

giảm sự gắng sức của trẻ. Kèm theo, chỉ số SpO₂ có xu hướng tốt hơn với chỉ số SpO₂ trung bình trước điều trị là 91% tăng lên 96% sau điều trị 6 giờ và 98% sau điều trị 24 giờ, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Theo kết quả Bảng 3.5 cho thấy: nhóm thở máy sau bơm surfactant có thời gian thở máy là 44,8 (18,4 - 110,6) giờ. Thời gian thở CPAP sau cai máy là 114,0 (0 - 208,4)giờ. Hiện nay tại khoa Nhi Sơ sinh - cấp cứu bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cũng đang áp dụng phương pháp bơm Surfactant INSURE do đó cũng giảm đáng kể thời gian thở máy xâm nhập, thời gian thở CPAP sau bơm. Các trẻ đẻ quá non trung tâm hô hấp chưa hoàn thiện nên thời gian hỗ trợ hô hấp sau sinh kéo dài. Mặt khác trọng lượng liên quan mật thiết với tuổi thai do đó liên quan đến sự trưởng thành của phổi cũng như các nguy cơ khác ở trẻ đẻ non do đó có thể làm cho thời gian thở máy của bệnh nhân kéo dài hơn. Thời gian nằm viện trung bình của trẻ là $16,3 \pm 11,9$ ngày, tương tự như nghiên cứu của Hoàng Thị Đoàn thì trẻ có thời gian nằm viện trung bình là $17,53 \pm 10,2$ ngày⁸.

Kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh bằng sử dụng Surfactant cho thấy 53 trẻ được điều trị thành công, chiếm tỉ lệ 71,6%, điều trị thất bại 21 trẻ (28,4%). Những trường hợp thất bại chủ yếu thuộc nhóm bệnh màng trong giai đoạn IV, có tuổi thai nhỏ và cân nặng lúc sinh thấp, cũng như điểm Silverman cao không đáp ứng với điều trị mặc dù đã được điều trị bằng

surfactant tích cực.

V. KẾT LUẬN

Suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao. Điều trị thành công bằng bơm Surfactant chiếm tỷ lệ 71,6%. Những trường hợp thất bại chủ yếu thuộc nhóm trẻ sơ sinh có bệnh màng trong giai đoạn IV, tuổi thai nhỏ và cân nặng lúc sinh cực thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Satti, M. I., Ali, M. W., Irshad, A. & Shah, M. A. Studying infant mortality: A demographic analysis based on data mining models. Open Life Sciences 18, 20220643 (2023).
2. Sweet, D. G. et al. European consensus guidelines on the management of respiratory distress syndrome-2016 update. Neonatology 111, 107-125 (2017).
3. Hương, H. T. D. Bệnh lý phổi gây suy hô hấp sơ sinh. Sách giáo khoa nhi khoa, Nhà xuất bản y học, tr. 232-247 (2016).
4. Bộ môn Nhi Trường Đại học Y Hà Nội. in Bài giảng Nhi khoa Vol. tập 1 tr.167 - 177 (2013).
5. Garib, M. & al, e. Early versus late extubation after surfactant replacement therapy for respiratory distress syndrome. Egyptian Pediatric Association Gazette 63, p.1-5 (2015).
6. M.K, R. in Nelson Textbook of Pediatrics p.850 - 858 (Elsevier, 2016).
7. Bancalari, E. & Claure, N. Weaning preterm infants from mechanical ventilation. Neonatology 94, 197-202 (2008).
8. Đan, H. T. Kết quả sử dụng surfactant điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng tại Thái Nguyên, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên, 2017, tr. 60, (2017).

