

KẾT QUẢ XỬ TRÍ CÁC TRƯỜNG HỢP CHẢY MÁU 24 GIỜ SAU ĐẸ ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Duy Ánh*, Nguyễn Đình Quỳnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xử trí các trường hợp chảy máu 24 giờ sau đẻ đường âm đạo tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội 2019 – 2020. **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các sản phụ được chẩn đoán CMSĐ 24h đường âm đạo được chẩn đoán, điều trị tại BVPSHN từ ngày 1/1/2019-31/12/2020 đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. **Kết quả:** Trong 98 sản phụ CMSĐ có 71 sản phụ cầm máu thành công ở lần xử lý đầu tiên, không có sản phụ nào tử vong. Với việc áp dụng nhiều phương pháp dự phòng, xử trí tích cực vì vậy xử trí thành công ở lần xử lý đầu tiên đạt tỷ lệ cao. Có 5 trường hợp chờ tử cung tiến hành KSTC và dùng các thuốc tăng co không kết quả chuyển phẫu thuật cắt TC chiếm 5.1%. Khẩu vết rách âm đạo - tầng sinh môn - cổ tử cung, lấy khối máu tụ tầng sinh môn là 2 phương pháp chính trong xử trí chảy máu sau đẻ do chấn thương đường sinh dục. Tỷ lệ truyền máu trong điều trị chảy máu sau đẻ chung là 80,6%, chủ yếu là hồng cầu khối. **Kết luận:** Điều trị nội là phương pháp được lựa chọn và ưu tiên hàng đầu trong điều trị chờ tử cung sau đẻ, nếu không có hiệu quả thì phải chuyển qua phương pháp thắt động mạch tử cung hoặc cắt tử cung.

Từ khóa: chảy máu sau đẻ, chờ tử cung, cắt tử cung, điều trị

SUMMARY

RESULTS OF MANAGEMENT OF EARLY POSTPARTUM HEMORRHAGE AFTER VAGINAL BIRTH AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Purpose: To evaluate the results of management of early postpartum hemorrhage after vaginal birth at Hanoi obstetrics and gynecology hospital from January 2019 to December 2020. **Subjects and methods:** All women diagnosed with postpartum hemorrhage within 24 hours after vaginal delivery and treated at Hanoi obstetrics and gynecology hospital from January 1, 2019 to December 31, 2020, meeting the selection criteria. **Results:** Among 98 cases of postpartum hemorrhage, 71 women had successful hemostasis at the first treatment, and none of them died. This high proportion is due to the application of many prevention and treatment methods. There were 5 cases of uterine atony who failed with uterine control and oxytocic agents use, accounting for 5.1%. Suture of vaginal - perineal - cervical laceration, and collection of perineal hematoma are the two main

methods in the management of postpartum hemorrhage due to genital tract trauma. Rate of blood transfusion in the treatment of postpartum hemorrhage was 80.6%, mainly of which was red blood cells. **Conclusion:** Medical therapy is the method of choice and the first priority in the treatment of postpartum uterine atony. If it is not effective, it is necessary to switch to uterine artery ligation or hysterectomy.

Keywords: postpartum hemorrhage, uterine atony, hysterectomy, medical treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ (CMSĐ) là biến chứng sản khoa thường gặp, chẳng những trong các cuộc đẻ khó mà còn gặp ngay cả trong những cuộc đẻ bình thường. Đó là biến chứng nguy hiểm có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng, nếu không kịp thời xử trí và hồi sức tốt, thai phụ có thể chết rất nhanh. Khi đã bị chảy máu, dù may mắn thoát chết nhưng nếu hồi sức không tốt, không bù lại đủ số lượng máu mất thì trong thời kỳ hậu sản, các bộ phận như gan, thận dễ bị tổn thương, khó hồi phục gây ra nhiễm khuẩn hậu sản và có khi chết vì nhiễm khuẩn nhiễm độc nặng¹. Tại Hoa kỳ, tỷ lệ tử vong mẹ do CMSĐ chiếm 10,5% trong số các trường hợp tử vong mẹ do các biến chứng sản khoa⁶. Tại Việt Nam: Tử vong do chảy máu sau đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các nguyên nhân tử vong mẹ⁴. Nếu phát hiện sớm các nguyên nhân gây CMSĐ và có biện pháp xử trí chính xác, kịp thời thì sẽ hạ thấp được tỷ lệ tử vong mẹ do CMSĐ. Xuất phát từ vấn đề nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả xử trí các trường hợp chảy máu 24 giờ sau đẻ đường âm đạo tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong hai năm 2019, 2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện, tất cả các sản phụ được chẩn đoán CMSĐ 24h đường âm đạo được chẩn đoán, điều trị tại BVPSHN từ ngày 1/1/2019-31/12/2020 đáp ứng các điều kiện sau:

