

- "Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials", *The Lancet*. 376(9753), 1670-1681.
2. Mach, F., Baigent, C., Catapano, A. L., Koskinas, K. C, et. al. (2023), "ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice", *European Heart Journal*. 44(24), 1543-1636.
 3. Ference, B. A., Graham, I., Tokgozoglu, L., & Catapano, A. L. (2019), "Impact of lipids on cardiovascular health: JACC Health Promotion Series.", *Journal of the American College of Cardiology*. 72(10), 1141-1156.
 4. Nguyễn Thị Hoài An, Nguyễn Lâm Việt và Tuấn., Nguyễn Quang (2021), "Thực trạng kiểm soát lipid máu ở bệnh nhân bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch tại Bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 102, 35-42.
 5. De Bacquer, D., Astin, F., Kotseva, K., et al (2020), "Poor adherence to lifestyle recommendations in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE surveys.", *European Journal of Preventive Cardiology*,. 29(2), 152-161.
 6. Zhao, M., Cooney, M. T., Klipstein-Grobusch, K (2022), "Simplifying the audit of risk factor control: A comparison of the care gap in patients with coronary heart disease across Europe", *European Journal of Preventive Cardiology*,. 29(2), 179-189.
 7. Ference, B. A., Ginsberg, H. N., Graham, I (2017), "Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease: 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies.", *European Heart Journal*. 38(32), 2459-2472.
 8. Rodriguez, F., Maron, D. J., Knowles, et al (2020), "Association of statin adherence with mortality in patients with atherosclerotic cardiovascular disease. ", *JAMA Cardiology*. 4(3), 206-213.
 9. Boekholdt, S. M., Hovingh, G. K., Waters, D. D., et al. (2014), "Very low levels of atherogenic lipoproteins and the risk for cardiovascular events: a meta-analysis of statin trials.", *Journal of the American College of Cardiology*. 64(5), 485-494.
 10. Kim, S. J., Kwon, O. D., Kim, K. S., et al. (2021), "Prevalence, awareness, treatment, and control of dyslipidemia among diabetes mellitus patients and predictors of optimal dyslipidemia control: results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey", *Lipids in Health and Disease*. 20(1), 102-113.

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

Nguyễn Thị Thanh Tú¹, Vũ Thị Nhung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B âm đạo – trực tràng ở thai phụ 36 - 37 tuần 6 ngày và các yếu tố liên quan tại Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản Bình Dương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang khảo sát 222 thai phụ có tuổi thai từ 36- 37 tuần 6 ngày, đến khám tại phòng khám thai TTCSSKS Bình Dương được làm xét nghiệm GBS bằng phương pháp nuôi cấy. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm GBS là 14,9%, (KTC 95% 0,1- 0,2), thai phụ có tiền căn phá thai 1 lần tăng nguy cơ nhiễm GBS [$p < 0,001$; PR = 26,338; KTC 95% 7,008 – 98,983] và phá thai 2 lần ($p = 0,003$; PR = 26,530, KTC 95% 3,001 – 233,77). Thai phụ có tiền căn sinh non tăng nguy cơ nhiễm GBS ($p = 0,008$; PR 13,823, KTC 95%: 1,961- 97,442). Ngoài ra, các yếu tố tuổi, số lần sinh, dân tộc, giao hợp trong thai kỳ, cách vệ sinh, nguồn nước không làm

tăng tỷ lệ nhiễm GBS. **Kết luận:** Tầm soát sớm sẽ giúp phát hiện các trường hợp nhiễm GBS để có biện pháp dự phòng kịp thời, tránh các biến chứng nghiêm trọng cho mẹ và bé. **Từ khóa:** Liên cầu khuẩn nhóm B, âm đạo, trực tràng

SUMMARY

RATE OF STREPTOCOCCUS GROUP B VAGINAL-RECTAL AND RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN AT 36-37 WEEKS AND 6 DAYS AT BINH DUONG REPRODUCTIVE HEALTHCARE CENTER