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ TÌNH TRẠNG NHIỄM STREPTOCOCCUS NHÓM B TRÊN THAI PHỤ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Vũ Hương Huyền¹, Nguyễn Hữu Trung², Phan Thị Hằng¹, Nguyễn Bảo Trại¹, Cao Thăng Long¹, Bùi Thị Kim Tuyền¹, Tô Lang Châu¹, Trần Hồng Thắm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) và các yếu tố với tình trạng nhiễm Streptococcus nhóm B (GBS) trên thai phụ đến khám tại Bệnh viện Hùng Vương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu chọn vào thai phụ có tuổi

thai từ tuần 24-28, đến khám và tầm soát ĐTĐTK từ 09/2024 đến tháng 03/2025 qua chọn mẫu thuận tiện. Nghiên cứu thu thập số liệu thông qua bộ câu hỏi và hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Kết quả trên 246 thai phụ với 86 thai phụ mắc ĐTĐTK cho thấy hơn 2/3 thai phụ có độ tuổi từ 25-34 tuổi. Có mối liên quan ý nghĩa thống kê về tình trạng mắc ĐTĐTK với nhiễm GBS (RR=1,49, KTC 95% 1,03 - 2,16, p=0,034). Các yếu tố liên quan khác bao gồm viêm âm đạo và tiền căn ĐTĐTK. **Kết luận:** ĐTĐTK có nguy cơ dẫn đến nhiễm GBS ở thai phụ. Cần đẩy mạnh công tác sàng lọc GBS đối với những thai phụ có nguy cơ cao và kiểm soát tình trạng viêm âm đạo, tiền căn ĐTĐTK để phòng ngừa nhiễm GBS cho thai phụ.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, nhiễm Streptococcus nhóm B, thai phụ

¹Bệnh viện Hùng Vương,

²Đại Học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Trung

Email: drtrung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 11.9.2025

SUMMARY**ASSOCIATION BETWEEN GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND GROUP B STREPTOCOCCUS COLONIZATION AMONG PREGNANT WOMEN ATTENDING HUNG VUONG HOSPITAL**

Objectives: To determine the association between gestational diabetes mellitus (GDM) and related factors with Group B Streptococcus (GBS) colonization among pregnant women attending antenatal care at Hung Vuong Hospital. **Methods:** This study enrolled pregnant women with gestational age between 24 and 28 weeks who underwent GDM screening from September 2024 to March 2025 using a convenient sampling method. Data were collected through structured questionnaires and medical records. **Results:** A total of 246 pregnant women were included, of whom 86 were diagnosed with GDM. More than 2/3 of participants were aged 25-34 years. The incidence of GBS colonization was significantly higher in the GDM group compared with the non-GDM group, with RR=1.49 (95% CI: 1.03–2.16, $p = 0.034$). Additional factors associated with GBS colonization included vaginal infection and a history of GDM. **Conclusion:** GDM increases the risk of GBS colonization in pregnant women. Enhanced screening for GBS is recommended in high-risk pregnant women, alongside management of vaginal infections and prior GDM history to prevent GBS colonization.

Keywords: Gestational diabetes mellitus, Group B Streptococcus, pregnant women

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Streptococcus nhóm B (Group B Streptococcus - GBS) là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm trùng sơ sinh khởi phát sớm, bao gồm nhiễm trùng huyết, viêm phổi, và viêm màng não trong tuần đầu sau sinh. Tỷ lệ nhiễm GBS ở thai phụ trên toàn cầu ước tính khoảng 18%, dao động theo khu vực từ 11% đến 35%. Tại Việt Nam, tỷ lệ nhiễm GBS dao động từ 17% đến 20,7% [2,4,5].

Giả thuyết về sự thay đổi về nội tiết và miễn dịch ở phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) có thể ảnh hưởng đến hệ vi sinh âm đạo và làm thay đổi khả năng phòng vệ niêm mạc, tạo điều kiện cho vi khuẩn GBS phát triển. Tuy nhiên, giả thuyết này vẫn chưa được thống nhất. Một số nghiên cứu báo cáo tỷ lệ phụ nữ mắc ĐTĐTK có nguy cơ mắc GBS cao hơn [6], trong khi một số khác không tìm thấy sự khác biệt rõ rệt [8].

Tại Việt Nam, nghiên cứu về mối liên quan giữa đái tháo đường và nhiễm GBS trong thai kỳ còn hạn chế. Các chương trình sàng lọc GBS chưa được triển khai rộng rãi, trong khi ĐTĐTK ngày càng phổ biến. Tại bệnh viện Hùng Vương, tỷ lệ ĐTĐTK là 24 -28% và chưa có nghiên cứu

nào đánh giá mối liên quan giữa ĐTĐTK và nhiễm GBS. Từ những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và tình trạng nhiễm Streptococcus nhóm B trên thai phụ đến khám tại Bệnh viện Hùng Vương" làm cơ sở định hướng sàng lọc GBS ở các nhóm nguy cơ cao và đề xuất các can thiệp dự phòng hiệu quả, giảm gánh nặng bệnh tật cho mẹ và trẻ sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Đoàn hệ tiến cứu từ tháng 09/2024 đến tháng 03/2025, tại Bệnh viện Hùng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y Đức của Bệnh viện Hùng Vương (số 7728/HĐĐĐ-BVHV).

Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ có tuổi thai từ 24 - 28 tuần đến khám và tầm soát ĐTĐTK, đồng thời đáp ứng các tiêu chí chọn mẫu bao gồm thai sống, dự sinh tại bệnh viện, không có vấn đề về sức khỏe tâm thần, không sử dụng thuốc ảnh hưởng đường huyết, không có chỉ định chấm dứt thai kỳ, chưa từng mắc đái tháo đường trước khi mang thai và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại ra các thai phụ có sử dụng kháng sinh 2 tuần, đặt thuốc hoặc rửa âm đạo trong 48 giờ, vỡ ối, chuyển dạ sinh trước tầm soát GBS.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức so sánh 2 tỉ lệ với $\alpha = 0,05$ và $\beta = 0,2$, tỉ lệ mẫu hai nhóm $r = n_2/n_1 = 0,5$. Tỷ lệ nhiễm GBS của thai phụ được tham khảo từ nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Lý [5] ở nhóm không ĐTĐTK là 16,3%, và nhóm ĐTĐTK là 34,7%. Sau khi dự trừ mất mẫu 10%, cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là 252 thai phụ với nhóm ĐTĐTK là 84 thai phụ và nhóm không ĐTĐTK là 168 thai phụ.

Phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu chọn mẫu thuận tiện, chọn thai phụ nhóm ĐTĐTK và không ĐTĐTK theo tỉ lệ 1:2 vào ngẫu nhiên 3 ngày trong tuần từ tháng 9/2024 đến tháng 3/2025.

Thu thập số liệu: Nghiên cứu thu thập số liệu về các đặc điểm chung, tiền căn sản khoa, đặc điểm trong thai kỳ thông qua bộ câu hỏi và hồ sơ bệnh án. Sau đó, thai phụ sẽ được xét nghiệm sàng lọc GBS tại tuần thai thứ 36 - 38.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm STATA 17.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu đưa vào phân tích 246 thai phụ với, có ĐTĐTK và không ĐTĐTK lần lượt là 86 và 160 thai

phụ. Thai phụ chủ yếu từ 25 – 29 tuổi và 30 – 34 tuổi, chiếm gần 2/3 tổng mẫu, thai phụ tuổi cao ở nhóm có mắc ĐTĐTK nhiều hơn so với nhóm không mắc với $p < 0,001$. Phân loại BMI của thai phụ trước mang thai ở nhóm có ĐTĐTK có tỉ lệ

thừa cân hoặc béo phì cao hơn so với nhóm không, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các đặc điểm tiền căn gồm sinh non, viêm âm đạo và ĐTĐTK đều được ghi nhận có liên quan ý nghĩa thống kê với ĐTĐTK trong kỳ thai này ($p < 0,05$). (Bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm chung và đặc điểm tiền căn của thai phụ

