

**và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện:** Tuân thủ điều trị là tối ưu hóa hiệu quả điều trị, giảm chi phí cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm BN mắc BPTNMT không tuân thủ theo đơn điều trị có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 3,3 lần (95% CI 1,0 – 5,4) so với nhóm BN tuân thủ điều trị theo đơn, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,02$ , mức độ tin cậy 95%. Kết quả này cũng tương tự kết quả của Trần Văn Ngọc và Mã Vĩnh Đạt (2018) những bệnh nhân không tuân thủ điều trị có nguy cơ nhập viện vì đợt cấp cao gấp 5,95 lần với  $p = 0,001$  [5].

**Mối liên quan giữa tình trạng sử dụng ICS và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện:** Nhóm BN mắc BPTNMT sử dụng ICS có nguy cơ mắc đợt cấp nhập viện nhiều lần gấp 3,2 lần (95% CI 1,18-8,55) so với nhóm BN không sử dụng ICS, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,021$ , mức độ tin cậy 95%. Trên thế giới cũng có một số nghiên cứu về sử dụng ICS với sự xuất hiện đợt cấp BPTNMT. Theo tác giả Bishwakarma, R., et al (2017) nhóm BN sử dụng LABA+ ICS có nguy cơ nhập viện hơn so với nhóm không dùng (7,8% so với 5,0%, giá trị  $P < 0,0001$  và OR 1,48 [95% CI, 1,18-1,86]) [1]. Cùng kết quả đó Mc Garvey L. và CS (2015) cũng chỉ ra dùng ICS+ LABA làm tăng 3,57 lần xuất hiện đợt cấp thường xuyên [4].

## V. KẾT LUẬN

Thời gian mắc bệnh > 5 năm, điểm CAT  $\geq 10$ , có bệnh đồng mắc, không tuân thủ điều trị theo

đơn, không sử dụng ICS là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bishwakarma, R., et al (2017), Long-acting bronchodilators with or without inhaled corticosteroids and 30-day readmission in patients hospitalized for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, **12**, 477-486.
2. Brat K., Plutinsky M., Hejduk K., et al (2018). Respiratory parameters predict poor outcome in COPD patients, category GOLD 2017 B. *International Journal of COPD*, 13.
3. Cao Z., Ong K. C., Eng P. et al, (2006). Frequent hospital readmissions for acute exacerbation of COPD and their associated factors. *Respirology*, **11** (2), 188-195.
4. McGarvey L., Amanda J., Roberts J. et al, (2015). Characterisation of the frequent exacerbator phenotype in COPD patients in a large UK primary care population. *Respiratory Medicine*, **109**, 228-237.
5. Trần Văn Ngọc, Mã Vĩnh Đạt, (2018). Đặc điểm lâm sàng và yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện thường xuyên ở nhóm nguy cơ cao. *Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, **22** (2), 186- 193
6. Nguyễn Mạnh Tân, (2016), Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ gây nhiều đợt cấp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
7. Tomioka R., Kawayama T., Suetomo M., et al, (2016). "Frequent exacerbator" is a phenotype of poor prognosis in Japanese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD*, **11**, 207-216.
8. World Health Organization, (2004), International statistical classification of diseases and related health problems, World Health Organization.

## NGHIÊN CỨU TỶ LỆ NHIỄM LIÊN CẦU NHÓM B Ở THAI PHỤ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Duy Ánh\*, Lê Thị Mai Phương\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn (LCK) nhóm B và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ có thai từ 34-36 tuần tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội và xác định mức độ nhạy cảm của một số kháng sinh với nhiễm LCK nhóm B. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 220 thai phụ tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Các thai

