

điều trị và chăm sóc sau can thiệp tại Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai, cho phép đa số bệnh nhân ổn định và xuất viện sớm hơn. Sự rút ngắn thời gian nằm viện cho bệnh nhân NMCT đã được ghi nhận trên toàn cầu nhờ những tiến bộ trong hồi sức cấp cứu và chiến lược tái tưới máu sớm, so với thập niên 1990 khi thời gian nằm viện trung bình thường kéo dài hơn [4].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến nhịp chậm dai dẳng đến khi xuất viện ($p < 0,05$). Các yếu tố này bao gồm: block nhĩ thất, mức độ ST chênh lên cao hơn, có rối loạn vận động vùng và phân suất tống máu thất trái (LVEF) thấp hơn. Các mối liên quan đáng kể này chỉ ra mối liên hệ trực tiếp giữa mức độ tổn thương cơ tim và tính toàn vẹn của hệ thống dẫn truyền tim. Kích thước vùng nhồi máu lớn hơn hoặc nhồi máu xuyên thành có nhiều khả năng liên quan hoặc ảnh hưởng đáng kể đến nguồn cung cấp máu cho hệ thống dẫn truyền tim, dẫn đến rối loạn dẫn truyền nghiêm trọng hơn và có khả năng chậm hồi phục.

V. KẾT LUẬN

1. Xử trí rối loạn nhịp chậm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp bao gồm những bước xử trí cần bàn, đó là cung cấp oxy (chủ yếu qua đường họng), tiêm atropin tĩnh mạch và điều chỉnh các rối loạn điện giải, chủ yếu là kali máu. Những bệnh nhân BAV III do nhồi máu cơ tim cấp cần xem xét đặt máy tạo nhịp tạm thời. Can thiệp và tái tưới máu động mạch vành là cần thiết, giúp bệnh nhân sớm hồi phục được rối loạn nhịp chậm.

2. Block nhĩ thất độ cao, mức độ chênh của đoạn ST trên điện tâm đồ, phân số tống máu EF

thấp là những yếu tố góp phần làm chậm thời gian phục hồi nhịp tim bình thường của người bệnh nhồi máu cơ tim cấp đã được can thiệp tái tưới máu động mạch vành qua da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xu, X., et al., Burden of cardiac arrhythmias in patients with acute myocardial infarction and their impact on hospitalization outcomes: insights from China acute myocardial infarction (CAMI) registry. BMC Cardiovascular Disorders, 2024. 24(1): p. 218.
2. Kosmidou, I., et al., Incidence, Predictors, and Outcomes of High-Grade Atrioventricular Block in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention (from the HORIZONS-AMI Trial). Am J Cardiol, 2017. 119(9): p. 1295-1301.
3. Aguiar Rosa, S., et al., Complete atrioventricular block in acute coronary syndrome: prevalence, characterisation and implication on outcome. European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care, 2018. 7(3): p. 218-223.
4. Byrne, R.A., et al., 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes: developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care, 2024. 13(1): p. 55-161.
5. Kusumoto, F.M., et al., 2018 ACC/AHA/HRS guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. Journal of the American College of Cardiology, 2019. 74(7): p. e51-e156.
6. Rafla, S., S.W. Ayad, and M. Sanhoury, Study of Bradyarrhythmias in Acute Myocardial Infarction. Egyptian Journal of Critical Care Medicine, 2022. 9(2): p. 51-56.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ THAI PHỤ NHIỄM LIÊN CẦU KHUẨN NHÓM B, ĐẶC ĐIỂM KHÁNG SINH ĐỒ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC PHÚ QUỐC

Tạ Quốc Bản¹, Đầu Thị Tuyết Nhung¹, Trương Thảo Loan¹, Đinh Thị Thu Hương¹, Lâm Đức Tâm²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 11.9.2025

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B (GBS), đặc điểm kháng sinh đồ và một số yếu tố liên quan chủng GBS phân lập được tại Bệnh viện Vinmec Phú Quốc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc từ 05/2024 đến 05/2025 trên 522 thai phụ đến khám thai tuổi thai 35-37 tuần được lấy mẫu âm đạo-trực tràng nuôi cấy GBS, định danh và làm kháng sinh đồ theo chuẩn CLSI 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm GBS là 28,2%. Chủng GBS phân lập nhạy 100% với

