

tập hơn, mất máu nhiều hơn, khó kiểm soát chảy máu và khó có thể bảo tồn tử cung mà không ảnh hưởng đến sự an toàn của bệnh nhân. Mức độ tăng sinh mạch máu càng cao có thể làm tăng nguy cơ mất máu và ảnh hưởng đến quá trình lành thương của tử cung sau phẫu thuật.

Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt khi so với nghiên cứu của Aryananda và cộng sự [8]. Trong nghiên cứu của họ, tỷ lệ bảo tồn tử cung ở các mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung lần lượt là 91,1% cho độ 1, 27,6% cho độ 2 và 14,3% cho độ 3. Sự khác biệt này có thể giải thích do kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng như ekip phẫu thuật và cơ sở hạ tầng của mỗi bệnh viện và khu vực là khác nhau. Nhưng nhìn chung tỉ lệ bảo tồn tử cung đều giảm khi mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung tăng lên.

4.3. Mối liên hệ giữa dấu hiệu hồ máu cổ tử cung với thời gian phẫu thuật và lượng máu truyền trong phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật ở ba nhóm hồ máu cổ tử cung khác nhau lần lượt là 80 phút (Độ 1), 100 phút (Độ 2), và 113 phút (Độ 3). Điều này phản ánh một xu hướng rõ rệt rằng thời gian phẫu thuật tăng dần theo mức độ xâm lấn của nhau thai, đặc biệt là khi mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung tăng lên. Sự gia tăng thời gian phẫu thuật có thể được giải thích bởi sự phức tạp và khó khăn trong việc kiểm soát mạch máu trong các ca phẫu thuật có mức độ xâm lấn cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu trung bình cần phải truyền ở ba mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung lần lượt là 460 ml, 705 ml, và 1375 ml. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Aryananda về lượng máu truyền, với các giá trị lần lượt là 500 ml, 750 ml, và 1250 ml ở ba mức độ tương ứng [8]. Điều này cho thấy sự tương đồng giữa hai nghiên cứu, đặc biệt là trong việc chỉ ra rằng lượng máu cần truyền tăng dần theo mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung. Sự tương đồng này có thể hỗ trợ giả thuyết rằng mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung có ảnh hưởng trực tiếp đến nhu cầu truyền máu trong các ca phẫu thuật.

4.4. Mối liên quan giữa mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung và kết quả giải phẫu bệnh. Tỷ lệ rau đâm sâu có sự chênh lệch đáng kể giữa các nhóm ICL, với nhóm ICL độ 3 có tỷ lệ rau đâm sâu cao nhất (85,7%). Điều này trái ngược hẳn với nhóm ICL độ 1 và độ 2, nơi tỷ lệ rau đâm sâu thấp hơn nhiều (tương ứng 50% và 42,9%). Sự khác biệt rõ rệt này, cùng với giá trị $p = 0,034$, cho thấy có mối liên hệ có ý nghĩa

thống kê giữa mức độ hồ máu cổ tử cung và sự hiện diện của rau đâm sâu. Điều này gợi ý rằng mức độ hồ máu cổ tử cung càng cao, khả năng rau đâm sâu càng lớn.