phụ có tuổi thai từ 34-36 tuần sẽ được lấy mẫu bệnh phẩm ở hai vị trí là 1/3 ngoài của âm đạo và ở trực tràng. Bệnh phẩm được gửi đến khoa Vi sinh trong vòng 3 giờ kể từ khi lấy mẫu để phân lập và định danh vi khuẩn. Thai phụ nhiễm LCK nhóm B sẽ được làm kháng sinh đồ, sau đó điều trị và theo dõi chuyển dạ để theo đúng quy định. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở các thai phụ có tuổi thai từ 34-36 tuần trong thời gian nghiên cứu là 13,2%. Trong nhóm có tiền sử sảy thai, tiền sử sảy thai có nguy cơ nhiễm liên cầu nhóm B gấp 4,36 lần so với nhóm không có tiền sử sảy thai lần nào (OR =4,36, 95% CI : 1,3-13,2). Tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở nhóm thai phụ thực rửa âm đạo chiếm 40,0% cao hơn so với nhóm không có thói quen vệ sinh này, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Độ nhạy cảm của Penicillin, Ampicillin,

\*Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Ánh

Email: bsanhbnhn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2022

Ngày duyệt bài: 26.4.2022

Augmentin, Ceftriaxone, Cefotaxime, Cefuroxim lần lượt là 86,21%, 79,31%, 89,66%, 65,52%, 65,52%, 72,41%. Liên cầu khuẩn nhóm B nhạy cảm với Vancomycin và Linezolid lần lượt là 72,41% và 89,66%. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở các thai phụ có tuổi thai từ 34-36 tuần tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội là 13,2%. Có hai yếu tố là tiền sử sảy thai và thụt rửa âm đạo làm tăng nguy cơ nhiễm LCK nhóm B lên cao hơn lần lượt gấp 3,9 và 5,7 lần so với nhóm không có tiền sử này. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của LCK nhóm B với Penicillin và Ampicillin còn tương đối cao và đây vẫn là hai kháng sinh ưu tiên sử dụng dự phòng cho các thai phụ nhiễm LCK nhóm B.

**Từ khóa:** liên cầu khuẩn nhóm B, phụ nữ có thai, nhạy cảm kháng sinh).

## SUMMARY

### PREVALENCE OF GROUP B STREPTOCOCCUS AND SOME RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN

**Objectives:** The purpose of this study was to determine the rate of group B streptococcal infection and some related factors in pregnant women from 34-36 weeks at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital and determine the susceptibility of some antibiotics for group B streptococcus. **Methods:** We performed a cross-sectional descriptive study on 220 pregnant women at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. Pregnancy with gestational age from 34-36 weeks would be sampled products in two locations: the outer third of the vagina and the rectum. Specimens were sent to the Department of Microbiology within 3 hours of sampling to isolate and identify bacteria. Pregnancy infected with group B streptococcus would be given an antibiogram, then treated and monitored for labor according to regulations. **Results:** The rate of group B streptococcus infection in pregnant women with gestational age from 34-36 weeks during the study period was 13,2%. In the group with a history of miscarriage, a history of miscarriage had a risk of group B streptococcal infection 4,36 times higher than the group with no history of miscarriage (OR=4,36, 95% CI : 1,3-13,2). The rate of group B streptococcus in the group of pregnancy douching accounted for 40% higher than the group without this hygiene habit, this difference was statistically significant ( $p<0,05$ ). The sensitivity of Penicillin, Ampicillin, Augmentin, Ceftriaxone, Cefotaxime, Cefuroxime was 86,21%, 79,31%, 89,66%, 65,52%, 65,52%, 72,41%, respectively. Group B streptococcus sensitivity to Vancomycin and Linezolid was 72,41% and 89,66%, respectively. **Conclusions:** The prevalence of group B streptococcus infection among pregnant women with gestational age from 34-36 weeks at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital was 13,2%. Two factors, history of miscarriage and vaginal douching, increased the risk of group B streptococcus infection by 3,9 and 5,7 times, respectively, compared with the group without this history. The antibiotic sensitivity of group B streptococcus to Penicillin and Ampicillin was still relatively high and these were still the two preferred antibiotics for prophylactic use in pregnancy infected with group B streptococcus.