Objective: Rate of vaginal-rectal Streptococcus group B infection in pregnant women at 36-37 weeks and 6 days and related factors at Binh Duong Reproductive Health Care Center. **Methods:** Cross-sectional study of 222 pregnant women with a gestational age of 36-37 weeks and 6 days, who visited the Binh Duong Reproductive Health Care Center for prenatal examination and were tested for GBS by culture. **Results:** The rate of GBS infection was 14.9%, (95% CI 0.1-0.2), pregnant women with a history of 1 abortion increased the risk of GBS infection [$p < 0.001$; PR = 26.338; 95% CI 7.008 – 98.983] and 2 abortions ($p = 0.003$; PR = 26.530, 95% CI 3.001 – 233.77). Pregnant women with a history of premature birth have an increased risk of

¹Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản Bình Dương

²Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: nguyenthithanhtu2015@gmail.com.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 21.4.2025

GBS infection ($p = 0.008$; PR 13.823, 95% CI: 1.961-97.442). In addition, factors such as age, number of births, ethnicity, intercourse during pregnancy, hygiene, and water source do not increase the rate of GBS infection. **Conclusion:** Early screening will help detect cases of GBS infection so that timely preventive measures can be taken to avoid serious complications for mothers and babies. **Keywords:** Streptococcus Group B, vagina, rectum

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B (Group B Streptococcus, viết tắt là GBS, còn gọi là Streptococcus agalactiae) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra các biến chứng nặng nề trong thai kỳ. Mỗi năm, GBS gây ra khoảng 150.000 ca thai chết lưu và tử vong ở trẻ sơ sinh trên toàn cầu. GBS thường khu trú trong hệ thống tiêu hóa và đường sinh dục dưới của phụ nữ. Điều này làm tăng nguy cơ lây truyền từ mẹ sang thai nhi trong suốt thai kỳ, đặc biệt là qua nước ối hoặc trực tiếp khi sinh, nhất là trong quá trình chuyển dạ hoặc khi ối vỡ. Trẻ sơ sinh, do hệ miễn dịch chưa hoàn thiện, rất dễ bị tổn thương bởi GBS. Trong trường hợp không được điều trị, GBS có thể gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng, bao gồm viêm màng não và nhiễm trùng huyết, là những nguyên nhân chính gây tử vong hoặc để lại di chứng lâu dài như mất thính lực, thị lực, thậm chí là bại não. Đối với mẹ, GBS có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn ối, vỡ ối non, nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết, sinh non, viêm nội mạc tử cung sau sinh, gia tăng nguy cơ nhiễm trùng hậu sản.

Tại Việt Nam, tỷ lệ thai phụ mang GBS theo các nghiên cứu vào khoảng 7,6 – 18,57% [1],[2]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vũ Quốc Huy năm 2023 tại bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec, tỷ lệ nhiễm GBS ở thai phụ từ 36 tuần trở lên được xác định bằng phương pháp nuôi cấy là 7,6% [2]. Những con số này tuy chưa đạt mức báo động như các quốc gia khác, nhưng vẫn đủ để cảnh báo về mức độ nguy hiểm tiềm tàng của vi khuẩn này đối với sức khỏe mẹ và trẻ sơ sinh tại Việt Nam. Các nghiên cứu cho thấy rằng mẫu cấy GBS có độ chính xác cao trong việc dự đoán tình trạng nhiễm GBS khi sinh nếu mẫu cấy được thu thập trong vòng 5 tuần trước khi sinh.

Bình Dương là một tỉnh có tốc độ phát triển nhanh về kinh tế và dân số, Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản (TTCSSKSS) đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh. Mỗi năm, trung tâm tiếp nhận hàng nghìn trường hợp khám thai và sinh đẻ. Tuy nhiên, đến nay, việc sàng lọc GBS ở thai phụ

vẫn chưa được thực hiện thường quy. Do đó, để góp phần nâng cao chất lượng quản lý thai và giảm đáng kể các biến cố bất lợi cho thai phụ và trẻ sơ sinh, chúng tôi thực hiện đề tài: xác định 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 TTCSSKSS Bình Dương. Kết quả của nghiên cứu có thể cung cấp thêm chứng cứ y khoa cho các đồng nghiệp trong mạng lưới SKSS của tỉnh nhà để thực hiện tốt hơn công tác tư vấn và chăm sóc sức khỏe thai phụ và thai nhi góp phần giảm bệnh suất và tử suất cho trẻ sơ sinh đồng thời trả lời cho câu hỏi nghiên cứu "*Tỷ lệ nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B âm đạo – trực tràng ở thai phụ 36 - 37 tuần 6 ngày tại TTCSSKSS là bao nhiêu?*"

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B âm đạo – trực tràng ở thai phụ 36 - 37 tuần 6 ngày và các yếu tố liên quan tại TTCSSKSS BD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ có tuổi thai từ 36- 37 tuần 6 ngày, đến khám tại phòng khám thai TTCSSKSS Bình Dương được làm xét nghiệm GBS.