Ampicillin, Vancomycin, Linezolid, Tigecycline; chỉ có 17,7% nhạy với Clindamycin và 20,4% nhạy Tetracycline. Một số yếu tố nguy cơ liên quan gồm đái tháo đường thai kỳ (OR=3,03), tiền sử sinh non (OR=3,45), và tiền sử phá thai (OR=2,23). Tuổi mẹ, tiền sử sẩy thai, viêm âm đạo, bạch cầu niệu chưa ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm GBS ở thai phụ tại Bệnh viện Vinmec Phú Quốc ở mức cao. Ampicillin vẫn là lựa chọn tối ưu, tuy nhiên cần xét nghiệm kháng sinh đồ cá thể hóa nếu dị ứng hoặc thất bại điều trị. Cần tầm soát GBS định kỳ đối với thai phụ, đặc biệt ở nhóm nguy cơ cao

Từ khóa: Thai phụ, liên cầu khuẩn nhóm B, tầm soát, kháng sinh đồ

SUMMARY

STUDY ON THE PREVALENCE OF GROUP B STREPTOCOCCUS INFECTION IN PREGNANT WOMEN, ANTIBIOGRAM CHARACTERISTICS, AND ASSOCIATED FACTORS AT VINMEC PHU QUOC INTERNATIONAL HOSPITAL

Objective: Determining the prevalence of Group B Streptococcus (GBS) in pregnant women, describe the antibiotic susceptibility profile, and identify associated risk factors of GBS strains isolated at Vinmec Phu Quoc International Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted at Vinmec Phu Quoc from May 2024 to May 2025. A total of 522 pregnant women at 35–37 weeks of gestation were screened for GBS by vaginal-rectal swab cultures. GBS identification and antibiotic susceptibility testing were performed according to CLSI 2024 standards. **Results:** The rate of GBS infection was 28,2%. Isolated GBS strains were 100% sensitive to Ampicillin, Vancomycin, Linezolid, and Tigecycline; only 17,7% were sensitive to Clindamycin and 20,4% to Tetracycline. Significant associated risk factors included gestational diabetes mellitus (OR=3,03), history of preterm birth (OR=3,45), and history of abortion (OR=2,23). Maternal age, history of miscarriage, current vaginitis, and pyuria were not statistically significant. **Conclusion:** The prevalence of GBS pregnant women at Vinmec Phu Quoc is relatively high. Ampicillin remains the optimal treatment; however, individualized antibiotic susceptibility testing is recommended in cases of allergy or treatment failure. Routine GBS screening is essential, especially for high-risk pregnant women.

Keywords: Pregnant women, Group B Streptococcus, screening, antibiotic susceptibility

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liên cầu khuẩn nhóm B (Streptococcus agalactiae-GBS) là một loại vi khuẩn thường trú tại đường sinh dục dưới và trực tràng ở phụ nữ, trong đó khoảng 10–30% thai phụ có thể mang GBS mà không có triệu chứng lâm sàng rõ rệt [1]. Tuy nhiên, vi khuẩn này là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm trùng sơ sinh sớm, bao gồm nhiễm trùng huyết, viêm màng não và viêm

phổi, với tỷ lệ tử vong sơ sinh có thể lên đến 10–15% nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời [2]. Theo hướng dẫn của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), việc sàng lọc GBS ở tất cả thai phụ từ tuần thai thứ 35–37, kết hợp với dự phòng kháng sinh trong chuyển dạ cho các trường hợp dương tính, được chứng minh làm giảm đáng kể nguy cơ lây truyền mẹ-con [1],[2]. Hiện nay, các kháng sinh β -lactam như Penicillin hoặc Ampicillin là lựa chọn điều trị hàng đầu do hiệu quả cao và tỷ lệ kháng thuốc thấp [3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu ở Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh và miền Trung cho thấy tỷ lệ thai phụ mang GBS dao động từ 13% đến 25% [4],[5]. Tuy nhiên, dữ liệu tại khu vực phía Nam-đặc biệt là các bệnh viện ngoài công lập như Vinmec Phú Quốc – còn tương đối hạn chế. Bên cạnh đó, một số yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng đến khả năng mang GBS như tuổi mẹ ≥ 35 , tiền sử sẩy thai, tiền sử phá thai, tiền sử sinh non ở thai, nhiễm trùng tiết niệu, đái tháo đường thai kỳ vẫn chưa được phân tích rõ trong nhiều nghiên cứu tại Việt Nam. Xuất phát từ đó, việc khảo sát tỷ lệ mang GBS ở thai phụ và phân tích một số yếu tố liên quan có ý nghĩa về mặt dịch tễ học mà còn giúp đưa ra chiến lược sàng lọc phù hợp, góp phần giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn sơ sinh, nâng cao chất lượng quản lý thai và giảm đáng kể các biến cố bất lợi cho thai phụ và trẻ sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Thai phụ đến khám thai và thực hiện xét nghiệm sàng lọc liên cầu khuẩn nhóm B tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc trong thời gian từ tháng 5/2024 đến 5/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Thai phụ mang thai đơn, đủ 35- 37 tuần.