**Keywords:** group B streptococcus, pregnant women, antibiotic sensitivity.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, một trong các nguyên nhân thường gặp nhất của nhiễm trùng sơ sinh là liên cầu nhóm B do lây nhiễm từ mẹ sang con. Có tới 30-40% các trường hợp nhiễm trùng chu sinh do vi khuẩn là do liên cầu khuẩn nhóm B [1]. Theo Lancefield loại vi khuẩn này là nguyên nhân gây ra hầu hết các bệnh nhiễm khuẩn huyết và viêm màng não ở trẻ sơ sinh, là nguyên nhân gây sốt ở phụ nữ mang thai và gây ối vỡ sớm, đẻ non.

Liên cầu khuẩn nhóm B là loại vi khuẩn phổ biến cư trú trong ruột hoặc âm đạo. Mặc dù loại vi khuẩn này thường vô hại ở người lớn nhưng nó có thể gây ra các biến chứng trong thời kỳ mang thai và gây bệnh nghiêm trọng cho trẻ sơ sinh. Đối với thai phụ, liên cầu khuẩn nhóm B có thể gây ra tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu, ối vỡ sớm, viêm niêm mạc tử cung sau đẻ...; đối với trẻ sơ sinh có thể gây nhiễm khuẩn sơ sinh, nhiễm khuẩn huyết. Mặc dù được chăm sóc trong điều kiện tốt nhất thì 1/10 trẻ sơ sinh được chẩn đoán nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B khởi phát nhiễm khuẩn sớm sẽ tử vong [2]. Sự lây truyền từ mẹ sang con có thể xảy ra vào thời điểm chuyển dạ hoặc vỡ ối.

Do tác hại của nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở trẻ sơ sinh có thể dẫn đến tử vong nên từ những thập niên 80 nhiều tác giả đã cố gắng tìm cách phòng ngừa lây nhiễm từ mẹ sang con. Việc áp dụng phác đồ kháng sinh dự phòng dựa vào kết quả cấy tầm soát bệnh phẩm âm đạo- trực tràng ở các thai phụ có tuổi thai từ 35-37 tuần thì tỷ lệ sơ sinh bị nhiễm khuẩn và tử vong do bệnh lý này đã giảm đáng kể nhưng hiện tượng kháng thuốc, dị ứng thuốc trong quá trình sử dụng những kháng sinh được coi là có độ nhạy cao với liên cầu nhóm B vẫn xảy ra [3]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ có thai từ 34-36 tuần tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội và xác định mức độ nhạy cảm của một số kháng sinh với nhiễm liên cầu nhóm B.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

• **Tiêu chuẩn lựa chọn.** Những thai phụ có tuổi thai từ 34 đến 36 tuần (35 tuần 7 ngày), không đặt thuốc âm đạo, thụt rửa âm đạo trong vòng 48 giờ trước khi đến khám, đồng ý thực hiện đúng quy trình nghiên cứu (lấy bệnh phẩm âm đạo và trực tràng) và các sản phụ đồng ý

tham gia nghiên cứu.

• **Tiêu chuẩn loại trừ.** Sản phụ đang sử dụng thuốc kháng sinh, mắc các bệnh mạn tính như đái tháo đường, tăng huyết áp và bệnh thận.

**2.2 Phương pháp nghiên cứu**

\*Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

\* Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội

\*Cỡ mẫu nghiên cứu: chúng tôi sử dụng công thức ước tính một tỷ lệ để tính ra cỡ mẫu. Trong đề tài này chúng tôi tính được cỡ mẫu là 220 sản phụ.

**\*Quy trình nghiên cứu:**

- Tất cả các thai phụ trong mẫu nghiên cứu được khám thai theo quy trình khám thai bình thường. Nhân viên y tế sẽ lấy 2 mẫu bệnh phẩm tại âm đạo và trực tràng.

- Bệnh phẩm được chuyển về khoa vi sinh của bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong vòng 3 giờ kể từ khi lấy bệnh phẩm để được phân lập và định danh vi khuẩn.

- Thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B sẽ được điều trị và sau đó theo dõi chuyển dạ để theo đúng quy định của khoa đẻ bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

- Tất cả thai phụ (+) với liên cầu khuẩn nhóm B sẽ được làm kháng sinh đồ. Sau khi có kết quả chúng tôi sẽ lựa chọn loại kháng sinh phù hợp với thai phụ để điều trị dự phòng nhiễm khuẩn sơ sinh và theo dõi đến thời điểm chuyển dạ cho các sản phụ.

**\*Xử lý và phân tích số liệu.** Các số liệu được thu thập mã hóa trên máy tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1 Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B và một số yếu tố liên quan**

Qua nghiên cứu 220 sản phụ có tuổi thai từ 34-36 tuần tại BVPSHN chúng tôi thu được kết quả như sau:

**Bảng 1. Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B**

Nhóm	LCB(+)	LCB(-)	Tổng số
Số trường hợp	29	191	220
Tỷ lệ	13,2	86,8	100

(LCB : liên cầu khuẩn nhóm B)

**Nhận xét:** Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B trong nghiên cứu là 13,2%.

**Bảng 2. Phân bố tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B theo tuổi thai**

Tuổi thai	Nhóm	LCB(+)		LCB(-)		Tổng số	P
		n	%	n	%		
Từ 34-35 tuần		15	17,4	71	82,6	86	p>0,05
>35-36 tuần		14	10,4	120	89,6	134	
<b>Tổng số</b>		<b>29</b>	<b>13,2</b>	<b>191</b>	<b>86,8</b>	<b>220</b>	

**Nhận xét:** Các thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B có tuổi thai từ 34-35 tuần chiếm 17,4% , tuổi thai từ 35-36 tuần chiếm 10,4%. Tuy nhiên không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa tuổi thai và nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B với p>0,05.

**Bảng 3. Một số yếu tố tiền sử sản khoa**

Tiền sử sản khoa	Nhóm	LCB (+)		LCB (-)		Tổng số	OR	95%CI	p
		n	%	n	%				
Phá thai	Có	7	12,7	48	87,3	555	0,9	0,3-2,4	>0,05
	Không	12	13,3	143	86,7	165			
Sảy thai	Có	7	35,0	13	65,0	20	4,36	1,3-13,2	<0,05
	Không	22	11,0	178	89,0	200			
Thai chết lưu	Có	0	0	23	100	23	-	-	-
	Không	29	14,7	168	85,3	197			
Đẻ non	Có	1	14,3	6	85,7	7	-	-	-
	Không	28	13,1	185	86,9	213			
<b>Tổng số</b>		<b>29</b>		<b>191</b>		<b>220</b>			

**Nhận xét:** Trong nhóm có tiền sử phá thai, không thấy có mối liên quan giữa tiền sử phá thai với nhiễm liên cầu nhóm B (p>0,05). Trong nhóm có tiền sử sảy thai, tiền sử sảy thai có nguy cơ nhiễm liên cầu nhóm B gấp 4,36 lần so với nhóm không có tiền sử sảy thai lần nào (OR =4,36, 95% CI : 1,3-13,2).

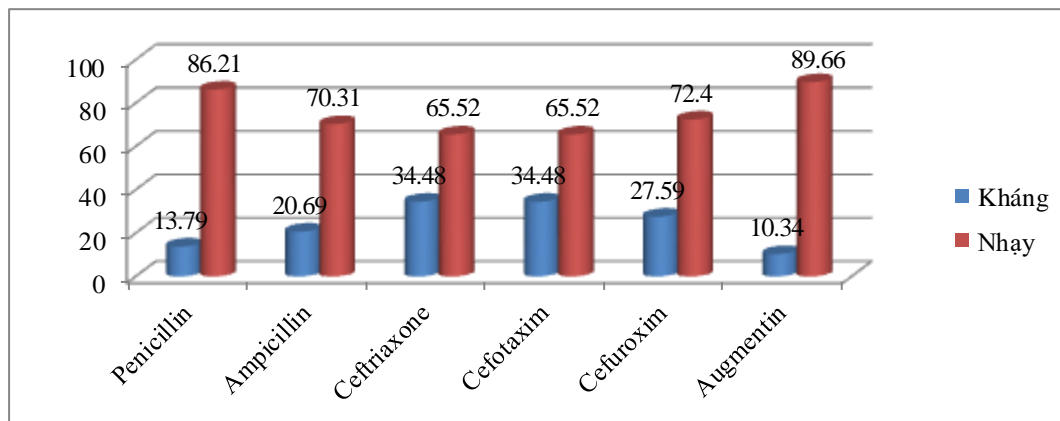
**Bảng 4. Phân bố tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm B theo thói quen vệ sinh**