Đặc điểm		Tổng (n=246)	Đái tháo đường thai kỳ		p
			Có (n=86)	Không (n=160)	
Nhóm tuổi	18 - 24	38 (15,5)	6 (7,0)	32 (20,0)	<0,001^b
	25 - 29	82 (33,3)	20 (23,3)	62 (38,8)	
	30 - 34	77 (31,3)	32 (37,2)	45 (28,1)	
	≥ 35	49 (19,9)	28 (32,6)	21 (13,1)	
BMI trước mang thai	Nhẹ cân	28 (11,4)	4 (4,6)	24 (15,0)	0,026^b
	Bình thường	131 (53,3)	45 (52,3)	88 (53,7)	
	Thừa cân	35 (14,2)	12 (14,0)	23 (14,4)	
	Béo phì	52 (21,1)	25 (29,1)	27 (16,9)	
Số lần sinh	Con so	136 (55,3)	42 (48,8)	94 (58,8)	0,136 ^b
	Con đẻ	110 (44,7)	44 (51,2)	66 (41,2)	
Tiền căn sinh non	Có	8 (7,2)	6 (13,4)	2 (3,0)	0,058^c
	Không	102 (96,8)	38 (86,6)	158 (97,0)	
Tiền căn viêm âm đạo	Có	6 (2,4)	5 (5,8)	1 (0,6)	0,021^c
	Không	240 (97,6)	81 (94,2)	65 (99,4)	
Tiền căn viêm âm đạo thai kỳ	Có	7 (2,8)	3 (3,5)	4 (2,5)	0,698 ^c
	Không	239 (97,2)	83 (96,5)	156 (97,5)	
Tiền căn ĐTĐTK	Có	11 (4,5)	9 (10,5)	2 (1,2)	0,002^c
	Không	235 (95,5)	77 (89,5)	158 (98,8)	

^b Kiểm định Chi bình phương; ^c Kiểm định chính xác Fisher

Trong quá trình theo dõi thai phụ có 19 trường hợp có glucose trong nước tiểu với phần lớn ở được ghi nhận ở nhóm có ĐTĐTK ($p < 0,007$). Các tình trạng viêm âm đạo và bạch cầu niệu không có khác biệt đáng kể giữa nhóm có ĐTĐTK và không ĐTĐTK ($p > 0,05$). (Bảng 2)

Bảng 2. Đặc điểm các bệnh lý sinh dục tiết niệu phân theo đái tháo đường thai kỳ

Đặc điểm		Tổng (n=246)	Đái tháo đường thai kỳ		p
			Có (n=86)	Không (n=160)	
Glucose trong nước tiểu	Có	19 (7,7)	12 (14,0)	7 (4,4)	0,007^b
	Không	227 (92,3)	74 (86,0)	153 (95,6)	
Viêm âm đạo	Không	207 (84,1)	68 (79,1)	139 (86,9)	0,265 ^b
	Nấm	25 (10,2)	12 (14,0)	13 (8,1)	
	Nhiễm khuẩn	14 (5,7)	6 (7,0)	8 (5,0)	
Bạch cầu niệu	Có	13 (5,3)	5 (5,8)	8 (5,0)	0,786 ^c
	Không	233 (94,7)	81 (94,2)	154 (95,0)	

^b Kiểm định Chi bình phương; ^c Kiểm định chính xác Fisher

Đánh giá trên kết quả cấy GBS của 246 thai phụ tham gia nghiên cứu cho thấy tỉ lệ nhiễm GBS là 30,1%, trong đó, tỉ lệ kháng thuốc chiếm 6,8%. Đối với nhóm thai phụ có mắc ĐTĐTK ở tuần 24-26 được đánh giá ban đầu, tỉ lệ nhiễm GBS khi đánh giá sàng lọc ở tuần thai 36-38 được ghi nhận cao hơn so với nhóm không mắc ĐTĐTK (39,5% so với 25%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,018$. Đồng thời, sự khác biệt giữa GBS kháng thuốc và tình trạng ĐTĐTK cũng được ghi nhận có mối liên quan ý nghĩa thống kê với $p = 0,017$. (Bảng 3)

Bảng 3. Mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và nhiễm Streptococcus nhóm B

Đặc điểm		Tổng (n=246)	Đái tháo đường thai kỳ		p
			Có (n=86)	Không (n=160)	
Kết quả cấy GBS	Có	74 (30,1)	34 (39,5)	40 (25,0)	0,018^b
	Không	172 (69,9)	52 (60,5)	120 (75,0)	
GBS kháng thuốc (n = 74)	Có	5 (6,8)	5 (14,7)	0 (0)	0,017^c
	Không	69 (93,2)	29 (85,3)	40 (100)	

^b Kiểm định Chi bình phương; ^c Kiểm định chính xác Fisher

Ở phân tích đơn biến, các yếu tố có mối liên ý quan đến tình trạng nhiễm GBS sau khi hiệu chỉnh theo tình trạng ĐTĐTK bao gồm tiền căn viêm âm đạo thai kỳ, tiền căn ĐTĐTK và viêm âm đạo thai kỳ, với p < 0,05. (Bảng 4)