- Tuổi thai từ 22 tuần trở lên
- Sau đẻ 24h đường âm đạo.
- Lượng máu mất sau sổ thai ≥ 500 ml, hoặc có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn:
- + Phải truyền máu điều trị

*Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Ánh

Email: bsanhbnhn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022

- + Lượng máu mất ghi trong hồ sơ ≥ 500 ml
- + Phải cắt TC cầm máu
- Thời gian xuất hiện chảy máu trong vòng 24h đầu sau đẻ đường âm đạo.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu

- Các bệnh máu đã được biết từ trước.
- Thời gian chảy máu sau đẻ >24h
- Hồ sơ bệnh án không ghi chép rõ ràng, đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp hồi cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện: chọn tất cả các sản phụ được chẩn đoán CMSĐ 24h đường âm đạo được điều trị tại BVPSHN. Có 98 sản phụ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, từ tháng 1 năm 2019 tới hết tháng 12 năm 2020

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng SPSS 20.0

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả các BN đều được giải thích kỹ, hiểu về tình trạng bệnh của mình, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, có thể rời khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào. Toàn bộ những thông tin cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2019 tới hết tháng 12 năm 2020, có tất cả 98 sản phụ đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Các phương pháp xử trí chảy máu sau đẻ

3.1.1. Các phương pháp xử trí chảy máu sau đẻ

Bảng 1. Các phương pháp xử trí CMSĐ (n=98)

| Phương pháp xử trí | Tổng số | | |
|------------------------|-----------------------|------|------|
| | n | % | |
| Xử trí KSTC+ co hồi TC | 66 | 62,2 | |
| Thủ thuật | Bóc rau+ Co hồi+ KSTC | 11 | 11,2 |
| | Nạo BTC | 0 | 0 |
| | Khâu rách TSM-ÂĐ-CTC | 13 | 13,3 |
| | Lấy máu tụ ÂĐ | 3 | 3,1 |
| | Chèn mét ÂĐ, BTC | 5 | 5,1 |
| Phẫu thuật | Khâu vết rách tử cung | 0 | 0 |
| | Thắt ĐMTC | 0 | 0 |
| | Thắt ĐMTC+ ĐMHV | 0 | 0 |
| | Cắt TC bán phần | 2 | 2 |

| | | |
|-----------------------------|---|-----|
| Cắt TC bán phần + thắt ĐMHV | 0 | 0 |
| Cắt TCHT | 3 | 3,1 |
| Cắt TCHT+ thắt ĐMHV | 0 | 0 |

Nhận xét: Xử trí KSTC+ co hồi TC là phương pháp được áp dụng nhiều nhất, chiếm 62,2%. Các trường hợp đỡ tử cung đều được xử trí bằng phương pháp này. Tổng cộng có 32 thủ thuật được thực hiện, trong đó có 13 ca thực hiện Khâu rách TSM-ÂĐ-CTC (chiếm 13,3%); 11 ca Bóc rau+ Co hồi+ KSTC (chiếm 11,2%); 5 ca chèn mét ÂĐ, BTC (chiếm 5,1%) và 3 ca lấy máu tụ ÂĐ (chiếm 3,1%). Có 5 ca phẫu thuật cắt tử cung được tiến hành (chiếm tỷ lệ 5,1%).

Bảng 2. Các phương pháp xử trí đối với sản phụ đỡ tử cung

| Phương pháp xử trí | n | Thành công | Không kết quả |
|-----------------------------|----|------------|---------------|
| Xử trí KSTC+co hồi TC | 71 | 66 | 5 |
| Bóc rau+ Co hồi+KSTC | 0 | 0 | 0 |
| Chèn mét ÂĐ, BTC, chèn bóng | 0 | 0 | 0 |
| Thắt ĐMTC | 0 | 0 | 0 |
| Thắt ĐMTC + ĐMHV | 0 | 0 | 0 |
| Cắt TC bán phần | 2 | 2 | 0 |
| Cắt TCHT | 3 | 3 | 0 |
| Mũi Blynch | 0 | 0 | 0 |

Nhận xét: Có 71 ca bệnh đỡ tử cung trong tổng số đối tượng nghiên cứu, tất cả đều được xử trí bằng phương pháp KSTC+ co hồi tử cung (đạt tỷ lệ 100%). Tuy nhiên trong đó có 5 trường hợp có kết quả không thành công, đã được chỉ định cắt tử cung sau đó.