Thói quen vệ sinh	Nhóm	LCB(+)		LCB(-)		Tổng số	OR	95%CI	P
		n	%	n	%				
Thụt rửa âm đạo	Có	8	40,0	12	60,0	20	5,7	1,8-17,0	<0,05

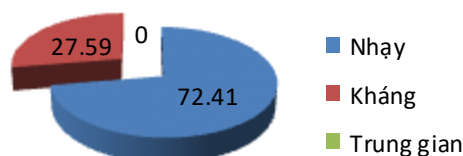
	Không	21	10,5	179	89,5	200			
Sử dụng dung dịch vệ sinh phụ nữ	Có	19	13,1	126	86,9	145	0,98	0,4-2,2	
	Không	10	13,3	65	86,7	75			>0,05

**Nhận xét:** Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở nhóm thai phụ thực rửa âm đạo chiếm 40,0% cao hơn so với nhóm không có thói quen vệ sinh này, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở nhóm thai phụ có sử dụng dung dịch vệ sinh phụ nữ (13,1%) gần tương đương với nhóm thai phụ không sử dụng dung dịch vệ sinh phụ nữ (13,3%).

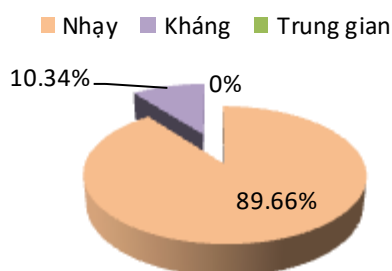
**Độ nhạy của một số loại kháng sinh với liên cầu khuẩn nhóm B**



**Biểu đồ 1. Kết quả kháng sinh đồ của nhóm betalactam**



**Biểu đồ 2. Kết quả kháng sinh đồ của Vancomycin**



**Biểu đồ 3. Kết quả kháng sinh đồ của Linezolid**

**Nhận xét:** Từ biểu đồ 1, 2 và 3 cho thấy: độ nhạy cảm của Penicillin, Ampicillin, Augmentin, Ceftriaxone, Cefotaxime, Cefuroxim lần lượt là 86,21%, 79,31%, 89,66%, 65,52%, 65,52%, 72,41%. Liên cầu khuẩn nhóm B nhạy cảm với Vancomycin và Linezolid lần lượt là 72,41% và 89,66%.

**IV. BÀN LUẬN**

Liên cầu khuẩn (LCK) nhóm B thường có mặt ở đường tiêu hóa và đường tiết niệu, sinh dục là vị trí thường lây LCK nhóm B nhất [4]. Tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở người trưởng thành khỏe mạnh thay đổi từ 10 đến 30%. Tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B âm đạo-trực tràng trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,2%. Nghiên cứu của chúng tôi mẫu bệnh phẩm được lấy ở cả âm đạo và trực tràng, sử dụng môi trường nuôi cấy dinh dưỡng chọn lọc (môi trường Todd-Hewitt) làm tăng khả năng phát hiện LCK nhóm B và phương pháp định danh theo quy trình của WHO và CDC phiên bản năm 2002 [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả trong y văn đã viết là 5-30% [3]. Trong 29 trường hợp nhiễm LCK nhóm B có 13 trường hợp (+) ở âm đạo (chiếm 44,8%), 16 trường hợp (+) ở trực tràng (chiếm 55,2%). Không có trường hợp nào nhiễm ở âm đạo mà không xuất hiện ở trực tràng. Như vậy nếu chỉ lấy bệnh phẩm ở âm đạo mà không lấy ở trực tràng thì bỏ qua đến 10,4% trường hợp nhiễm LCK nhóm B không được điều trị kháng sinh dự phòng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở tuổi thai từ 34-35 tuần chiếm 17,4%, tuổi thai >35-36 tuần chiếm 10,4%. Không có mối liên quan giữa tuổi thai và nhiễm LCK nhóm B. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn nhóm tuổi thai từ 34-36 tuần sớm hơn so