Bảng 4. Mối liên quan đơn biến giữa các yếu tố và nhiễm Streptococcus nhóm B

Đặc điểm	Kết quả cấy GBS		RR (KTC 95 %)	P	
	Có (n=74)	Không (n=172)			
Nhóm tuổi	18 - 24	10 (26,3)	28 (73,7)	1	
	25 - 29	27 (32,9)	55 (67,1)	1,19 (0,64 - 2,22)	0,583
	30 - 34	22 (28,6)	55 (71,4)	0,94 (0,49 - 1,80)	0,855
	≥ 35	15 (30,6)	34 (69,4)	0,93 (0,46 - 1,91)	0,850
BMI trước mang thai	Nhẹ cân	6 (21,4)	22 (78,6)	1	
	Bình thường	41 (31,3)	90 (68,7)	1,31 (0,62 - 2,78)	0,479
	Thừa cân	16 (45,7)	19 (54,3)	1,92 (0,87 - 4,22)	0,107
	Béo phì	11 (21,2)	41 (78,8)	0,83 (0,35 - 1,98)	0,672
Số lần sinh	Con so	40 (29,4)	96 (70,6)	1	
	Con rạ	34 (30,9)	76 (69,1)	1,01 (0,69 - 1,47)	0,976
Tiền căn sinh non	Có	2 (25,0)	6 (75,0)	0,68 (0,21 - 2,23)	0,527
	Không	72 (30,3)	166 (69,7)	1	
Tiền căn viêm âm đạo	Có	3 (50,0)	3 (50,0)	1,37 (0,62 - 3,04)	0,434
	Không	71 (29,6)	169 (70,4)	1	
Tiền căn viêm âm đạo thai kỳ	Có	4 (57,1)	3 (42,9)	1,88 (1,07 - 3,31)	0,029
	Không	70 (29,3)	169 (70,7)	1	
Tiền căn ĐTĐTK	Có	8 (72,7)	3 (27,3)	2,15 (1,26 - 3,67)	0,005
	Không	66 (28,1)	169 (71,9)	1	
Glucose niệu	Có	7 (36,8)	12 (63,2)	1,09 (0,60 - 1,99)	0,782
	Không	67 (29,5)	160 (70,5)	1	
Viêm âm đạo	Không	53 (25,6)	154 (74,4)	1	
	Nấm	11 (44,0)	14 (56,0)	1,62 (0,98 - 2,67)	0,062
	Vi khuẩn	10 (71,4)	4 (28,6)	2,68 (1,79 - 4,00)	<0,001
Bạch cầu niệu	Có	4 (30,8)	9 (69,2)	1,01 (0,44 - 2,31)	0,988
	Không	70 (30,0)	163 (70,0)	1	

* Mô hình hồi quy Poisson hiệu chỉnh theo Đái tháo đường thai kỳ

Sau khi đưa vào mô hình phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi ghi nhận các yếu tố có mối liên quan đến nhiễm GBS bao gồm viêm âm đạo và ĐTĐTK. Cụ thể, thai phụ có nhiễm khuẩn có nguy cơ nhiễm GBS cao hơn 2,68 lần so với nhóm không, p < 0,001 và thai phụ có mắc ĐTĐTK có nguy cơ nhiễm GBS cao hơn 1,49 lần so với nhóm không mắc ĐTĐTK, p=0,34. (Bảng 5)

Bảng 5. Hồi quy đa biến các yếu tố liên quan với nhiễm Streptococcus nhóm B ở thai phụ

Đặc điểm (n = 246)	Đa biến		
	RR hiệu chỉnh (KTC 95%)	P hiệu chỉnh	
Viêm âm đạo	Không	1	
	Nấm	1,62 (0,98-2,67)	0,062
	NK	2,68 (1,79-4,00)	<0,001
ĐTĐTK	Có so với không	1,49 (1,03-2,16)	0,034