Ngoài ra, hệ số Gamma = 0,437 với $p = 0,034$ cũng củng cố thêm nhận định về mối liên hệ thuận mức trung bình và có ý nghĩa thống kê giữa mức độ xâm lấn rau và mức độ hồ máu cổ tử cung. Hệ số Gamma dương cho thấy khi mức độ hồ máu cổ tử cung tăng lên, mức độ xâm lấn rau (đặc biệt là rau đâm sâu) cũng có xu hướng tăng theo. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc tiên lượng và quản lý thai kỳ, đặc biệt là đối với các trường hợp có nguy cơ rau tiền đạo hoặc rau cài răng lược.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy siêu âm đầu dò âm đạo với dấu hiệu hồ máu cổ tử cung đóng một vai trò quan trọng trong việc dự đoán thời gian phẫu thuật, lượng máu truyền, kết quả giải phẫu bệnh lý và giúp tiên lượng khả năng bảo tồn tử cung hay cắt tử cung. Tuy nhiên cần thêm nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và kiểm soát các yếu tố khác để làm rõ hơn các tác động này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miller D.A., Chollet J.A., and Goodwin T.M. (1997). Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*, 177(1), 210–214.
2. Kayem G., Seco A., Beucher G., et al. (2021). Clinical profiles of placenta accreta spectrum: the PACCRETA population-based study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, 128(10), 1646–1655.
3. Leonard S.A., Kennedy C.J., Carmichael S.L., et al. (2020). An Expanded Obstetric Comorbidity Scoring System for Predicting Severe Maternal Morbidity. *Obstet Gynecol*, 136(3), 440.
4. Lê Thị Hương Trà (2011). Nghiên cứu về rau cài răng lược có can thiệp phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm 2007- 2011, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Đinh Văn Sinh. Nhận xét chẩn đoán và thái độ xử trí rau tiền đạo ở thai phụ có sẹo mổ lấy thai cũ tại BVPSTW trong 2 năm 2008 – 2009, Luận văn thạc sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, 2010.
6. Ngô Quang Anh. Nghiên cứu vai trò của siêu âm doppler và chụp cộng hưởng từ ở những thai phụ rau cài răng lược rau tiền đạo có sẹo mổ cũ tại bệnh viện Phụ sản TƯ, Luận văn tốt nghiệp BSCK II, Đại học Y Hà Nội, 2022.
7. Cù Chiên Thắng (2023). Mô tả hình ảnh cộng hưởng từ trong chẩn đoán và định hướng xử trí rau tiền đạo – rau cài răng lược tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2021, Luận văn tốt nghiệp BSCK II, Đại học Y Hà Nội.
8. Aryananda R.A., Duvekot J.J., Van Beekhuizen H.J., et al. Transabdominal and transvaginal ultrasound findings help to guide the clinical management of placenta accreta spectrum cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 103(1), 93–102.

TỈ LỆ NHIỄM LIÊN CẦU TAN HUYẾT NHÓM B VÀ KẾT CỤC THAI KÌ Ở CÁC THAI PHỤ ĐẾN SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2025

Lê Anh Nam¹, Trần Thị Thanh Huyền²

TÓM TẮT

Nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở phụ nữ có thai là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn sơ sinh với triệu chứng đa dạng. Khoảng 1/10 trẻ sơ sinh được chẩn đoán nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B khởi phát nhiễm khuẩn sớm sẽ tử vong. Chính vì vậy việc phát hiện sớm và điều trị dự phòng kịp thời các thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B là vô cùng quan trọng.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ nhiễm, một số yếu tố liên quan gây nhiễm và kết cục thai kì ở các thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B đã được điều trị dự phòng tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng 6 tháng đầu năm 2025. **Đối tượng:** Tất cả các thai phụ có thai 35 - 37 tuần đến khám thai và dự kiến sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng được tư vấn tầm soát liên cầu nhóm B. **Kết quả và kết luận:** Tỉ lệ nhiễm liên cầu B phát hiện được là 21%. Nhóm thai phụ có thói quen thụt rửa âm đạo có nguy cơ nhiễm liên cầu B cao gấp 5,7 lần nhóm không có thói quen. Tỉ lệ ối vỡ sớm trong nhóm liên cầu B dương tính cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm âm tính. Không tìm thấy mối liên quan giữa tỉ lệ nhiễm liên cầu B với số lần vệ sinh, sử dụng dung dịch vệ sinh, biểu hiện viêm, tiền sử phụ khoa và thời gian chuyển dạ. **Từ khóa:** Liên cầu nhóm B, lây truyền mẹ con, nhiễm khuẩn sơ sinh.

SUMMARY

GROUP B STREPTOCOCCUS COLONIZATION RATE AND PREGNANCY OUTCOMES AMONG PREGNANT WOMEN DELIVERING AT HAI PHONG OBSTETRIC HOSPITAL IN THE FIRST HALF OF 2025

Group B Streptococcus (GBS) infection in pregnant women is a leading cause of neonatal infections, presenting with a wide range of symptoms. Approximately 1 in 10 newborns diagnosed with early-onset GBS infection die. Therefore, early detection and timely prophylactic treatment of Group B Streptococcus in pregnant women is essential.