với tuổi thai CDC đã khuyến cáo (35-37 tuần) mục đích nhằm phát hiện sớm hơn những trường hợp cấy (+) với LCK nhóm B nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn sơ sinh. Điều này có thể lý giải do thời gian nuôi cấy và làm kháng sinh đồ cho một thai phụ thông thường kéo dài 1 tuần, sau đó quá trình điều trị kéo dài 5-7 ngày. Như vậy với một thai phụ nhiễm LCK nhóm B thì mất khoảng gần 2 tuần để phát hiện và điều trị, lúc đó tuổi thai sẽ là 36-38 tuần.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở nhóm thai phụ có tiền sử phá thai chiếm 12,7%, tiền sử sảy thai chiếm 35%, tiền sử đẻ non chiếm 14,3%, không có trường hợp nào có tiền sử thai chết lưu. Như vậy nhóm thai phụ có tiền sử sảy thai có tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B cao nhất. Chúng tôi chưa lý giải được tại sao sảy thai lại làm tăng nguy cơ nhiễm LCK nhóm B. Theo chúng tôi ở những thai phụ có tiền sử phá thai, sảy thai phải nạo sảy thì lớp nội mạc tử cung bị tổn thương rất dễ nhiễm khuẩn khi có yếu tố thuận lợi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm thai phụ có thói quen thụt rửa âm đạo có nguy cơ nhiễm LCK nhóm B cao gấp 5,7 lần nhóm không có thói quen này. Theo tác giả Hillier SL thụt rửa âm đạo làm tăng nguy cơ viêm nhiễm gấp 2,1 lần. Điều này cũng dễ lý giải vì thói quen thụt rửa âm đạo với dung dịch sát khuẩn hoặc tự ý dùng thuốc đặt âm đạo sẽ gây phá hủy phổ vi trùng bình thường, tạo điều kiện cho các tác nhân gây bệnh trong đó có LCK nhóm B, đồng thời theo cấu trúc giải phẫu âm đạo là một khoang ảo, khi cho tay vào trong âm đạo đối tượng đã vô tình đưa vi khuẩn vào và vì thế nguy cơ viêm nhiễm tăng cao [4].

Các nhóm kháng sinh nhóm beta-lactam có tác dụng diệt khuẩn bằng các ức chế tổng hợp peptidoglycan, một mucopetid của thành tế bào vi khuẩn. Theo khuyến cáo của Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) và Tổ chức Y tế thế giới (WHO) về điều trị dự phòng nhiễm khuẩn sơ sinh do nhiễm LCK nhóm B thì Penicillin và Ampicillin là hai kháng sinh được lựa chọn hàng đầu. Các thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh hiệu quả của hai kháng sinh này với việc ngăn ngừa nhiễm trùng sơ sinh sớm do liên cầu khuẩn nhóm B. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy LCK nhóm B đã có hiện tượng kháng với Penicillin và Ampicillin là 13,79% và 20,69%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Edwards RK và cộng sự (2002) thực hiện tại một trung tâm ở Chicago cho thấy giảm tỷ lệ nhạy cảm của LCK nhóm B với Penicillin và

Ampicillin lần lượt là 15 và 17% [5]. Hiện tượng kháng thuốc là tất yếu của quá trình sử dụng kháng sinh không hợp lý, không theo chỉ định của bác sĩ, lạm dụng kháng sinh khi không cần thiết. Với kết quả kháng sinh đồ tại biểu đồ 1 đối với nhóm beta-lactam cho thấy LCK nhóm B còn khá nhạy cảm với Penicillin, Ampicillin và Augmentin. Về mặt kinh tế, để giảm chi phí điều trị thì việc lựa chọn hai loại kháng sinh Penicillin và Ampicillin để điều trị nhiễm LCK nhóm B cho thai phụ là lựa chọn hàng đầu.