Không sử dụng kháng sinh trong vòng 7 ngày trước khi lấy mẫu.

Thai phụ không đặt thuốc âm đạo, không giao hợp trong vòng 48 giờ trước khi lấy mẫu.

Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ có dấu hiệu chuyển dạ sớm hoặc nghi ngờ nhiễm trùng cấp tính tại thời điểm lấy mẫu.

Tình trạng thai phụ cấp cứu cần phải xử trí ngay: đau bụng, ra huyết âm đạo, ối vỡ, tăng huyết áp, tiền sản giật, khó thở,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu cần thiết cho mục tiêu chính được tính theo công thức nhằm ước lượng 1 tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối.

$$n = Z^2 \cdot \frac{\alpha}{2} \times \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n = cỡ mẫu cần thiết

Z = giá trị của phân phối Z tương ứng với α , $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

d: độ chính xác tuyệt đối, d = 0,05

Dựa theo nghiên cứu của Phùng Thị Lý (17,5%) tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City [4], xác định nhiễm GBS bằng phương pháp cấy kết quả là: n ≥ 222 trường hợp.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện, có kiểm soát tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.4. Tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Chọn lựa đối tượng phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu và tư vấn tham gia nghiên cứu

Bước 2: Lấy mẫu xét nghiệm GBS

Mẫu bệnh phẩm được lấy từ âm đạo và trực tràng bằng tăm bông vô khuẩn, theo đúng khuyến cáo của CDC và hướng dẫn CLSI 2024 [1][3].

Mẫu được nuôi cấy trong môi trường chọn lọc Todd-Hewitt, sau đó định danh vi khuẩn bằng hệ thống tự động và các trường hợp dương tính với GBS sẽ được làm kháng sinh đồ bằng phương pháp khuếch tán đĩa giấy (Kirby-Bauer).

Bước 3: Ghi nhận các trường hợp GBS dương tính, đặc điểm kháng sinh đồ, các yếu tố liên quan vào phiếu thu thập số liệu.

2.2.5. Xử lý số liệu. Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

Tỷ lệ nhiễm GBS được tính bằng thống kê mô tả.

Mối liên quan giữa nhiễm GBS và các yếu tố nguy cơ được kiểm định bằng kiểm định χ^2 (Chi-square).

Phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định một số yếu tố độc lập có liên quan đến tình trạng mang GBS, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

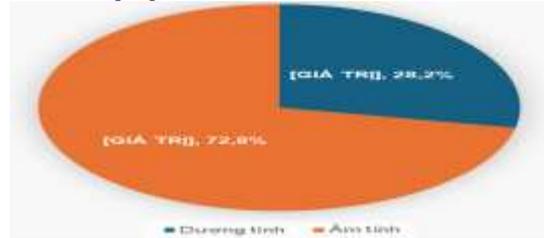
2.2.6. Ý đức. Nghiên cứu này được thực hiện sau khi được chấp thuận của hội đồng Khoa

học bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Vinmec Phú Quốc. Các bước nghiên cứu tuân thủ quy định về bảo mật thông tin và đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ mục đích và các bước tiến hành nghiên cứu và đồng thuận tham gia nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 05/2024 đến tháng 05/2025 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc, có 522 thai phụ có tuổi thai từ 35- 37 tuần được chọn vào nghiên cứu với kết quả như sau

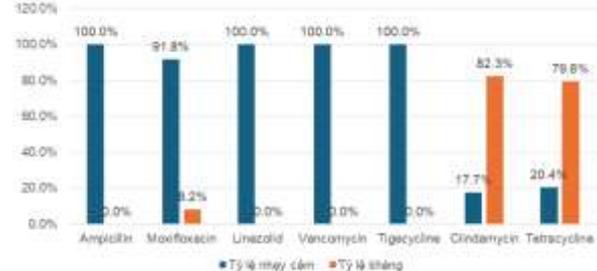
3.1. Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B



Biểu đồ 1. Tỷ lệ nhiễm GBS

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B trong nghiên cứu là 28,2%.

