

Số: 380 /QĐ-BVTD

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 06 tháng 3 năm 2020

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành phác đồ điều trị.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Căn cứ Quyết định số 1507/QĐ-UB ngày 08/04/2004 của UBND TP. HCM về việc cho phép đổi tên Bệnh viện Phụ sản TP. HCM thành Bệnh viện Từ Dũ trực thuộc Sở Y tế TP Hồ Chí Minh và quy định chức năng, nhiệm vụ của bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ Quyết định số 2912/QĐ-SYT ngày 12/9/2014 của Sở Y tế TP.HCM về việc Ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ nội dung các biên bản cuộc họp xét duyệt phác đồ điều trị;

Xét đề nghị của Hội đồng Thuốc và điều trị và Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp bệnh viện Từ Dũ,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Nay đồng ý ban hành kèm theo Quyết định này phác đồ “Liên cầu khuẩn nhóm B và thai kỳ” tại bệnh viện Từ Dũ (đính kèm).

Điều 2. Phác đồ “Liên cầu khuẩn nhóm B và thai kỳ” là tài liệu tham khảo chính của bệnh viện trong công tác điều trị và quản lý chuyên môn.

Điều 3. Các Ông (Bà) Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Trưởng các khoa lâm sàng và các nhân viên y tế liên quan công tác tại bệnh viện Từ Dũ có trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký. *lll*

Nơi nhận:

- Như Điều 3;

- Lưu: VT, KHTH. *lll*



KT GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC

BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

LIÊN CẦU KHUẨN NHÓM B VÀ THAI KỲ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 380 /QĐ-BVTD ngày 06 / 3 /2020 của Bệnh viện Từ Dũ)

I. ĐẠI CƯƠNG

Liên cầu khuẩn nhóm B (*Group B streptococcus* - GBS, còn gọi là *Streptococcus agalactiae*) là một vi khuẩn Gram dương, thường gặp ở đường tiêu hóa và đường sinh dục của người phụ nữ, có thể không gây ra triệu chứng trên người mang bệnh. Tuy nhiên GBS là tác nhân gây nhiễm khuẩn hàng đầu liên quan đến thai kỳ và trẻ sơ sinh với tỷ lệ mắc và tử vong cao. Nguyên nhân chính của nhiễm khuẩn sơ sinh do GBS là sự lây truyền từ mẹ sang con, chủ yếu xảy ra trong quá trình chuyển dạ hoặc khi ối vỡ non, ối vỡ sớm.

Tỷ lệ nhiễm GBS ở âm đạo, trực tràng của phụ nữ mang thai là 10-30%.

Do đó, tất cả sản phụ nên được tầm soát GBS thường quy khi thai 36 tuần đến 37 tuần 6 ngày (đối với đơn thai) hoặc 32-34 tuần (đối với đa thai).

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Sản phụ

Hầu hết sản phụ thường không có biểu hiện gì khi bị nhiễm GBS. Một số trường hợp GBS gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhiễm trùng ối, viêm nội mạc tử cung. Vi khuẩn GBS chứa nhiều men phospholipid A2 để tổng hợp prostaglandin E2 gây sảy thai, thai lưu, vỡ ối sớm, sinh non,...; gây viêm nhiễm các tổn thương đường sinh dục khi chuyển dạ.