Bảng 3. Các phương pháp xử trí đối với chấn thương đường sinh dục

| Phương pháp xử trí | n | Thành công | Không kết quả |
|--------------------------|----|------------|---------------|
| Chèn mét ÂĐ, BTC | 5 | 5 | 0 |
| Lấy khối máu tụ âm đạo | 3 | 3 | 0 |
| Khâu vết rách TSM-ÂĐ-CTC | 13 | 13 | 0 |
| Khâu vết rách tử cung | 0 | 0 | 0 |
| Thắt ĐMTC | 0 | 0 | 0 |
| Cắt TC bán phần | 0 | 0 | 0 |
| Cắt TCHT | 0 | 0 | 0 |

Nhận xét: Với các chấn thương đường sinh dục, các phương pháp xử trí được áp dụng gần với nguyên nhân cụ thể của các chấn thương này. Có 13 trường hợp được khâu vết rách tầng sinh môn – âm đạo – cổ tử cung; 5 trường hợp Chèn mét âm đạo, buồng tử cung và 3 trường hợp lấy máu tụ âm đạo. Tất cả các sản phụ đều được thực hiện thành công. Không có sản phụ nào cần thực hiện các biện pháp xử lý khác

ngoài 3 biện pháp trên.

3.1.2. Lượng máu truyền trong điều trị chảy máu sau đẻ.

Bảng 4. Lượng dịch máu truyền

| Các dịch truyền | GTNN-GTLN (ml) | $\bar{X} \pm SD$ (ml) |
|-----------------|----------------|-----------------------|
| Khối hồng cầu | 250 – 2500 | 728,6 ± 294,5 |
| Plasma | 500 – 1500 | 770,5 ± 264,3 |
| Tiểu cầu | 500 – 1500 | 751 ± 273,5 |

Nhận xét: Khối hồng cầu là loại được sử dụng truyền nhiều nhất trong các loại dịch truyền, trung bình các sản phụ được truyền 728,6 ± 294,5 ml. Ca truyền nhiều nhất cần sử dụng đến 2500ml hồng cầu khối, ca ít nhất cần 250ml. Lượng tiểu cầu trung bình truyền cho các sản phụ là 751 ± 273,5ml; đối với Plasma là 770,5 ± 264,3ml. Thể tích nhỏ nhất khi truyền tiểu cầu, plasma là 500ml.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Số ngày điều trị

Bảng 5. Số ngày điều trị sau chảy máu

| Số ngày điều trị sau chảy máu | n | % |
|-------------------------------|-----------------|------|
| < 4 ngày | 26 | 26,5 |
| 4 - 7 ngày | 67 | 68,4 |
| > 7 ngày | 5 | 5,1 |
| Mean ± SD (GTNN-GTLN) | 4,25±1,2 (3-10) | |

Nhận xét: Phần lớn sản phụ được điều trị trong vòng 1 tuần sau chảy máu, cụ thể có 68,4% trường hợp điều trị từ 4 đến 7 ngày, có 26,5% sản phụ điều trị dưới 4 ngày. Chỉ có 5,1% sản phụ điều trị kéo dài hơn 7 ngày. Số ngày điều trị trung bình được ghi nhận là 4,25 ± 1,2 ngày. Sản phụ điều trị ít ngày nhất là 3 ngày, nhiều ngày nhất là 10 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các phương pháp xử trí sản khoa.

Theo Bảng 1 cho thấy việc xử trí đối với 98 trường hợp CMSĐ được chia làm 3 nhóm với các phương pháp xử trí khác nhau. Mỗi một nguyên nhân có thể được xử trí bằng các phương pháp khác nhau cùng lúc. Mục đích nhằm đảm bảo việc hồi sức kịp thời cho sản phụ cũng như việc bồi phụ khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch hoặc truyền dịch phối hợp với truyền máu, muốn đảm bảo cầm máu tốt thì phải chẩn đoán đúng và kịp thời nguyên nhân chảy máu để đưa ra phương pháp xử trí thích hợp.