* Mô hình hồi quy đa biến Poisson

Trong nhóm thai phụ mắc ĐTĐTK, tỉ lệ nhóm thai phụ có đường huyết ổn định, tuân thủ tiết chế có nguy cơ nhiễm GBS thấp hơn với RR đều bằng 0,51 so với nhóm không, có ý nghĩa thống kê. Đồng thời, tỉ lệ thai phụ có tình trạng tăng tinh bột đường huyết cao ghi nhận tỉ lệ nhiễm GBS cao hơn với RR = 2,34 lần so với nhóm không tăng với p < 0,001. (Bảng 6)

Bảng 6. Một số đặc điểm liên quan đến nhiễm Streptococcus nhóm B ở thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ

Đặc điểm (n = 86)	Kết quả cấy GBS		RR (KTC 95%)	p	
	Có (n=34)	Không (n=51)			
Đường huyết ổn định	Có	27 (35,5)	49 (64,5)	0,51 (0,30 - 0,84)	0,009

	Không	7 (70,0)	3 (30,0)	1	
Tuân thủ chế độ dinh dưỡng tiết chế	Có	24 (33,8)	47 (66,2)	0,51 (0,31 - 0,82)	0,006
	Không	10 (66,7)	5 (33,3)	1	
Tăng tinh bột có chỉ số đường huyết cao	Có	10 (76,9)	3 (23,1)	2,34 (1,50 - 3,65)	<0,001
	Không	24 (32,9)	49 (67,1)	1	

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Phần lớn tuổi của thai phụ trong nghiên cứu tập trung ở hai nhóm tuổi 25–29 và 30–34, chiếm tỷ lệ lần lượt 33,3% và 31,3% và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhóm tuổi giữa nhóm mắc và không mắc ĐTĐTK ($p < 0,001$). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tú (2025) với đa số thai phụ tham gia nghiên cứu từ 26 – 34 tuổi[3]. Bên cạnh đó, nhóm thai phụ từ 35 tuổi trở lên chiếm 19,9%, và 8 trường hợp trên 40 tuổi. Điều này cho thấy xu hướng sinh con muộn hiện nay, có thể dẫn đến các biến cố bất lợi sản khoa như tiền sản giật, nguy cơ lệch bội, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung.

Thông kê chỉ số BMI của thai phụ trước thai kỳ cho thấy tỉ lệ béo phì ở nhóm ĐTĐTK cao gần gấp đôi nhóm không mắc (29,1% so với 16,9%) với $p = 0,026$. Thừa cân và béo phì là một yếu tố liên quan đến nhiều tình trạng nội khoa và miễn dịch bất lợi, vì thế cũng liên quan nhiều biến cố trong thai kỳ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 55,3% thai phụ mang thai con so. Điều này có thể lý giải do xu hướng lập gia đình và bắt đầu có con muộn hơn ở phụ nữ hiện nay. Nghiên cứu cũng ghi nhận các tiền căn sinh non, viêm âm đạo và ĐTĐTK ở cả 2 nhóm mắc và không mắc ĐTĐTK trong lần mang thai này, với tỉ lệ các tiền căn dao động từ 2,4 đến 7,3%

Mối liên quan giữa nhiễm GBS và ĐTĐTK. Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối liên quan ý nghĩa thống kê giữa trình trạng nhiễm GBS và tình trạng ĐTĐTK. Theo đó, nhóm thai phụ có ĐTĐTK có nguy cơ nhiễm GBS gấp 1,49 lần so với nhóm không có đái tháo đường với KTC 95% (1,03 – 2,16) và $p=0,034$. Mối liên quan này được ghi nhận tương tự trong nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Lý (2021) [5] với nhóm thai phụ mắc ĐTĐTK có tỉ lệ nhiễm GBS là 34,7%, cao hơn so với 16,3% ở nhóm không mắc ĐTĐTK, đồng thời làm tăng nguy cơ mang GBS gấp 5,3 lần (OR = 5,3; KTC 95%: 3,4 – 8,3; $p < 0,001$). Tương tự, kết quả nghiên cứu của tác giả Huỳnh Hoàng Tuấn (2023) [1] cũng cho thấy nguy cơ nhiễm GBS ở nhóm thai phụ ĐTĐTK cao hơn đáng kể so với nhóm không mắc, với OR = 5,6 (KTC 95%: 3,2 – 10,0; $p < 0,01$). Nhìn chung, ĐTĐTK có thể làm suy yếu các