2.1.2. Trẻ sơ sinh

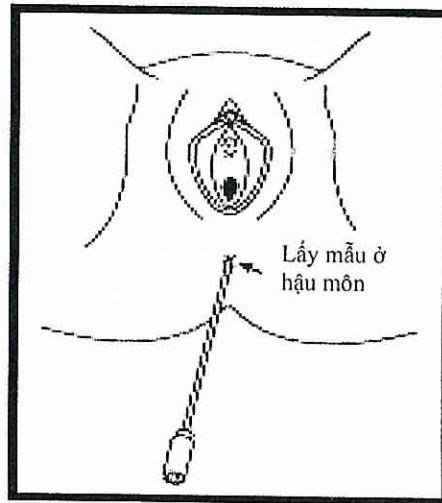
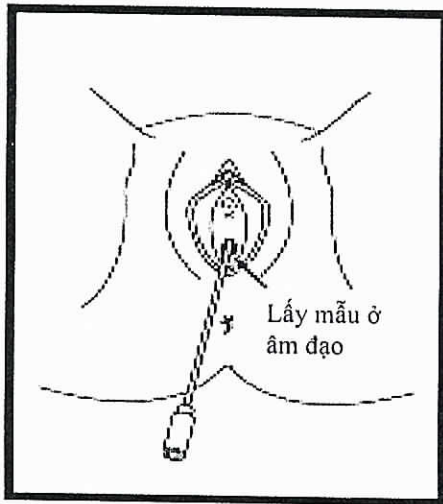
Bệnh cảnh Đặc điểm	Nhiễm GBS khởi phát sớm	Nhiễm GBS khởi phát muộn
Khởi phát	Trong vòng 7 ngày sau sinh, thường biểu hiện triệu chứng trong vòng 12-48 giờ sau sinh	Từ 7 ngày sau khi sinh đến 2-3 tháng tuổi
Nguyên nhân	Do lây truyền từ mẹ sang con khi chuyển dạ và/hoặc khi sinh, do thai hít hoặc nuốt dịch ối, dịch âm đạo; tổn thương da khi đi qua đường sinh dục của mẹ	Do lây truyền từ mẹ sang con Do mắc phải từ môi trường bệnh viện Do mắc phải từ cộng đồng
Bệnh cảnh lâm sàng	Nhiễm trùng huyết Viêm phổi Viêm màng não (ít gặp)	Nhiễm trùng huyết Viêm màng não Nhiễm trùng các tạng hoặc mô mềm (ít gặp)

2.2. Cận lâm sàng

- Cây định danh GBS dịch âm đạo và kháng sinh đồ.
- PCR dịch âm đạo và hậu môn: Xét nghiệm sinh học phân tử GBS Real-Time PCR. Phương pháp này có độ nhạy cao và thời gian trả kết quả nhanh hơn so với phương pháp cấy truyền thống.

III. PHƯƠNG PHÁP LẤY MẪU XÉT NGHIỆM

- Ghi tên tuổi sản phụ lên ống (loại xét nghiệm huyết trắng).
- Lấy que gòn (không đung vào trong đầu và thanh que gòn) đưa vào trong âm đạo khoảng 2 cm, xoay 1-2 vòng.
- Dùng tiếp que gòn đó đưa vào trong trực tràng khoảng 1 cm (qua cơ vòng hậu môn), xoay 1-2 vòng.
- Đưa que gòn vào ống xét nghiệm, đậy kín, kiểm tra tên tuổi sản phụ và gửi ngay đến khoa Xét nghiệm (trong vòng 15 phút). Trường hợp không chuyển mẫu ngay được thì phải lưu trữ mẫu trong tủ lạnh (ngăn mát).



IV. XỬ TRÍ

4.1. Tầm soát GBS

- Tầm soát GBS khi thai 36 tuần đến 37 tuần 6 ngày (đối với đơn thai), 32-34 tuần (đối với đa thai).

- Các trường hợp đã có chỉ định sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) như nhiễm trùng tiêu do GBS trong thai kỳ, tiền căn sinh con bị nhiễm GBS giai đoạn sơ sinh: không cần tầm soát GBS.

4.2. Chỉ định dùng kháng sinh dự phòng

Chỉ định dùng KSDP khi chuyển dạ	Không chỉ định dùng KSDP khi chuyển dạ
Tiền căn mẹ	
Tiền căn sinh con bị bệnh lý do GBS giai đoạn sơ sinh	Nhiễm GBS ở thai kỳ trước, hiện tại cấy GBS (-)
Thai kỳ hiện tại, có 1 trong các yếu tố:	
a) Cấy GBS (+) khi thai ≥ 36 tuần b) Nhiễm trùng tiểu do GBS trong thai kỳ	a) Cấy GBS (-) khi thai ≥ 36 tuần b) Mổ lấy thai chủ động trước khi chuyển dạ và ối còn
Khi chuyển dạ, có 1 trong các yếu tố:	
a) GBS (+) (phương pháp Real-time PCR) b) Không rõ tình trạng nhiễm GBS khi có chuyển dạ <i>hoặc</i> kết quả xét nghiệm GBS (-) (phương pháp Real-time PCR) VÀ có yếu tố nguy cơ như: tuổi thai < 37 tuần, ối vỡ ≥ 18 giờ, mẹ sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (*). c) Không rõ tình trạng nhiễm GBS khi có chuyển dạ VÀ mẹ nhiễm GBS ở thai kỳ trước	a) Cấy GBS (-) thai ≥ 36 tuần, bất kể các yếu tố nguy cơ. b) Không rõ tình trạng nhiễm GBS khi có chuyển dạ <i>hoặc</i> kết quả xét nghiệm GBS (-) (phương pháp Real-time PCR) VÀ không có yếu tố nguy cơ như: tuổi thai < 37 tuần, ối vỡ ≥ 18 giờ, mẹ sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

(*) Lưu ý: nếu nghi ngờ nhiễm trùng ối, cần sử dụng kháng sinh phổ rộng điều trị cả GBS.