Tiêu chuẩn nhận vào

- Thai sống, tuổi thai từ 36 -37 tuần 6 ngày (theo siêu âm ở TCN 1).
- Không đặt thuốc âm đạo, không giao hợp, không sử dụng kháng sinh trong vòng 48 giờ trước khi đi khám.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tình trạng thai phụ cấp cứu cần phải xử trí ngay: đau bụng, ra huyết âm đạo, ối vỡ, cao HA, tiền sản giật, khó thở v.v...
- Thai phụ khiếm thị, khiếm thính, tâm thần,...
- Thai phụ < 18 tuổi (không có người giám hộ đi cùng).

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.

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

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, xác định nhiễm GBS bằng phương pháp cấy kết quả là: $n \geq 222$ trường hợp.

Các bước thu thập số liệu

Bước 1: Chọn lựa đối tượng và tư vấn tham gia nghiên cứu

Thai phụ đến khám thai tại TTCSSKSS BD từ thứ hai đến thứ sáu hàng tuần trong giờ hành chính (buổi sáng: 7 giờ đến 11 giờ 30; buổi chiều: 13 giờ đến 16 giờ 30). Thực hiện khám thai theo quy trình của TTCSSKSS BD.

Bước 2: Lấy mẫu bệnh phẩm xét nghiệm

- Do bác sỹ của phòng khám thai đã được tập huấn thực hiện.

Cách lấy bệnh phẩm:

- Thai phụ nằm tư thế sản phụ khoa.
- Ghi tên tuổi sản phụ lên ống chứa bệnh phẩm.
- Dùng que tăm bông vô trùng đưa vào trong âm đạo khoảng 2 cm, xoay 1-2 vòng.

Dùng tiếp que gòn đỏ đưa vào trong trực tràng khoảng 1 cm (qua cơ vòng hậu môn), xoay 1-2 vòng.

- Đưa que gòn vào ống xét nghiệm có chứa môi trường chuyên chở và bảo quản mẫu thử dùng trong xét nghiệm vi sinh Stuart Amies, đậy kín, kiểm tra họ tên, tuổi sản phụ và ngày lấy mẫu, lưu giữ ở nhiệt độ phòng tại khoa xét nghiệm.

Bước 3: Gửi mẫu xét nghiệm trong vòng 48 giờ đến trung tâm xét nghiệm chẩn đoán y khoa Hanhphuclab làm phân lập GBS. Các trường hợp dương tính với GBS sẽ được làm kháng sinh đồ. Kết quả cấy GBS: tình trạng nhiễm GBS của thai phụ là biến số có 2 giá trị âm tính hoặc dương tính, thai phụ có GBS dương tính khi phân lập được khuẩn trùng GBS bằng phương pháp nuôi cấy trên thạch máu.

Bước 4: Ghi nhận các trường hợp GBS dương tính và đặc điểm kháng sinh đồ vào phiếu thu thập số liệu. (Hướng dẫn NVYT ghi nhận vào sổ khám thai và dặn thai phụ chú ý sẽ được dùng kháng sinh dự phòng khi chuyển dạ sinh).

Phương pháp phân tích số liệu: xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Mô tả các biến số theo tỷ lệ %, giá trị trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan trong nghiên cứu bằng test thống kê (Chi bình phương, Fisher's exact, Likelihood Ratio...). Phân tích đa biến dựa vào các biến được đánh giá có liên quan chặt chẽ với nhiễm GBS. Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%.