cơ chế phòng vệ quan trọng của thai phụ, bao gồm khả năng miễn dịch và sự cân bằng hệ vi sinh vật âm đạo, từ đó góp phần làm tăng nguy cơ nhiễm GBS thông qua việc tác động đến số lượng và chức năng các tế bào miễn dịch [7]. Ngoài ra, các kết quả về kiểm soát đường huyết ổn định có khả năng giảm nguy cơ nhiễm GBS ở nhóm thai phụ mắc ĐTĐTK cũng được ghi nhận trong nghiên cứu chúng tôi, điều này làm nổi bật vai trò then chốt của việc quản lý đường huyết và dinh dưỡng hợp lý trong phòng ngừa nhiễm khuẩn trong thai kỳ. Các nghiên cứu đều thống nhất rằng ĐTĐTK là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với tình trạng nhiễm GBS và cần được xem xét trong chiến lược sàng lọc và quản lý thai kỳ.

Các yếu tố liên quan đến nhiễm GBS.

Các yếu tố khác được tìm thấy có mối liên quan ý nghĩa thống kê với GBS sau khi kiểm soát tình trạng ĐTĐTK bao gồm tiền căn viêm âm đạo thai kỳ và tiền căn ĐTĐTK. Cụ thể những thai phụ có tiền căn viêm âm đạo thai kỳ có nguy cơ nhiễm GBS cao gấp 1,88 lần so với nhóm không có tiền căn với $p=0,029$. Viêm âm đạo là sự thay đổi hệ sinh vật với sự biến mất của vi khuẩn Lactobacilli và sự phát triển quá mức của các vi khuẩn, nấm, trong đó có vi khuẩn kỵ khí như Streptococcus nhóm B. Đồng thời, thai phụ ĐTĐTK có tiền căn ĐTĐTK nguy cơ nhiễm Streptococcus nhóm B gấp 2,15 lần so với nhóm thai phụ đái tháo đường không có tiền căn ĐTĐTK với KTC 95% (1,26 – 3,67) và $p=0,005$. Đái tháo đường trong lần mang thai trước có thể để lại dấu ấn miễn dịch lâu dài. Các nghiên cứu tương lai nên đánh giá hệ vi sinh vật trực tràng - âm đạo ở phụ nữ mắc ĐTĐTK theo nhiều thời điểm khác nhau, đồng thời xem xét tác động của chất lượng và kiểu ăn uống đến kiểm soát đường huyết và hệ vi sinh vật.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan ý nghĩa thống kê giữa tình trạng ĐTĐTK và nhiễm GBS ở phụ nữ mang thai với tỉ lệ nhiễm GBS cao hơn ở nhóm mắc ĐTĐTK. Ngoài ra, các yếu tố khác có nguy cơ dẫn đến nhiễm GBS được tìm thấy bao gồm viêm âm đạo và tiền căn ĐTĐTK. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc tầm soát GBS trong các lần mang thai và giáo dục sức khỏe về vệ sinh âm đạo sản phụ khoa là hết sức quan trọng trong việc phòng ngừa nhiễm GBS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Hoàng Tuấn, Lâm Đức Tâm, Trịnh Thị Hồng Cúa, Trần Ngọc Dung.** Mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và nhiễm liên cầu nhóm B trên thai phụ tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;5232(2).
2. **Nguyễn Thị Hải Yến, Nguyễn Quang Bắc.** Tỷ lệ nhiễm và một số yếu tố liên quan gây nhiễm liên cầu B ở phụ nữ mang thai. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;533(2).
3. **Nguyễn Thị Thanh Tú, Vũ Thị Nhung.** Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B âm đạo – trực tràng và các yếu tố liên quan ở thai phụ 36–37 tuần 6 ngày tại Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản Bình Dương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;549(3).
4. **Nguyễn Thị Vĩnh Thành, Ngô Kim Phụng.** Tỷ lệ thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B tại Bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2009;13(1):82-86.
5. **Phùng Thị Lý, Nguyễn Thu Hoài, Nguyễn Thị Hương Linh, Nguyễn Thị Tân Sinh.** Đái tháo đường thai kỳ tăng tỷ lệ mang liên cầu khuẩn nhóm B. Tạp chí Phụ sản. 2021;19(2):54-60.
6. **Akhlaghi F, Hamed A, Nasab M.** Comparison of Group B Streptococcal Colonization in the Pregnant Diabetic and Non-Diabetic Women. Acta Med Iran. 2009;47:103-108.
7. **McElwain CJ, McCarthy FP, McCarthy CM.** Gestational diabetes mellitus and maternal immune dysregulation: what we know so far. Int J Mol Sci. 2021;22(8):4261.
8. **Mercado-Evans V, Zulk JJ, Hameed ZA, Patras KA.** Gestational diabetes as a risk factor for GBS maternal rectovaginal colonization: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):488.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC Ở BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CẤP HÓA CHẤT BẢO VỆ THỰC VẬT MỚI NỔI CÓ TỔN THƯƠNG THẦN KINH TRUNG ƯƠNG