4.3. Sử dụng kháng sinh

Cần đánh giá khi khám thai để xác định loại KSDP sẽ dùng khi chuyển dạ

Không dị ứng Penicillin

Ampicillin (TMC) 2 g liều tải, sau đó 1 g mỗi 4 giờ đến khi sinh

Dị ứng Penicillin

- Nguy cơ thấp, *hoặc*
- Không rõ nguy cơ phản ứng phản vệ

Cefazolin (TMC) 2 g liều tải, sau đó 1 g mỗi 8 giờ đến khi sinh

Nguy cơ cao phản ứng phản vệ

Cấy và KSD: xem xét độ nhạy của Clindamycin từ mẫu cấy GBS ở tuổi thai 36 tuần đến 37 tuần 6 ngày

GBS nhạy với Clindamycin

Clindamycin (TTM) 900 mg mỗi 8 giờ đến khi sinh

GBS kháng với Clindamycin

Vancomycin (TTM):

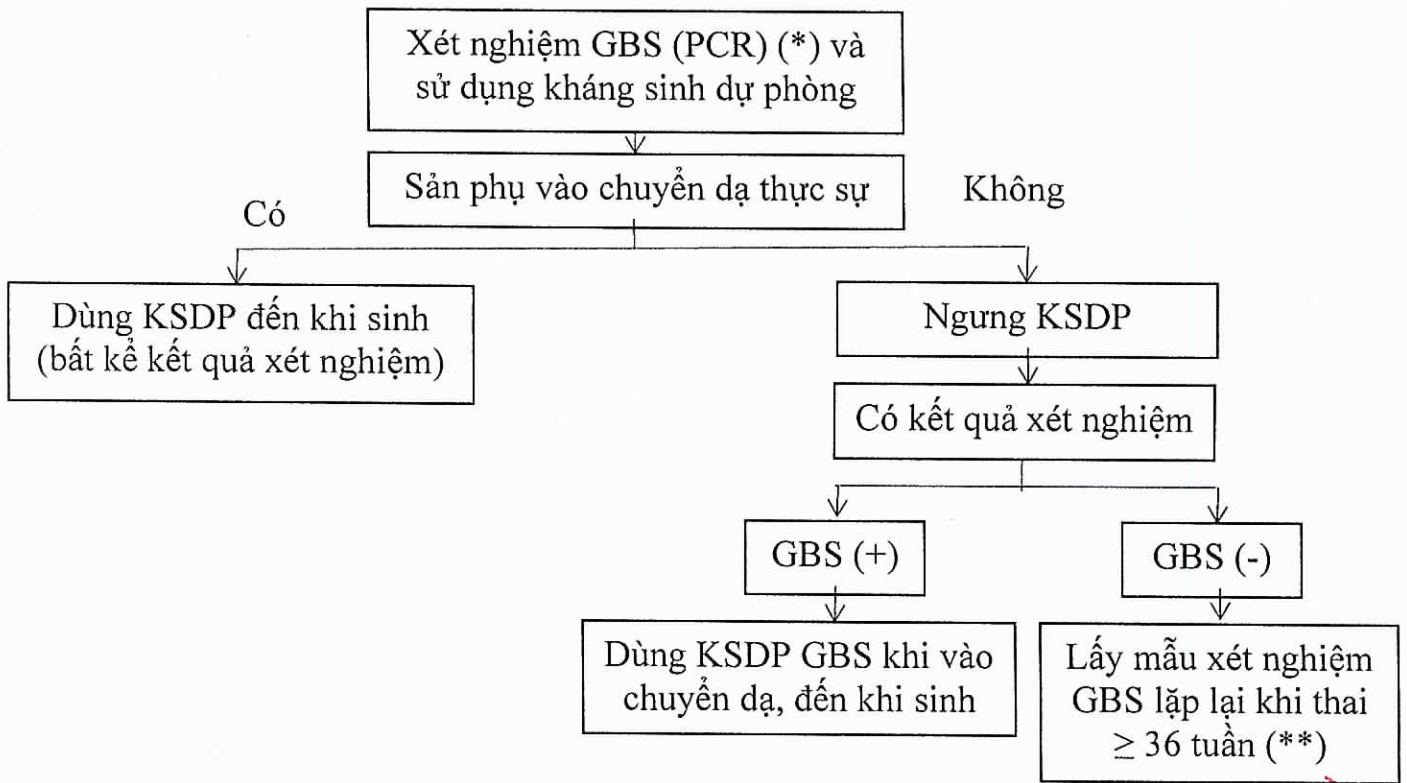
- 1-1,5 g mỗi 12 giờ

Lưu ý:

- Thời gian truyền tối thiểu là 1 giờ hoặc 500 mg/30 phút với liều > 1 g
- Xét nghiệm creatinin trước sử dụng

4.4 Một số tình huống lâm sàng cụ thể

a) Chuyển dạ sinh non (< 37 tuần)

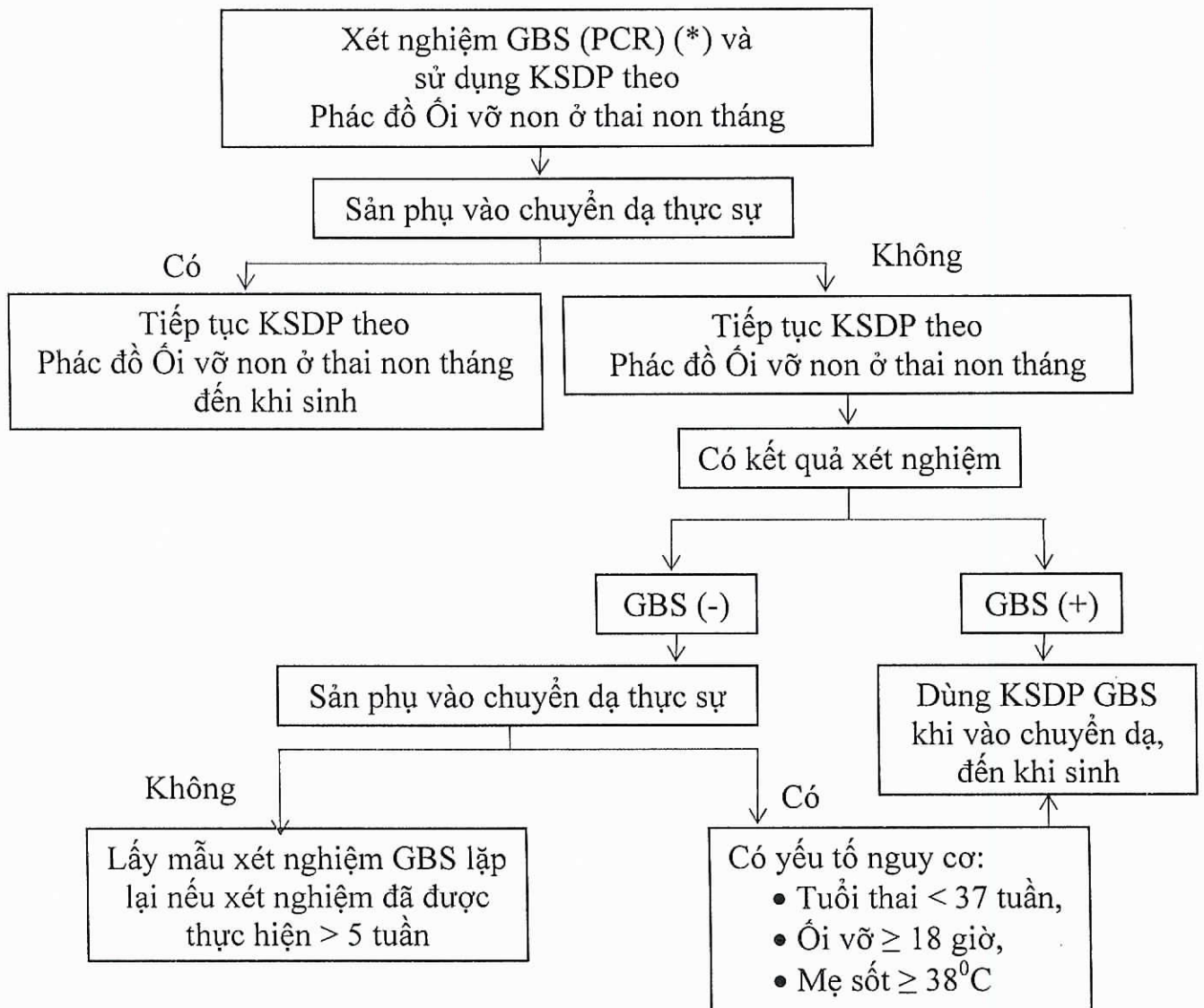


(*): Nếu sản phụ chưa được xét nghiệm tầm soát GBS hoặc xét nghiệm đã được thực hiện >5 tuần.