Y đức trong nghiên cứu: nghiên cứu đã được thông qua hội đồng duyệt đề cương của Bộ môn Sản phụ khoa và Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, số 1030/TĐHYKPNT- HĐĐĐ, ngày 16/01/2024 mới được tổ chức tiến hành.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 02/2024 đến tháng 07/2024 tại phòng khám thai của Trung Tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản Bình Dương, đã có 222 thai phụ có tuổi thai từ 36 đến 37 tuần 6 ngày được chọn vào nghiên cứu với những kết quả như sau:

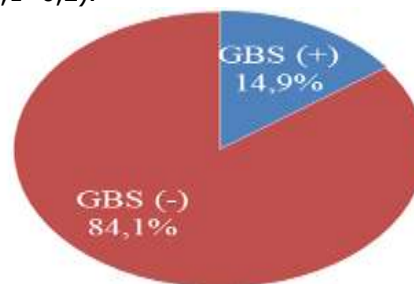
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n=222)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18 - 25	57	25,7
	26 - 34	116	52,3
	≥ 35	49	22,1
Dân tộc	Kinh	204	91,9
	Khác	18	8,1
Địa chỉ	Thành thị	196	88,3
	Nông thôn	26	11,7
Nghề nghiệp	Công nhân	90	40,5
	NVVP	35	15,8
	Nội trợ	40	18,0
	Khác	57	25,7
Học vấn	$\geq$ Cấp 3	78	35,1
	Cấp 2	125	56,3
	Cấp 1	19	8,6
Thu nhập	Cao	73	32,9
	Trung bình	136	61,3
	Thấp	13	5,9

Nhận xét: Tuổi trung bình của 222 đối tượng tham gia nghiên cứu là $29,5 \pm 5,9$ tuổi, nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 45 tuổi (KTC 95% 28,76 - 30,32); Đa số thai phụ tham gia nghiên cứu thuộc nhóm tuổi từ 26 - 34.

3.2. Tỷ lệ nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B. Trong 222 đối tượng tham gia nghiên cứu có tuổi thai từ 36 – 37 tuần 6 ngày được cấy GBS ở âm đạo – trực tràng, có 33 trường hợp nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B, chiếm tỷ lệ 14,9% (KTC 95% 0,1- 0,2).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B

3.3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan với nhiễm GBS. Sau khi phân tích hồi quy đơn biến 22 cặp biến số, ghi nhận tình trạng

nhiễm GBS có liên quan với các yếu tố: tuổi thai, số lần sảy thai, số lần phá thai, tiền căn sinh non, vệ sinh sau tiểu tiện.

Bảng 2: Phân tích hồi quy đa biến

Đặc điểm	GBS (+) N=33	GBS (-) N=189	PR*	KTC 95%	p
Tuổi thai					
36 – < 37 tuần	20 (11,8)	150 (88,2)	1		
37 – 37 tuần 6 ngày	13 (25,0)	39 (75,0)	2,769	0,852-9,003	0,090
Số lần sảy thai					
0	15 (9,5)	143 (90,5)	1		
1	14 (25,5)	41 (74,5)	3,399	0,996-11,595	0,051
≥ 2	4 (44,4)	5 (55,6)	2,133	0,296-15,377	0,452
Số lần phá thai					
0	9 (5,5)	156 (94,5)	1		
1	19 (38,8)	30 (61,2)	26,338	7,008-98,983	0,000
≥ 2	5 (62,5)	3 (37,5)	26,530	3,011-233,77	0,003
Tiền căn sinh non					
Không	29 (13,6)	184 (86,4)	1		
Có	4 (44,4)	5 (55,6)	13,823	1,961-97,442	0,008
Tiền căn thai lưu					
Không	27 (13,4)	175 (86,6)	1		
Có	6 (30,0)	14 (70,0)	0,416	0,093-1,857	0,251
Vệ sinh sau tiểu tiện					
Giấy	12(10,7)	100 (89,3)	1		
Nước	11 (15,7)	59 (84,3)	1,338	0,363-4,937	0,662
Không	10 (25,0)	30 (75,0)	1,608	0,420-6,146	0,488
ĐTD trong thai kỳ					
Không	24 (12,9)	162 (87,1)	1		
Có	9 (25,0)	27 (75,0)	0,474	0,123-2,651	0,571

Nhận xét: + Nhóm thai phụ tham gia nghiên cứu có tiền căn phá thai có nguy cơ nhiễm GBS cao gấp 26 lần so với nhóm không có tiền căn phá thai (phá thai 01 lần: PR* =26,338, KTC 95% 7,008-98,983, p = 0.000; phá thai 02 lần: PR* =26,530, KTC 95% 3,011-233,77, p = 0.003).

+ Nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu có tiền căn sinh non có nguy cơ nhiễm GBS cao gấp 13 lần so với nhóm không có tiền căn sinh non (PR* =13,823, KTC 95%: 1,961-97,442, p = 0,008).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 222 thai phụ có tuổi thai từ 36 đến 37 tuần 6 ngày tại phòng khám thai Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản Bình Dương, tỷ lệ nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B âm đạo- trực tràng là 14,9% (KTC95% 0,1- 0,2), nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh (2022) tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội là 13,2% [3] và nghiên cứu của Phạm Thị Hạnh (2022) tại Bệnh viện Quân Y 87 Khánh Hòa là 11,8%[4]. Tỷ lệ nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B trong nghiên cứu này cao hơn một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Vũ Quốc Huy (2023) thực hiện trên 302

Regression Binary Logistic; PR*: PR hiệu chỉnh
thai phụ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Nha Trang; Chẩn đoán thai kỳ nhiễm GBS dựa vào nuôi cấy, phân lập và định danh vi khuẩn bằng mẫu dịch âm đạo ở thời điểm trên 36 tuần, tỷ lệ nhiễm GBS là 7,6% [2], thấp hơn có thể do tác giả chỉ lấy mẫu bệnh phẩm ở âm đạo. Tương tự là nghiên cứu của Trần Quang Hanh (2018) tại Nghệ An báo cáo tỷ lệ nhiễm GBS là 9,2% trong nhóm thai phụ từ 35 đến 37 tuần^[5]. Nghệ An là khu vực miền Trung, có thể gặp một số khác biệt về nhân khẩu học và văn hóa so với Bình Dương, ngoài ra do mẫu bệnh phẩm chỉ lấy ở âm đạo và cấy trên môi trường chọn lọc nên có thể tỷ lệ nhiễm GBS thấp hơn là lấy ở âm đạo- trực tràng. Tuy nhiên, nghiên cứu của Nguyễn Thị Trúc Anh (2022)^[1], tỷ lệ nhiễm GBS lần lượt là 18,57% cao hơn kết quả nghiên cứu này có thể do phương pháp xét nghiệm là Real-time PCR có độ nhạy với Streptococcus nhóm B cao hơn so với phương pháp phân lập qua nuôi cấy[6].

So với các nghiên cứu nước ngoài, tỷ lệ nhiễm GBS trong nghiên cứu của họ tương đối cao như ở một số quốc gia châu Phi và châu Âu. Theo báo cáo của Fiseha Wadilo (2023)[7], tỷ lệ nhiễm GBS ở châu Phi 16,06 %, trong khi tỷ lệ

trung bình ở châu Âu là khoảng 19% và ở Đông Nam Á là 11,1% [8], điều này có thể liên quan đến sự khác biệt trong cách tiếp cận sàng lọc và phương pháp xét nghiệm.

Như vậy, tỷ lệ nhiễm GBS thay đổi theo chủng tộc, địa lý nơi sinh sống, cách thiết kế, cách tiến hành nghiên cứu, kỹ thuật lấy bệnh phẩm, kỹ thuật xét nghiệm. Tỷ lệ thai phụ nhiễm GBS cao ở những thai phụ da đen, sống ở châu Phi. Thấp hơn ở những thai phụ thuộc Đông Nam Á. Môi trường nuôi cấy chọn lọc cũng giúp phát hiện tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn cao hơn. Mặt khác nếu sử dụng phương pháp phát hiện GBS ở thai phụ bằng PCR cũng cho tỷ lệ cao hơn. Qua phân tích đa biến chúng tôi ghi nhận phụ nữ có tiền sử phá thai và sinh non tăng nguy cơ nhiễm GBS. Một trong những nguyên nhân có thể giải thích cho kết quả này là việc sẩy thai nhiều lần có thể gây tổn thương cho niêm mạc tử cung và âm đạo, làm suy yếu hệ miễn dịch tại chỗ và tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn GBS xâm nhập và phát triển. Sẩy thai cũng có thể là dấu hiệu của các vấn đề tiềm ẩn về sức khỏe sinh sản, bao gồm tình trạng viêm nhiễm mãn tính hoặc các rối loạn miễn dịch, những yếu tố này đều làm tăng nguy cơ nhiễm GBS trong các lần mang thai tiếp theo. Ngoài ra, yếu tố sinh non có liên quan đến nhiều yếu tố nguy cơ về sức khỏe, bao gồm các vấn đề về miễn dịch và viêm nhiễm kéo dài, điều này có thể làm tăng khả năng nhiễm GBS trong các lần mang thai sau. Ở các yếu tố khác như tuổi, số lần sinh, dân tộc, giao hợp trong thai kỳ, cách vệ sinh, nguồn nước không làm tăng tỷ lệ nhiễm GBS.