Vũ Thị Diễm Quỳnh¹, Hà Trần Hưng^{1,2}, Nguyễn Trung Nguyên²,
Vũ Văn Khâm², Nguyễn Huy Tiến^{1,2}, Nguyễn Tiến Đạt², Nguyễn Văn Quân¹

TÓM TẮT

Ngộ độc cấp một số hóa chất bảo vệ thực vật (HCBVTV) mới nổi như fluoroacetate, glufosinate và diquat có độc tính cao trên hệ thần kinh trung ương (TKTW), thường gây tử vong hoặc di chứng nặng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh MRI sọ não ở bệnh nhân ngộ độc cấp HCBVTV mới nổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu trên 98 bệnh nhân ngộ độc cấp fluoroacetate, glufosinate và diquat điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai từ 01/2024 đến 06/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 41 ± 15,7 năm, trong đó nam giới chiếm 58,2%. Fluoroacetate là tác nhân phổ biến nhất (73,5%), tiếp theo glufosinate (15,3%) và diquat (11,2%). Triệu chứng khởi phát chủ yếu là tiêu hóa (54,2-100%), trong đó fluoroacetate và glufosinate còn có triệu chứng thần kinh sớm (30,6-40%). Glufosinate gây rối loạn ý thức (66,7% Glasgow ≤14), fluoroacetate thường gây co giật và tăng trương lực cơ, còn diquat đa số hôn mê xuất hiện muộn hơn và tỷ lệ tử vong cao (72,3%). MRI cho thấy fluoroacetate gây tổn thương lan tỏa chất trắng, đặc trưng tại thể trãi (95,8%) và trung tâm bán cầu dục (59,7%), glufosinate ưu thể thể trãi (86,7%), diquat chủ yếu tổn thương thân não (cầu não 63,6%, hành não

36,4%), kèm phù não (36,4%) và thoát vị não (9,1%). **Kết luận:** Ngộ độc cấp HCBVTV mới nổi có đặc điểm khác biệt về lâm sàng và hình ảnh MRI. MRI sọ não là công cụ hữu ích góp phần hỗ trợ chẩn đoán, tiên lượng và định hướng điều trị.

Từ khóa: fluoroacetate, glufosinate, diquat, cộng hưởng từ sọ não, tổn thương thần kinh trung ương.

SUMMARY

CLINICAL AND NEUROIMAGING CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH ACUTE POISONING FROM EMERGING PESTICIDES WITH CENTRAL NERVOUS SYSTEM INJURY

Background: Acute emerging pesticide poisonings such as fluoroacetate, glufosinate, and diquat exhibit high neurotoxicity to the central nervous system (CNS), often resulting in death or severe sequelae. **Objective:** To describe the clinical and brain MRI characteristics of patients with acute poisoning from emerging pesticides. **Methods:** A observational study was conducted on 98 acute poisoned patients by fluoroacetate, glufosinate, and diquat treated at the Poison Control Center of Bach Mai Hospital, from January 2024 to June 2025. **Results:** The mean patient age was 41 ± 15.7 years old, with males accounting for 58.2%. Fluoroacetate was the most common agent (73.5%), followed by glufosinate (15.3%) and diquat (11.2%). Gastrointestinal symptoms were the most common onset symptoms (54.2-100%), while fluoroacetate and glufosinate also caused early neurological manifestations (30.6-40%). Glufosinate frequently

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng

Email: hatranhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025