3.2. Kết quả kháng sinh đồ (n=147)



Biểu đồ 2. Kết quả kháng sinh đồ

Nhận xét: Tỷ lệ GBS nhạy cảm đối với kháng sinh Ampicillin, Linezolid, Vancomycin, Tigecycline là 100%. Tỷ lệ GBS nhạy cảm với Moxifloxacin 91,8%, nhạy cảm với Clindamycin là 17,7% và Tetracycline là 20,4%.

3.3. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B

Bảng 1: Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến

Đặc điểm	Nhiễm GBS		Tổng	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	Có n (%)	Không n (%)		OR (KTC95%)	p	OR (KTC95%)	p
Tuổi mẹ							
≥35	28 (26,9)	76 (73,1)	104	1,08 (0,67-1,75)	0,75	1,02 (0,61-1,71)	0,93
<35	119 (28,5)	299 (71,5)	418				
Đái tháo đường thai kỳ							
Có	48 (46,6)	55 (53,4)	103	2,82 (1,80-4,41)	<0,001	3,03 (1,89-4,83)	0,00
Không	99 (23,6)	320 (76,4)	419				
Tiền sử sảy thai							

Có	12 (23,5)	39 (76,5)	51	0,77 (0,39-1,51)	0,44	0,53 (0,25-1,12)	0,09
Không	135 (28,7)	336 (71,3)	471				
Tiền sử phá thai							
Có	27 (45,0)	33 (55,0)	60	2,33 (1,35-4,04)	0,002	2,23 (1,23-4,04)	0,009
Không	120 (26,0)	342 (74,0)	462				
Tiền sử sinh non							
Có	24 (52,2)	22 (47,8)	46	3,13 (1,69-5,78)	<0,001	3,45 (1,81-6,56)	0,000
Không	123 (25,8)	353 (74,2)	476				
Viêm âm đạo							
Có	28 (30,1)	65 (69,9)	93	1,12 (0,69-1,83)	0,65	1,29 (0,77-2,17)	0,34
Không	119 (27,7)	310 (72,3)	429				
Bạch cầu niệu							
≥1+	45 (33,8)	88 (66,2)	133	1,43 (0,94-2,20)	0,092	1,42 (0,91-2,23)	0,124
Không	102 (26,2)	287 (73,8)	389				

Nhận xét: Các yếu tố có ý nghĩa thống kê liên quan đến nhiễm GBS gồm: Đái tháo đường thai kỳ, tiền sử phá thai và sinh non. Đái tháo đường làm tăng nguy cơ nhiễm GBS khoảng 3 lần (OR = 3,03, p < 0,001). Tiền sử phá thai tăng nguy cơ nhiễm GBS 2,23 lần (OR = 2,23, p=0,009) Tiền sử sinh non là yếu tố nguy cơ mạnh với OR=3,450 (p < 0,001). Một số yếu tố khác không có ý nghĩa thống kê nhưng có xu hướng liên quan như bạch cầu niệu, tuổi mẹ, tình trạng viêm âm đạo trong thai kỳ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ thai phụ nhiễm GBS tại Vinmec Phú Quốc là 28,2%. Tham khảo nghiên cứu khác, kết quả của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu tại Việt Nam như nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội của Trần Thị Hồng năm 2021 có 13-17% [5], tại Bệnh viện Trung ương Huế của Nguyễn Văn An năm 2022 là 20 -25% [6], kết quả nghiên cứu tại Vinmec Times City của Phùng Thị Lý là 17,5%[4]. Sự khác biệt có thể do đặc điểm địa lý- Phú Quốc là khu vực du lịch, có sự giao lưu dân cư đa dạng và điều kiện khí hậu nhiệt đới ẩm, thuận lợi cho vi khuẩn phát triển. Phương pháp nuôi cấy- Nghiên cứu sử dụng môi trường chọn lọc Todd-Hewitt kết hợp định danh tự động (theo CLSI 2024), có độ nhạy cao hơn phương pháp thủ công truyền thống. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào thai phụ 35-37 tuần – nhóm nguy cơ cao theo khuyến cáo CDC [1]. Đáng chú ý, tỷ lệ nhiễm GBS trong nghiên cứu này tương đương với một số quốc gia có tỷ lệ cao như Ấn Độ (25-30%) và thấp hơn so với một số nước châu Phi (30-35%) [8].