Thực tế tại Bình Dương, chưa có cơ sở y tế công lập nào thực hiện tầm soát thường quy xét nghiệm GBS cho thai phụ. Do đó, kết quả này có thể làm cơ sở để các bệnh viện và cơ sở y tế tại Bình Dương đưa ra quy trình chuẩn cho tầm soát GBS trên toàn tỉnh, triển khai kháng sinh dự phòng cho những trường hợp dương tính sẽ giảm thiểu biến chứng nghiêm trọng cho bà mẹ và trẻ sơ sinh, cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm GBS là 14,9%, (KTC 95% 0,1-0,2), thai phụ có tiền căn phá thai 1 lần tăng nguy cơ nhiễm GBS [$p < 0,001$; PR = 26,338; KTC 95% 7,008 – 98,983] và phá thai 2 lần ($p = 0,003$; PR = 26,530, KTC 95% 3,001 – 233,77). Thai phụ có tiền căn sinh non tăng nguy cơ nhiễm GBS ($p = 0,008$; PR 13,823, KTC 95% 1,961-97,442). Ngoài ra, các yếu tố tuổi, số lần sinh, dân tộc, giao hợp trong thai kỳ, cách vệ sinh, nguồn nước không làm tăng tỷ lệ nhiễm GBS. Tầm soát sớm sẽ giúp phát hiện các trường hợp nhiễm GBS để có biện pháp dự phòng kịp thời, tránh các biến chứng nghiêm trọng cho mẹ và bé.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Trúc Anh**, "Tỷ lệ nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B ở phụ nữ mang thai 35- 37 tuần bằng kỹ thuật Real-time PCR". Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 519.
2. **Nguyễn Vũ Quốc Huy**, "Nghiên cứu tình hình nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở phụ nữ có thai từ 36 tuần". Tạp chí Phụ sản 2023. 21(2): p. 34-40.
3. **Nguyễn Duy Anh**, "Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Liên cầu nhóm B ở thai phụ và một số yếu tố liên quan". Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 514(1).
4. **Phạm Thị Hạnh**, "Tỷ lệ nhiễm Streptococcus nhóm B âm đạo- trực tràng ở thai phụ 36-38 tuần và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện quân y 87". Tạp chí y học Việt Nam, 2022. 520(1B).
5. **Trần Quang Hanh**, "Nghiên cứu thực trạng nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở phụ nữ có thai và hiệu quả điều trị dự phòng bằng kháng sinh trong chuyển dạ phòng lây truyền sang con tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An (2018-2019)". Luận án tiến sĩ y học. 2020, Viện Sốt rét- Ký sinh trùng-Côn trùng Trung Ương, tr.90-121.
6. **Helmig, R.B. and J.B. Gertsen**, Diagnostic accuracy of polymerase chain reaction for intrapartum detection of group B streptococcus colonization. Acta Obstet Gynecol Scand, 2017. 96(9): p. 1070-1074.
7. **Wadilo, F., et al.**, Prevalence of Group B Streptococcus maternal colonization, serotype distribution, and antimicrobial resistance in Sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. J Glob Antimicrob Resist, 2023. 32: p. 134-144.
8. **Kwatra, G., et al.**, Prevalence of maternal colonisation with group B streptococcus: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis, 2016. 16(9): p. 1076-1084.