

# Phòng ngừa bệnh khởi phát sớm do liên cầu khuẩn nhóm B ở trẻ sơ sinh (ACOG- 2020)

## Khuyến cáo và Kết luận

Các thành phần chính của sàng lọc và dự phòng bệnh sơ sinh do liên cầu khuẩn nhóm B khởi phát sớm (GBS EOD) bao gồm:

- Điều trị dự phòng bằng kháng sinh tiêm tĩnh mạch sau chuyển dạ theo mục tiêu đã chứng minh có hiệu quả trong việc phòng ngừa bệnh khởi phát sớm do GBS (EOD) ở trẻ sơ sinh được sinh ra từ những bà mẹ có kết quả nuôi cấy GBS dương tính trước chuyển dạ và những bà mẹ có các yếu tố nguy cơ khác đối với sự xâm nhập của GBS sau chuyển dạ. Cả phác đồ uống hoặc tiêm bắp trước chuyển dạ hay sau chuyển dạ đều không được chứng minh là có hiệu quả tương đương trong việc giảm GBS EOD.
- Bất kể phương thức sinh theo kế hoạch, tất cả sản phụ nên khám sàng lọc GBS trước sinh ở tuổi thai 36 0/7–37 6/7 tuần, trừ khi có chỉ định dự phòng kháng sinh sau khi chuyển dạ đối với GBS do nhiễm khuẩn niệu GBS trong thai kỳ hoặc do có tiền sử trẻ sơ sinh bị nhiễm GBS trước đó. Thời điểm sàng lọc được khuyến cáo mỗi năm cung cấp khoảng thời gian 5 tuần với kết quả nuôi cấy có giá trị, bao gồm cả các ca sinh lên đến tuổi thai ít nhất là 41 0/7 tuần.
- Tất cả những sản phụ có kết quả nuôi cấy dịch âm đạo - trực tràng ở tuổi thai 36 0 / 7–37 6/7 tuần dương tính với GBS nên được dự phòng kháng sinh thích hợp sau khi chuyển dạ trừ khi mổ lấy thai trước khi chuyển dạ được thực hiện trong tình trạng các màng còn nguyên vẹn.
- Những sản phụ có kết quả nuôi cấy GBS trước sinh dương tính được mổ lấy thai trước khi khởi phát chuyển dạ và các màng còn nguyên vẹn thì không cần dự phòng bằng kháng sinh.
- Nếu kết quả nuôi cấy GBS trước sinh không rõ khi bắt đầu chuyển dạ, chỉ định dự phòng kháng sinh sau khi chuyển dạ cho những phụ nữ có các yếu tố nguy cơ đối với GBS EOD. Những phụ nữ có nguy cơ bao gồm những người đang chuyển dạ có nguy cơ sinh non đáng kể, những người bị vỡ ối non thiếu tháng (PPROM) hoặc vỡ ối  $\geq 18$  giờ với thai đủ tháng, hoặc những

người có biểu hiện sốt sau khi chuyển dạ (nhiệt độ  $\geq 100,4^{\circ}\text{F}$  [ $38^{\circ}\text{C}$ ]). Nếu nghi ngờ nhiễm trùng ối, nên thay thế kháng sinh chỉ giúp dự phòng GBS bằng liệu pháp kháng sinh phổ rộng có khả năng bao phủ các nhiễm trùng đa vi sinh vật trong đó có cả GBS.