4.2. Đặc điểm kháng sinh đồ. Về kháng sinh đồ, các chủng GBS phân lập được trong nghiên cứu này nhạy cảm cao với các kháng sinh Ampicillin, Linezolid, Vancomycin, Tigecycline là

100%. Tỷ lệ GBS nhạy cảm với Moxifloxacin 91,8%, tỷ lệ kháng với Clindamycin là 83,2% và Tetracycline là 79,6%. So sánh với nghiên cứu khác tại Huế (2022) tỷ lệ nhạy Ampicillin là 92%, tỷ lệ kháng Clindamycin, Tetracycline lần lượt là 62%, 72%[6]. Nghiên cứu tại Tp Hồ Chí Minh- tỷ lệ nhạy Ampicillin là 95%, tỷ lệ kháng Clindamycin, Tetracycline lần lượt là 60%, 70% [9]. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước và quốc tế, khẳng định Ampicillin vẫn là lựa chọn tối ưu để dự phòng, phù hợp khuyến cáo CDC/WHO [1], [2]. Tuy nhiên, tỷ lệ kháng Clindamycin cao (83,2%) là một thách thức đáng báo động, đặc biệt đối với thai phụ dị ứng Penicillin, vì Clindamycin thường được sử dụng thay thế trong trường hợp này. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của việc làm kháng sinh đồ để cá thể hóa điều trị.

4.3. Yếu tố nguy cơ liên quan. Một số yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến nhiễm GBS gồm: tuổi mẹ, đái tháo đường thai kỳ, tiền sử sẩy thai, tiền sử phá thai, tiền sử sinh non, viêm âm đạo đang điều trị, bạch cầu niệu. Những yếu tố này được chứng minh trong nhiều nghiên cứu khác như Chen et al. (2023), Nguyễn Thị Hải Yến (2023) và Nguyễn Thị Thanh Tú (2025). Ba yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ nhiễm GBS được xác định là đái tháo đường thai kỳ, tiền sử sinh non, tiền sử phá thai. Kết quả phân tích hồi quy cho thấy thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ nhiễm GBS cao hơn 3,03 lần so với thai phụ không mắc, với độ tin cậy 95% CI (1,89-4,83), p < 0,001. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Hồng tại Hà Nội (OR=2,1) [5]. Nguyễn Thị Thu Hằng (Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, 2020) ghi nhận đái tháo đường làm tăng nguy cơ GBS với tỷ lệ nhiễm cao gấp 2,7 lần so với nhóm không mắc [7]. Theo nghiên cứu của Ellem và cộng sự (Úc, 2021), đái tháo đường là yếu tố nguy cơ rõ rệt với GBS do làm suy giảm

miễn dịch, thay đổi môi trường âm đạo và tăng glycogen niêm mạc[1]. Tăng đường huyết làm suy giảm miễn dịch tại chỗ và tạo môi trường giàu dinh dưỡng cho vi khuẩn. Kết quả cho thấy thai phụ có tiền sử sinh non có nguy cơ nhiễm GBS tăng rõ rệt với OR = 3,45 (p<0,001). Đây là yếu tố nguy cơ cao nhất trong nghiên cứu này. Điều này phù hợp với nhận định rằng nhiễm GBS tiềm ẩn trước có thể gây ra viêm màng ối- vỡ ối sớm- sinh non. Tương đồng với báo cáo CDC: Sinh non làm tăng nguy cơ nhiễm GBS gấp 1,7-2,5 lần [1], CDC liệt kê sinh non là chỉ điểm nguy cơ cho nhiễm GBS trong thai kỳ [2]. Tại Việt Nam, Phạm Thị Minh Hương (BV Từ Dũ, 2021) cho thấy 40% thai phụ sinh non có GBS (+), cao hơn đáng kể so với nhóm sinh đủ tháng [9]. Đặc biệt, tỷ lệ nhiễm GBS ở nhóm thai phụ có tiền sử sinh non (52,2%) cao gấp đôi so với nhóm không có tiền sử (25,8%), phản ánh mối liên hệ chặt chẽ giữa GBS và các biến chứng thai kỳ.