Objective: To determine the colonization rate, associated risk factors, and pregnancy outcomes among GBS-positive pregnant women who received prophylactic treatment at Hai Phong Obstetric Hospital during the first six months of 2025. **Subjects and Methods:** All pregnant women at 35 to 37 weeks of gestation who attended antenatal care and planned to

deliver at Hai Phong Obstetric Hospital screened for Group B Streptococcus colonization. **Results and Conclusion:** The detected GBS colonization rate was 21%. Pregnant women who practiced vaginal douching had a 5.7 times higher risk of GBS colonization compared to those who did not. The rate of premature rupture of membranes was significantly higher in the GBS-positive group compared to the negative group. There was no association between the rate of Group B Streptococcus colonization and the frequency of perineal hygiene, use of feminine hygiene products, presence of inflammatory symptoms, gynecological history, or duration of labor.

Keywords: Group B Streptococcus, maternal-neonatal transmission, neonatal infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liên cầu khuẩn nhóm B được xem là tác nhân hàng đầu gây bệnh lý nhiễm khuẩn sơ sinh. Liên cầu khuẩn nhóm B cư trú trong đường tiêu hóa và niệu dục của phụ nữ, thường không có biểu hiện lâm sàng và không gây bệnh ở hầu hết các trường hợp. Schrag và cộng sự (2003) đã báo cáo tỉ lệ mang mầm bệnh này là 15% - 40% trên thai phụ [1]. Năm 1996, Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ và Tổ chức Y tế Thế giới đã ban hành khuyến cáo về chiến lược điều trị dự phòng nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B dựa vào yếu tố nguy cơ ở các thai phụ. Sau khi áp dụng các hướng dẫn về sử dụng kháng sinh dự phòng, các nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả vô cùng to lớn: Giảm tỉ lệ lây truyền dọc từ mẹ sang con, giảm 21% tỉ lệ bệnh lý nhiễm khuẩn liên cầu khuẩn nhóm B ở mẹ, giảm 70% bệnh lý nhiễm trùng sơ sinh sớm. Tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ năm 2023 đã chủ động sử dụng kháng sinh để dự phòng cho những trường hợp thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B đạt hiệu quả cao. Tuy nhiên vẫn chưa có những báo cáo đánh giá tỉ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B và kết cục điều trị dự phòng ở nhóm phụ nữ này như thế nào. Chính vì các lý do đó chúng tôi tiến hành đề tài: "Tỉ lệ nhiễm liên cầu tan huyết nhóm B và kết cục thai kì ở các thai phụ đến sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng 6 tháng đầu năm 2025" với mục tiêu: *Xác định tỉ lệ và một số yếu tố liên quan gây nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B âm đạo ở thai phụ từ 35 - 37 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng 6 tháng đầu năm 2025 và nhận xét kết cục thai kì ở các thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B đã được điều trị dự phòng.*

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Nam

Email: huyennam44@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 29.8.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Đơn thai, thai sống, tuổi thai ≥ 35 tuần, ≤ 37 tuần.

+ Không đặt thuốc âm đạo, thực rửa âm đạo, không quan hệ tình dục trong vòng 48 giờ trước khi đến khám thai và lấy mẫu làm xét nghiệm.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Thai phụ đang mắc các bệnh lý phải sử dụng kháng sinh toàn thân.

+ Thai phụ mắc các bệnh lý mạn tính: đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh thận, Basedow

+ Dị dạng đường sinh dục

+ Thai phụ bỏ nghiên cứu (không sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng)

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Lấy mẫu tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ 01/01/2025 đến 30/05/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** Lấy mẫu thuận tiện không xác suất tất các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu và tiêu chuẩn loại trừ.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

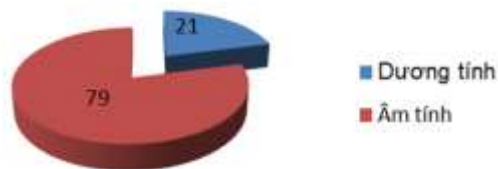
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan gây nhiễm liên cầu tan huyết nhóm B của đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 3.1. Tuổi thai của đối tượng tham gia nghiên cứu

	n	%
Từ 35-35 tuần 6 ngày	255	51.4
Từ 36-36 tuần 6 ngày	241	48.6

Nhận xét: Tỷ lệ tuổi thai của thai phụ tham gia vào trong nghiên cứu lần lượt là 51.4% và 48.6%



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B trong thai kỳ trong nhóm nghiên cứu là 21%.