Trong 98 sản phụ CMSĐ có 71 sản phụ cầm máu thành công ở lần xử lý đầu tiên, 25 trường hợp làm thủ thuật, 5 trường hợp phải phẫu thuật. Không có ca nào tử vong. Thông thường đa số các trường hợp CMSĐ, nội khoa là phương

pháp thực hiện đầu tiên, nếu không cầm được máu mới chuyển sang thủ thuật hoặc phẫu thuật.

Nếu rau chưa bong mà chảy máu, tiến hành làm nghiệm pháp bong rau, bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung để phát hiện nguyên nhân do rau cầm tù, rau bám. Khi rau đã sổ, chảy máu sẽ tiến hành kiểm tra rau và phần phụ của rau đủ hay thiếu, tiến hành kiểm soát tử cung nhằm xác định nguyên nhân trong buồng tử cung do sót rau, đờ tử cung, vỡ tử cung... cho thuốc co hồi tử cung. Nếu tử cung co tốt, buồng tử cung không bị thương thì tập trung vào nhân rách CTC-ÂĐ-TSM. Cùng với các phương pháp xử trí ban đầu và chẩn đoán nguyên nhân thì các xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hóa máu sẽ cho phép ta xác định mức độ thiếu máu, nguy cơ rối loạn đông máu, các rối loạn chức năng nội môi...

Đờ tử cung. Xử trí đờ tử cung phải khẩn trương, tiến hành song song cầm máu và hồi sức. Phương pháp điều trị nội: Là bước xử trí đầu tiên khi có đờ tử cung, dùng mọi biện pháp cơ học để cầm máu: xoa tử cung qua thành bụng, chẹn động mạch chủ bụng, ép tử cung bằng hai tay, thông tiểu, làm sạch lòng tử cung: lấy hết rau sót, lấy hết máu cục, sử dụng các thuốc co hồi tử cung như: Oxytocin, Ergotamin, Misoprostol. Gần đây Duratocin đã được dùng trong dự phòng CMSĐ rất hiệu quả mục đích để bảo tồn tử cung.

Khi điều trị nội khoa không đạt kết quả thì phải tiến hành can thiệp ngoại khoa: thắt động mạch tử cung, cắt tử cung bán phần hay cắt tử cung hoàn toàn. Phương pháp cắt tử cung: là phương pháp điều trị triệt để nhất xử trí CMSĐ.

Chấn thương đường sinh dục. Có 16 trường hợp chiếm 16,4% CMSĐ 24h đường âm đạo do chấn thương đường sinh dục, trong đó 13 trường hợp CMSĐ do rách CTC-ÂĐ-TSM được xử trí chèn mét ÂĐ-CTC, khâu vết rách TSM-ÂĐ-CTC với tỷ lệ thành công 100% không có trường hợp nào phải can thiệp ngoại khoa cắt TC cầm máu, có 3 trường hợp do tụ máu TSM phát hiện sau 2h sau đẻ được xử trí lấy bỏ khối máu tụ khâu cầm máu. Việc chẩn đoán và xử trí tai biến này nhanh chóng và hiệu quả đã không gây nên tổn thất nặng nề cho người bệnh.

Rau và phần phụ của thai. Bảng 2 cho thấy có 8 trường hợp CMSĐ 24h đường âm đạo do rau bám chặt, rau cầm tù. Tất cả đều được điều trị nội khoa bằng bóc rau nhân tạo + KSTC + thuốc co hồi tử cung. Sốt rau có 3 trường hợp do có bánh rau phụ cũng đều được điều trị nội khoa thành công.

4.2. Kết quả điều trị

Truyền máu và chế phẩm máu. Trong số 98 trường hợp CMSĐ 24h đường âm đạo thì có 79 sản phụ phải chỉ định truyền máu và chế phẩm máu, chiếm tỷ lệ 80,6%. trong khi đó nghiên cứu của Phạm Thị Xuân Minh⁵ là 36,4%, Phạm Văn Chung² là 42,4%, Phạm Thị Hải³ là 55,1%.

Chế phẩm máu chủ yếu là khối hồng cầu. Một sản phụ phải truyền nhiều nhất là 2500ml HC khối, 1500ml Plasma và 1500ml Tiểu cầu trong quá trình điều trị, sản phụ truyền ít nhất là 250ml máu. Ngoài truyền máu sản phụ còn phải truyền các yếu tố plasma, tiểu cầu. Theo hiệp hội Hoa Kỳ cho thấy việc đánh giá mất máu bằng nhìn là không chính xác. Dấu hiệu huyết động và đo HCT liên tục là phương pháp chính xác hơn để xác định truyền máu.