Thai phụ có tiền sử phá thai có nguy cơ nhiễm GBS cao gấp 2,23 lần (p = 0,009). Kết quả này gợi ý rằng thủ thuật phá thai có thể gây tổn thương niêm mạc tử cung, tạo điều kiện cho GBS xâm nhập và những thay đổi ở niêm mạc âm đạo và cổ tử cung sau các thủ thuật can thiệp tử cung có thể tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn cư trú lâu dài. Tương đồng với nghiên cứu của Khuất Thị Hải Yến (Việt Nam, 2019) cũng ghi nhận tỷ lệ GBS cao hơn ở nhóm phụ nữ có ≥1 lần phá thai. Trong khi đó, nghiên cứu của Towers (Mỹ, 2017) không cho thấy mối liên quan rõ rệt, cho thấy có thể còn phụ thuộc vào điều kiện vệ sinh thủ thuật và thời gian mang thai lại sau phá thai. Đáng lưu ý, tuổi mẹ ≥ 35 không có ý nghĩa thống kê trong hồi quy đa biến (p = 0,534), tương tự một số nghiên cứu tại Cần Thơ và Hà Nội. Điều này cho thấy yếu tố tuổi không phải là yếu tố nguy cơ độc lập trong nhóm đối tượng nghiên cứu tại Việt Nam hiện nay. Viêm âm đạo đang điều trị không liên quan có ý nghĩa. Bạch cầu niệu (OR = 1,42; p = 0,124) có xu hướng liên quan nhưng chưa ý nghĩa thống kê, cần nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm GBS là 28,2%. GBS còn nhạy hoàn toàn với Ampicillin, Vancomycin, Linezolid nhưng kháng cao với Clindamycin, Tetracycline. Thai phụ có đái tháo đường thai kỳ tăng nguy cơ nhiễm GBS 3,03 lần (p < 0,001; KTC 95%: 1,89-4,83), tiền sử phá thai 2,23 lần (p = 0,009; KTC 95%: 1,23-4,04). Thai phụ có tiền sử sinh non tăng nguy cơ nhiễm GBS (p< 0,001; KTC 95% 1,81-6,56). Một số yếu tố tuổi, tiền sử sảy thai, viêm âm đạo, bạch cầu niệu không làm tăng tỷ lệ nhiễm GBS. Sàng lọc GBS nên được tăng cường ở nhóm thai phụ có các yếu tố nguy cơ nêu trên, đặc biệt trong bối cảnh chưa áp dụng sàng lọc GBS đại trà tại nhiều cơ sở. Cá thể hóa điều trị dự phòng dựa trên kháng sinh đồ và tình trạng dị ứng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. Updated 2020. MMWR. 2010;59(RR-10):1-36.
2. **World Health Organization.** Recommendations for prevention and treatment of maternal group B streptococcus disease. WHO; 2020.
3. **Viện Tiêu chuẩn Lâm sàng và Phòng thí nghiệm (CLSI).** Tiêu chuẩn thực hiện xét nghiệm kháng sinh đồ. Ấn bản lần thứ 34. CLSI bổ sung M100; 2024.
4. **Phùng Thị Lý, Nguyễn Quốc Tuấn, Trần Mạnh Linh.** Tỷ lệ mang liên cầu khuẩn nhóm B ở 35-37 tuần thai kỳ và hiệu quả của kháng sinh dự phòng lấy nhiễm trước sinh. Tạp chí Phụ sản, 2020, 18.3: 19-26.
5. **Trần Thị Hồng, Nguyễn Thị Lan, Phạm Văn Cường và cộng sự.** Tỷ lệ mang liên cầu khuẩn nhóm B ở thai phụ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Y học Thực hành. 2021;47(5):35-40.
6. **Nguyễn Văn An, Lê Thị Hồng, Trần Minh Tâm và cộng sự.** Khảo sát tình trạng mang GBS và kháng sinh đồ tại Bệnh viện Trưng Vương Huế. Tạp chí Y học Dự phòng. 2022;32(2):124-130.
7. **Nguyễn Thị Thu Hằng.** Tình trạng nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở thai phụ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tạp chí Y học Thực hành, 2020.
8. **Wadilo F, et al,** Prevalence of Group B Streptococcus maternal colonization, serotype distribution, and antimicrobial resistance in SubSaharan Africa: A systematic review and metaanalysis. J Glob Antimicrob Resist, 2023. 32: p. 134-144.
9. **Phạm Thị Minh Hương.** Yếu tố nguy cơ nhiễm GBS và hậu quả sơ sinh. Báo cáo nghiên cứu – BV Từ Dũ, 2021.