không có NKVM chiếm lần lượt là 99% và 98%, bệnh nhân có nhiễm khuẩn khoang cơ thể chiếm lần lượt là 1% và 2%. Không có bệnh nhân nào NKVM nông và sâu. Thời gian nằm viện ở nhóm KSDP thấp hơn ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với p < 0,05. Các tác dụng không mong muốn và các biến cố của KSDP trong nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có tai biến tại chỗ tiêm hoặc toàn thân và gặp tác dụng không mong muốn khi dùng KS ampicilin + sulbactam (Unasyn). Trong nhóm KSDP, có 2 bệnh nhân chuyển đổi phác đồ từ dùng ngắn hạn ampicilin + sulbactam sang dùng KS điều trị, trong đó chỉ có 1 bệnh nhân bác sỹ kết luận là nhiễm khuẩn khoang cơ thể. Trong nhóm chứng, chúng tôi ghi nhận 2 bệnh nhân phải tái nhập viện vào ngày thứ 8 và ngày thứ 17 sau khi ra viện và được bác sỹ kết luận NKVM sau MLT[6]. Theo Lê Thị Hồng Vân 2018 tỷ lệ sử dụng KSDP thành công 97,6% nên khuyến cáo sử dụng KSDP với chỉ định rộng hơn cho các bệnh nhân MLT [4].

Sử dụng KSDP đem lại hiệu quả rõ rệt qua các lý do như: thời gian nằm viện ngắn hơn, chi phí điều trị thấp hơn, bệnh nhân ít đau hơn do không phải tiêm thuốc nhiều lần trong nhiều ngày. Sử dụng KSDP có số ngày nằm viện ngắn hơn rõ rệt (5 ngày so với 7,03 ngày ở nhóm KS điều trị), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p <0,001[2],[4]. Sự khác biệt về số mũi tiêm trung bình ở 02 nhóm có ý nghĩa

thống kê với p<0,05. Chi phí về KS trung bình mỗi bệnh nhân của nhóm KSDP và nhóm đối chứng lần lượt là 267.720 đồng và 543.871 đồng. Như vậy về hiệu quả của sử dụng KSDP, bệnh nhân không có NKVM là 99%, 1% bệnh nhân có NKVM. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình của nhóm KSDP thấp hơn so nhóm đối chứng. Sử dụng KSDP đạt hiệu quả kinh tế cao hơn, tiết kiệm công lao động và vật tư tiêu hao[2][3].

5. KẾT LUẬN

Phác đồ KSDP trong MLT tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau đã có hiệu quả trên lâm sàng, khi tỷ lệ bệnh nhân NKVM rất thấp khi sử dung KSDP trong MLT, đồng thời giảm được số ngày nằm viện và chi phí y tế qua đó giảm được tình trạng đề kháng với KS. Việc triển khai thành công phác đồ KSDP trong thực hành lâm sàng cũng như áp dụng các biện pháp đồng bộ chống nhiễm khuẩn bệnh viện, mang lại nhiều lợi ích cho bệnh viện, cho bệnh nhân và cần được áp dụng thường quy.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), "Hướng dẫn Sử dụng Kháng sinh" (Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế), trang 41, 178.

2. Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2016), "Kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai", Hội nghị giao ban công tác chỉ đạo tuyến sản nhi 32 tỉnh thành phía nam và sinh hoạt khoa học ngày 12 tháng 8 năm 2016, trang 1-12

3. Đoàn Mai Phương (2019), "Tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện Bạch Mai và một số Bệnh viện tỉnh phía Bắc", Tạp chí Y học lâm sàng, số 7, tr. 64 – 69.

4. Lê Thị Hồng Vân, Nguyễn Thị Minh Tâm, " Khảo sát kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai tại khoa sản bệnh viện quân y 103", Tạp chí y học quân sự số 6 -2018.

5. D.W. Bratzler, K.M. Olsen, et al., Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery, American Journal of Health-System Pharmacy 70 (2013) 195 –283.https://doi.org/10.2146/ajhp120568.

6. R.F.Lamont, J.D.Sobel, et al., Current debate on the use of antibiotic prophylaxis for caesarean section, BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology118 (2011) 193-201

7. F.M.Smaill, R.M.Grivell, Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section, Cochrane Database Syst Rev 10(2014) CD007482.

8. Tita AT, Szychowski JM, Boggess K, et al; C/SOAP Trial Consortium. Adjunctive azithromycin prophylaxis for Cesarean delivery. N Engl J Med. 2016;375:1231-1241. Abstract

9. Weinstein RA, Boyer KM. Antibiotic prophylaxis for cesarean delivery - when broader is better. N Engl J Med. 2016;375:1284-1286. Abstract

Tác giả liên hệ: Bs Trần Thị Ngọc Hạnh,
Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau
ĐT 0985782356
Email ngochanh6869@gmail.com