Bảng 3.2. Thói quen vệ sinh

	Liên cầu B (+) n(%)	Liên cầu B (-) n(%)	OR 95% CI	P

Thực rửa âm đạo				
Có	20(40)	30(60)	5.7	<
Không	47(10.5)	399(89.5)	(1.8-17)	0.05
Sử dụng dung dịch vệ sinh				
Có	47(13.1)	313(86.9)	0.98	>
Không	18(13.2)	118(86.8)	(0.4-2.2)	0.05
Số lần vệ sinh mỗi ngày	1.5 $\pm$ 1	1.5 $\pm$ 0.9		> 0.05

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm LCB ở nhóm có thực rửa âm đạo cao hơn gấp 5.7 lần nhóm không thực rửa âm đạo. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tỷ lệ nhiễm LCB ở nhóm sử dụng dung dịch vệ sinh không có sự khác biệt với nhóm không sử dụng. Số lần vệ sinh trung bình giữa hai nhóm không có sự khác biệt.

Bảng 3.3. Mối liên quan của nhiễm liên cầu với viêm âm đạo

Biểu hiện viêm	Liên cầu B (-)		Liên cầu B (+)		Tổng	p
	n	%	n	%		
Khí hư ra nhiều	139	76	44	24	183	> 0.05
Ngứa âm hộ âm đạo	16	72.7	6	4.6	22	
Đau rát	1	100	0	0	1	
Phối hợp triệu chứng	91	79.1	24	20.9	115	
Không triệu chứng	145	82.9	30	17.1	175	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm LCB ở nhóm ra nhiều khí hư và phối hợp triệu chứng là cao nhất (24% và 20.9%) Biểu hiện ngứa âm hộ và đau rát tỷ lệ nhiễm LCB thấp hơn. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Bảng 3.4. Tiền sử điều trị phụ khoa ở nhóm đối tượng nghiên cứu

	Âm tính n(%)	Dương tính n(%)	OR 95% CI	P
Có	114(78.6%)	31(30.3%)	1.036	>
Không	278(79.2%)	73(20.8%)	(0.645-1.642)	0.05

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm LCB (+) ở nhóm có tiền sử điều trị phụ khoa cao hơn nhóm không có tiền sử điều trị. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

3.2. Kết cục thai kỳ ở những thai phụ được điều trị dự phòng

Bảng 3.5. Tuổi thai khi chuyển dạ ở các trường hợp dự phòng kháng sinh

Tuổi thai	n	%
< 37 tuần	0	0.0
Từ 37 - 40 tuần	96	92.3
>40 tuần	8	7.7

Nhận xét: 92.3% các trường hợp chuyển dạ trong thời gian từ 37 - 40 tuần, 8 trường hợp chuyển dạ trên >40 tuần không có trường hợp nào sinh non.

Bảng 3.6. Cách thức sinh

	n	%
Sinh thường	67	66.5
Sinh mổ	37	37.5

Nhận xét: Trong 496 thai phụ tham gia nghiên cứu, có 67 trường hợp sinh thường (66.5%), 37 trường hợp sinh mổ (37.5%)

Bảng 3.7. Thời gian chuyển dạ

	Dương tính n(%)	Âm tính n(%)	OR 95% CI	p
<12 giờ	60(57.7)	236(60.2)	1.109	> 0.05
12-24 giờ	44(42.3)	156(39.8)	(0.716-1.720)	

Nhận xét: Tỷ lệ chuyển dạ < 12h và 12-24h của nhóm LCB dương tính và LCB âm tính khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Bảng 3.8. Tình trạng ô nhiễm khi chuyển dạ ở các trường hợp dự phòng kháng sinh

Kết quả LCB	Liên cầu B (+)		Liên cầu B (-)		Tỷ lệ LCB (+) theo tình trạng ô nhiễm		p
	n	%	n	%	Tổng	%	
Rỉ ối	10	9.6	102	21.9	112	8.9	< 0.01
Ối vỡ non	6	6.7	49	12.5	55	10.9	
Ối vỡ sớm	46	44.2	85	21.7	131	35.1	
Bình thường	42	40.4	156	39.8	198	21.2	