- Nếu sản phụ đang chuyển dạ đủ tháng với tình trạng xâm nhập GBS không rõ và không có các yếu tố nguy cơ để chỉ định dự phòng kháng sinh sau khi chuyển dạ nhưng có tiền sử xâm nhập GBS ở lần mang thai trước đó, có khả năng gia tăng nguy cơ GBS EOD ở trẻ sơ sinh. Với sự gia tăng nguy cơ này, điều hợp lý là thực hiện dự phòng kháng sinh sau khi chuyển dạ dựa trên tiền sử xâm nhập GBS của sản phụ. Các nhân viên y tế cũng có thể xem xét thảo luận về lựa chọn dự phòng kháng sinh theo kinh nghiệm sau khi chuyển dạ như một quá trình ra quyết định chung trong tình huống lâm sàng này.
- Penicillin tiêm tĩnh mạch vẫn là thuốc được lựa chọn để dự phòng sau khi chuyển dạ, với ampicillin tiêm tĩnh mạch là một lựa chọn thay thế có thể chấp nhận được. Các cephalosporin thế hệ một (ví dụ cefazolin) được khuyến cáo cho sản phụ bị dị ứng với penicilin cho thấy nguy cơ phản vệ thấp hoặc không rõ về mức độ nặng. Đối với sản phụ có nguy cơ phản vệ cao, clindamycin chỉ được khuyến cáo thay thế cho penicillin nếu kết quả phân lập GBS được biết là nhạy cảm với clindamycin.
- Ngoài ra, xét nghiệm dị ứng penicillin, nếu có, là an toàn trong thai kỳ và có thể có lợi cho tất cả những phụ nữ báo cáo bị dị ứng với penicillin, đặc biệt là những trường hợp gợi ý qua trung gian IgE, hoặc không rõ về mức độ nặng, hoặc cả hai. Việc xác định chắc chắn không có phản ứng quá mẫn type I sẽ loại bỏ nhu cầu sử dụng các thuốc thay thế penicillin để dự phòng GBS EOD và mang lại lợi ích lâu dài nếu điều trị bằng kháng sinh beta-lactam được chỉ định trong quản lý chăm sóc sức khỏe trong tương lai. Bởi vì hầu hết sản phụ bị dị ứng penicillin được báo cáo trên thực tế là có thể dung nạp với penicillin, xét nghiệm dị ứng penicillin ngày càng được sử dụng trong tất cả các lĩnh vực chăm sóc sức khỏe như một phần của sáng kiến quản lý kháng sinh, và mở rộng sử dụng nó được khuyến khích ở bệnh nhân sản khoa.
- Đối với những phụ nữ có nguy cơ phản vệ cao sau khi tiếp xúc với penicillin, phòng xét nghiệm yêu cầu trong chỉ định nuôi cấy sàng lọc GBS trước sinh (cho dù trên giấy hay trực tuyến trong bệnh án điện tử) phải cho

thấy rõ ràng có dị ứng penicillin. Bước này nhằm đảm bảo rằng yêu cầu xét nghiệm phân lập GBS về tính nhạy cảm với clindamycin được nhân viên phòng xét nghiệm biết và thực hiện, đồng thời giúp các nhân viên y tế hiểu tầm quan trọng của việc xem xét kết quả xét nghiệm đó.

- Vancomycin tiêm tĩnh mạch vẫn là lựa chọn duy nhất được kiểm chứng về mặt dược động học và vi sinh để dự phòng kháng sinh sau khi chuyển dạ ở sản phụ báo cáo bị dị ứng với penicilin có nguy cơ cao và kết quả phân lập GBS không nhạy cảm với clindamycin. Liều lượng vancomycin trong điều trị dự phòng GBS sau khi chuyển dạ phải dựa trên cân nặng và chức năng thận nền (20 mg/kg tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ, với tối đa 2 g với liều duy nhất.)
- Các can thiệp sản khoa, khi cần thiết, không nên bị trì hoãn chỉ vì dùng kháng sinh 4 giờ trước khi sinh. Những can thiệp như vậy bao gồm nhưng không giới hạn với việc dùng oxytocin, chọc ối, hoặc mổ lấy thai theo kế hoạch, có hoặc không có vỡ ối trước khi mổ lấy thai. Tuy nhiên, có một số sự thay đổi trong thực hành có thể được cho phép dựa trên nhu cầu của từng bệnh nhân để tăng cường sự tiếp xúc với kháng sinh sau khi chuyển dạ.