Vancomycin là kháng sinh được chỉ định trong các trường hợp nhiễm trùng trầm trọng gây nên bởi vi khuẩn gram dương đề kháng với các kháng sinh thông thường và chỉ định cho các bệnh nhân dị ứng với Penicillin. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhạy cảm của liên cầu khuẩn nhóm B với Vancomycin là 72%. Điều này cho thấy liên cầu khuẩn nhóm B đã có hiện tượng kháng với Vancomycin. Do đó kháng sinh đồ là cần thiết với các sản phụ nhiễm LCK nhóm B. Tuy nhiên do tính an toàn của Vancomycin ở phụ nữ mang thai chưa được đánh giá đầy đủ nên chỉ sử dụng khi thật cần thiết.

Linezolid là kháng sinh có tác dụng diệt khuẩn đối với vi khuẩn Gr(+) trong đó có liên cầu khuẩn nhóm B. Linezolid làm gián đoạn sự sinh trưởng của vi khuẩn bằng cách ức chế quá trình sinh tổng hợp protein. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Linezolid khá là nhạy cảm với LCK nhóm B (89,7%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Panda B (2009) khi nhận thấy LCK nhóm B nhạy cảm hoàn toàn với Linezolid [5]. Linezolid là một kháng sinh mới, mức độ an toàn với phụ nữ có thai chưa được khẳng định, trong một số ít trường hợp có thể tác động đến sự sản sinh tế bào máu; do vậy việc sử dụng thuốc này nên cân nhắc.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở các thai phụ có tuổi thai từ 34-36 tuần tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội là 13,2%. Có hai yếu tố là tiền sử sảy thai và thụt rửa âm đạo làm tăng nguy cơ nhiễm LCK nhóm B lên cao hơn lần lượt gấp 3,9 và 5,7 lần so với nhóm không có tiền sử này. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của LCK nhóm B với Penicillin và Ampicillin còn tương đối cao và đây vẫn là hai kháng sinh ưu tiên sử dụng dự phòng cho các thai phụ nhiễm LCK nhóm B.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Thanh Hiền (2011)**, « Các bệnh lý nhiễm khuẩn trong thời kỳ mang thai », Nhà xuất

- bản y học, tr 68-76.
- Center for Disease Control Prevention (2002)**, «Prevention of perinatal group B streptococcal disease: revised guidelines from CDC», Morb Mortal Wkly Rep, 2002.
  - Frohlicher S, Reichen-Fahrni G, Muler M et al (2014)**, «Serotype distribution and antimicrobial susceptibility of group B streptococci in pregnant women: results from a Swiss tertiary centre », Swiss Med Wkly, Vol 144, 2014, p135-139.
  - Hillier SL (1993)**, « Diagnostic microbiology of bacterial vaginosis », Am J Obstet Gynecol 169, p455-458.
  - Panda B, Iruretagoyena I, Stiller R (2009)**, «Antibiotic resistance and penicillin tolerance in ano-vaginal group B streptococci», J Matern Fetal Neonate Med. 2009 Feb ; 22(2) :111-114.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ MÂM CHÀY SCHATZKER V, VI BẰNG HAI NẸP VỚI HAI ĐƯỜNG MỔ NHỎ