- Truyền máu ít khi cần thiết khi Hb >100 g/L.
- Khi mất máu cấp, truyền máu thường chỉ định khi Hb ≤ 60g/L.
- Khi 60g/L < Hb < 100g/L quyết định truyền máu cần dựa thêm vào yếu tố lâm sàng, đánh giá nguy cơ tiếp tục mất máu.

Kết quả điều trị

- Trong 98 sản phụ CMSĐ có 71 sản phụ cầm máu thành công ở lần xử lý đầu tiên, không có sản phụ nào tử vong. Với việc áp dụng nhiều phương pháp dự phòng, xử trí tích cực vì vậy xử trí thành công ở lần xử lý đầu tiên đạt tỷ lệ cao.

- Đa phần sản phụ phải điều trị từ 4-7 ngày sau chảy máu (68.4%), sản phụ xuất viện sớm nhất là 3 ngày sau chảy máu, lâu nhất là 10 ngày.

V. KẾT LUẬN

- Điều trị nội là phương pháp được lựa chọn và ưu tiên hàng đầu trong điều trị đờ tử cung sau đẻ, nếu không có hiệu quả thì phải chuyển qua phương pháp thắt động mạch tử cung hoặc cắt tử cung.

- Có 5 trường hợp đờ tử cung tiến hành KSTC và dùng các thuốc tăng co không kết quả chuyển phẫu thuật cắt TC chiếm 5.1%.

- Khâu vết rách âm đạo - tầng sinh môn - cổ tử cung, lấy khối máu tụ tầng sinh môn là 2 phương pháp chính trong xử trí chảy máu sau đẻ do chấn thương đường sinh dục.

- Tỷ lệ truyền máu trong điều trị chảy máu sau đẻ chung là 80,6%, chủ yếu là hồng cầu khối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Sản** - Trường Đại học Y Hà Nội, Bài giảng Sản phụ khoa Tập 1+2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2006
2. **Phạm Văn Chung**. Nghiên cứu về tình hình chảy máu sau đẻ tại bệnh viện phụ sản trung ương trong 2 giai đoạn 1998-1999 và 2008-2009. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội. 2009.
3. **Phạm Thị Hải**, Nghiên cứu chảy máu sau đẻ tại bệnh viện Phụ sản trung ương từ 7/2004 -6/2007, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2008.
4. **Tô Thị Thu Hằng**, Nghiên cứu tình hình các bà mẹ lớn tuổi đẻ con so tại viện BV BMTSS từ năm 1996-2000, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2001
5. **Phạm Thị Xuân Minh**, Tình hình chảy máu sau đẻ tại bệnh viện phụ sản trung ương từ 6/1999 - 6/2004. 2014.
6. **A. Evensen**, J. M. Anderson và P. Fontaine, "Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment", Am Fam Physician, 2017;**95(7)**, tr. 442-449.

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG QUY TRÌNH ĐỊNH LƯỢNG ĐỒNG THỜI CHLORAMPHENICOL VÀ FLORFENICOL TỒN DƯ TRONG THỊT GIA CẦM BẰNG PHƯƠNG PHÁP SẮC KÝ LỎNG KHỐI PHỔ

Nguyễn Thị Hồng Vân*, Phạm Xuân Năng*, Nguyễn Thị Thanh Hằng*,
Bùi Thị Thu Hiền*, Trương Ngọc Hiền*, Ngô Hồng Huệ*,
Đỗ Thị Hương Lan*, Chủ Văn Mến*

TÓM TẮT

Trong nghiên cứu này chúng tôi đã phát triển một phương pháp định lượng nhanh và chính xác

**Học viện Quân y*

Chịu trách nhiệm chính: Chủ Văn Mến

Email: chuvanmen@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022

Chloramphenicol và Florfenicol tồn dư trong thịt gia cầm bằng máy sắc ký khối phổ siêu hiệu năng UPLC-MS/MS. Điều kiện của khối phổ gồm cột sắc ký: C18; 50×2,1mm; 1,7µm, pha động: ACN: 0,1% acid formic/H₂O (90:10), tốc độ dòng: 0,3 mL/phút, thể tích tiêm: 2µL. Phương pháp của chúng tôi đã trình bày kết quả khả quan về độ nhạy, độ chính xác và độ thu hồi của Chloramphenicol và Florfenicol tồn dư trong thịt gia cầm. Phương pháp này đã được chứng minh là nhanh chóng, đáng tin cậy và lặp lại tốt để phân tích chính xác Chloramphenicol và Florfenicol.