(**): Lấy mẫu xét nghiệm GBS lặp lại khi thai ≥ 36 tuần nếu xét nghiệm đã được thực hiện >5 tuần.

Nên điều trị dự phòng GBS ≥ 4 giờ trước khi sản phụ sanh.

b. Ôi vỡ non ở thai non tháng



(*): Nếu sản phụ chưa được xét nghiệm tầm soát GBS hoặc xét nghiệm đã được thực hiện > 5 tuần.

Nên điều trị dự phòng GBS ≥ 4 giờ trước khi sản phụ sanh.

c. Mổ lấy thai chủ động

- Nếu mổ chủ động khi ôi chưa vỡ: không cần dùng KSDP GBS.
- Nếu sản phụ vào chuyển dạ hoặc ôi vỡ non: Cefazolin trước mổ vừa là kháng sinh dự phòng GBS và dự phòng nhiễm trùng sau mổ.

d. Lưu ý:

- Trẻ sơ sinh đủ tháng, lâm sàng ổn định và mẹ được điều trị dự phòng GBS ≥ 4 giờ trước sanh: không cần phải theo dõi đặc biệt.
- Trẻ sơ sinh có mẹ có chỉ định điều trị dự phòng GBS nhưng không điều trị hoặc sử dụng KSDP không đủ (thời gian sử dụng KSDP đến khi sanh < 4 giờ): cần chuyển khoa Sơ sinh khi có các triệu chứng sau:
 - + Có các biểu hiện bất thường: khóc thét dữ dội hoặc li bì
 - + Giảm trương lực cơ

- + Bỏ bú
- + Nhiệt độ < 36⁰C hoặc > 38⁰C
- + Thở nhanh
- + Thay đổi bất thường màu da

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. ACOG (2019), Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns, Number 782.
2. Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 36. BJOG 2017;124:e280-e305.
3. <http://www.cdc.gov/mmwr>.

KT GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC



BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi





Phụ lục
ĐỊNH NGHĨA NGUY CƠ PHẢN ỨNG PHẢN VỆ VỚI PENICILLIN
(Ban hành kèm theo Quyết định số 380/QĐ-BVTD ngày 06/3/2020 của Bệnh viện Từ Dũ)

Nguy cơ phản ứng phản vệ	Định nghĩa
Thấp	<p>a) Phát ban nhưng không có triệu chứng toàn thân: phát ban thường xảy ra vài ngày sau khi tiếp xúc ban đầu với Penicillin và chỉ giới hạn ở da (không xảy ra ở niêm mạc, lòng bàn tay và lòng bàn chân). Có thể bị ngứa nhẹ nhưng không nổi mề đay.</p> <p>b) Tiền sử gia đình bị dị ứng Penicillin nhưng không có tiền sử cá nhân dị ứng Penicillin</p> <p>c) Cá nhân có tiền sử dị ứng Penicillin nhưng không nhớ các triệu chứng hoặc phương pháp điều trị</p>
Cao	<p>a) Tiền sử phát ban nổi mề đay, viêm ngứa dữ dội, sốc phản vệ, phù mạch, phù thanh quản, suy hô hấp, tụt huyết áp... Các phản ứng này thường xảy ra trong vòng 1-6 giờ sau khi tiếp xúc với Penicillin.</p> <p>b) Các phản ứng muộn hiếm gặp như tăng bạch cầu ái toan và các triệu chứng toàn thân/hội chứng quá mẫn do thuốc, hội chứng Stevens-Johnson, hoặc hoại tử biểu bì. Các phản ứng này thường xảy ra trong vòng vài ngày đến vài tuần sau khi điều trị với Penicillin</p> <p>c) Phản ứng tái phát, phản ứng với nhiều loại kháng sinh beta-lactam hoặc kết quả xét nghiệm có phản ứng da với Penicillin dương tính.</p>