Dương Đình Toàn<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thành Vinh<sup>2</sup>, Vũ Mạnh Toàn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Gãy mâm chày loại V & VI theo phân loại của Schatzker luôn là vấn đề khó khăn trong điều trị phẫu thuật. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá kết quả phẫu thuật gãy mâm chày loại V và VI theo phân loại Schatzker bằng hai nẹp với hai đường mổ nhỏ. Phương pháp nghiên cứu gồm 34 bệnh nhân (21 nam và 13 nữ) gãy mâm chày loại V và VI theo phân loại của Schatzker (24 loại V, 10 loại VI) được phẫu thuật kết hợp xương bằng hai nẹp, vít với hai đường mổ nhỏ. Đánh giá kết quả theo thang điểm của KSS (Knee Society Score). Kết quả: rất tốt có 25 bệnh nhân (74,3%), tốt 7 bệnh nhân (21,2%), trung bình 2 bệnh nhân (4,5%). Biến chứng gặp 21% gồm đau gối (6%), nhiễm trùng nông (6%) và hạn chế biên độ gối (9%). Kết luận: kết hợp xương bằng hai nẹp, vít với hai đường mổ nhỏ mang lại hiệu quả cao trong điều trị gãy mâm chày phức tạp, hạn chế đáng kể các biến chứng mà các phương pháp phẫu thuật thông thường khác thường mắc phải.

**Từ khóa:** phân loại Schatzker; gãy mâm chày

### SUMMARY

#### RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF TIBIAL PLATEAU FRACTURES (SCHATZKER V-VI) WITH DUAL PLATING VIA MINIMALLY INVASIVE TWO-INCISION

Fractures of the tibial plateau type V & VI according to Schatzker's classification are always difficult problems in surgical treatment. The objectives of study was to evaluate the results of surgical treatment of tibial plateau fractures of V and VI types according to the Schatzker classification with double plating with minimally invasive two-incision. The study methods included 34 patients (21 men and 13 women) with type V and VI tibial plateau fractures according to Schatzker's classification (24 cases were type V and

10 cases were type VI) were treated with double plating via minimally invasive two-incision. Evaluate the results according to the KSS (Knee Society Score) scale. The results showed great had 25 patients (74.3%), good had 7 patients (21.2%), average had 2 patients (4.5%), Complications reported in 21% included knee pain (6%), superficial infection (6%) and limited knee range (9%). Internal fixation in treating complex plateau fractures (Types V and VI according to Schatzker's classification) with double plating via minimally invasive two-incision provides positive results with a low rate of complications.

**Key words:** Schatzker's classification, Tibial plateau fracture

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày loại V và VI theo phân loại của Schatzker luôn là vấn đề khó khăn trong điều trị phẫu thuật, có tỷ lệ biến chứng cao.<sup>1</sup> Loại gãy này bao gồm tổn thương cả hai mâm chày kèm theo gãy lún diện khớp với nhiều đường gãy khác nhau, gãy lan xuống phần hành xương và 1/3 trên thân xương chày. Có thể gãy kín hoặc gãy hở.<sup>2</sup> Với tính chất phức tạp của tổn thương xương cũng như phần mềm, loại gãy này thường mang lại kết quả điều trị hạn chế.<sup>3</sup> Mục tiêu của điều trị phẫu thuật nhằm phục hồi giải phẫu, cố định xương vững chắc, sớm phục hồi vận động khớp. Sử dụng hai nẹp trong phẫu thuật kết hợp xương được ưu tiên, đặc biệt trong những trường hợp gãy lún hai mâm chày<sup>4</sup>. Kỹ thuật mổ mở kinh điển được thực hiện thông qua hai đường rạch da hai bên đầu trên xương chày có chiều dài gần bằng chiều dài nẹp. Với hai đường rạch da này nguy cơ toác rộng vết mổ tăng lên dẫn đến lộ xương lộ nẹp hoặc hoặc nhiễm trùng<sup>5</sup>. Nếu sử dụng một nẹp với một đường mổ phía ngoài hoặc phía trong với một đường rạch da sẽ hạn chế được biến chứng lộ xương lộ nẹp hoặc nhiễm trùng, tuy nhiên không thể kết hợp xương vững chắc bởi mâm chày gãy nhiều mảnh và di lệch cả mâm chày trong và mâm chày

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: duongdinhtoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022