Nhận xét: Tỷ lệ ô nhiễm vỡ sớm trong nhóm LCB (+) cao hơn so với nhóm LCB (-). Tỷ lệ ô nhiễm vỡ non, rỉ ối trong nhóm LCB (+) thấp hơn so với nhóm LCB (-). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan gây nhiễm liên cầu tan huyết nhóm B của đôi tượng tham gia nghiên cứu

Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B trên thai phụ theo nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước dao động từ 5% đến 30% [1][2][3][4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm liên cầu B phát hiện được là 21% cũng nằm trong khoảng dao động đó. Sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm liên cầu B trong các nghiên cứu là do sự khác biệt về dân số nghiên cứu, địa điểm cư trú, kỹ thuật lâm sàng và sinh học trong nuôi cấy và phân lập vi khuẩn, mẫu bệnh phẩm lấy ở âm đạo hay lấy cả âm đạo và trực tràng. Theo nghiên cứu của Bệnh viện Từ Dũ thì tỷ lệ này là 18,1% khi lấy bệnh phẩm ở cả âm đạo và trực tràng [5], của Bệnh viện Vinmec thì tỷ lệ này là 17,3% [6]. Nghiên cứu của Trần Quang Hiệp tại Bệnh viện Bạch Mai thì tỷ lệ này là 6,5% khi lấy bệnh phẩm chỉ ở âm đạo [7]. Như vậy, nuôi cấy vi khuẩn từ bệnh phẩm của cả âm đạo và trực tràng là phương tiện tầm soát hữu hiệu nhất để tránh bỏ sót khi tầm soát nhiễm liên cầu B.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm thai phụ có thói quen thụt rửa âm đạo có nguy

cơ nhiễm liên cầu B cao gấp 5,7 lần nhóm không có thói quen này. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Phan Thị Thu Nga (2004) [8] và Lê Thị Mai Phương (2014) [9]. Thói quen thụt rửa âm đạo với dung dịch sát khuẩn hoặc tự ý dùng thuốc đặt âm đạo sẽ phá hủy hệ vi khuẩn chí âm đạo, tạo điều kiện cho các tác nhân gây bệnh trong đó có liên cầu B, đồng thời đưa tay, nguồn nước không đảm bảo vệ sinh vào trong âm đạo cũng sẽ đưa vi khuẩn vào làm tăng nguy cơ viêm nhiễm âm đạo. Để làm giảm tỷ lệ nhiễm liên cầu B ở phụ nữ và đặc biệt là phụ nữ có thai, thai phụ cần được tư vấn, hướng dẫn vệ sinh bộ phận sinh dục đúng cách.

Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa phát hiện thấy mối liên quan giữa số lần vệ sinh và có hay không sử dụng dung dịch vệ sinh phụ nữ. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cũng đã bước đầu ghi nhận sự khác biệt giữa các nhóm đối tượng này. Nghiên cứu của Lê Thị Mai Phương (2014) cho thấy, số lần rửa vệ sinh âm hộ/ngày của nhóm nhiễm liên cầu B ($1,83 \pm 0,81$) thấp hơn nhóm không nhiễm liên cầu B ($2,12 \pm 0,84$) [9]. Theo Phan Thị Thu Nga tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương cho biết nhóm phụ nữ vệ sinh âm hộ dưới 2 lần/ngày có nguy cơ mắc nhiễm trùng đường sinh dục dưới gấp 1,74 lần so với nhóm phụ nữ vệ sinh âm hộ từ 2 lần trở lên/ngày ($p < 0,05$) [8].

Bảng 3.3 cho thấy không có sự khác biệt giữa biểu hiện viêm nhiễm với nhiễm liên cầu B. Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm liên cầu B ở nhóm ra nhiều khí hư và phối hợp triệu chứng cao hơn đáng kể so với các nhóm còn lại (24% và 20,9%) Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu của các tác giả khác [4][7][9]. Khác với những viêm nhiễm do những tác nhân khác gây ra biểu hiện viêm rầm rộ như ra nhiều khí hư, ngứa rát âm hộ, âm đạo thì nhiễm liên cầu B lại hầu như không gây ra triệu chứng gì đặc biệt và tồn tại ở người phụ nữ có thai với tỷ lệ 5-30%. Chính vì triệu chứng lâm sàng của nhiễm liên cầu B không rõ ràng nên rất nhiều thai phụ chủ quan không khám và không xét nghiệm tầm soát tìm liên cầu khuẩn nhóm B, dẫn tới hậu quả nhiễm khuẩn hậu sản, đặc biệt là nhiễm khuẩn sơ sinh mà lẽ ra chúng ta có thể phòng tránh được một cách có hiệu quả. Đây là điều quan trọng trong công tác tuyên truyền và tư vấn trước sinh giúp các thai phụ hiểu được tầm quan trọng của việc tầm soát tìm liên cầu B trong thời gian mang thai với tuổi thai từ 35-37 tuần.

Bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ nhiễm liên cầu B ở nhóm có tiền sử điều trị phụ khoa cao hơn nhóm

không có tiền sử điều trị. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Nghiên cứu của Lê Thị Mai Phương (2014) tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội cũng cho thấy tỉ lệ nhiễm liên cầu B ở nhóm thai phụ có tiền sử điều trị 2 lần viêm nhiễm đường sinh dục chiếm tỉ lệ cao hơn hẳn so với điều trị lần 1 và chưa điều trị [9]. Viêm nhiễm đường sinh dục dễ tái đi tái lại nhiều lần do nhiều nguyên nhân: thay đổi nội tiết khi mang thai, điều trị không triệt để, duy trì những thói quen sinh hoạt không tốt như vệ sinh không đúng cách, quan hệ tình dục không an toàn, hoặc sử dụng các sản phẩm gây kích ứng... Như vậy, tiền sử viêm âm đạo cũng là một yếu tố nguy cơ để thai phụ dễ bị nhiễm khuẩn đường sinh dục trong đó có liên cầu B.

4.2. Kết cục thai kì ở những thai phụ được điều trị dự phòng. Trong 496 thai phụ tham gia nghiên cứu, có 67 trường hợp sinh thường (66.5%), 37 trường hợp sinh mổ (37.5%) không có trường hợp nào sinh non. Tỉ lệ sinh thường chiếm đa số cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc sớm liên cầu B và điều trị dự phòng để tránh nguy cơ lây truyền cho con đối với các trường hợp sinh thường.

Bảng 3.7 cho thấy thời gian chuyển dạ của nhóm liên cầu B dương tính và liên cầu B âm tính khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Điều này cũng là phù hợp vì thời gian chuyển dạ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: cơ co tử cung, số lần sinh, ngôi thai, kích thước thai, khung chậu mẹ...

Tỉ lệ ối vỡ sớm trong nhóm liên cầu B dương tính cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm âm tính. Tỉ lệ ối vỡ non, rỉ ối trong nhóm liên cầu B dương tính thấp hơn so với nhóm âm tính. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Trần Quang Hiệp, tỉ lệ ối vỡ sớm ở nhóm nhiễm liên cầu B cao hơn hẳn nhóm không nhiễm một cách có ý nghĩa thống kê mặc dù đã được điều trị trước đó [10]. Lê Thị Mai Phương (2014) cho thấy tỉ lệ ối vỡ sớm ở nhóm nhiễm liên cầu B cao hơn nhóm không nhiễm liên cầu B [9].

Phần lớn các trường hợp nhiễm liên cầu B dù có biểu hiện lâm sàng hay không, có thể tiến triển thành viêm nội - trung sản mạc, gây vỡ ối trước 37 tuần, dẫn tới đẻ non. Điều này được lý giải là do liên cầu B là loại vi khuẩn có hoạt độ phospholipase A2 cao, làm tăng sự hình thành acid arachidonic tự do, tăng sự tổng hợp prostaglandin tại chỗ, làm tăng co bóp tử cung dẫn đến ối vỡ sớm, dọa đẻ non và đẻ non [10]. Mỗi liên quan này cũng là cơ sở cho việc tư vấn

để thai phụ có thể hiểu về các nguy cơ có thể xảy ra khi nhiễm liên cầu B và quản lý tai nghén phù hợp.

V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ nhiễm liên cầu B phát hiện được là 21%.
- Nhóm thai phụ có thói quen thụt rửa âm đạo có nguy cơ nhiễm liên cầu B cao gấp 5,7 lần nhóm không có thói quen.
- Tỉ lệ ối vỡ sớm trong nhóm liên cầu B dương tính cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm âm tính.
- Không tìm thấy mối liên quan giữa tỉ lệ nhiễm liên cầu B với số lần vệ sinh, sử dụng dung dịch vệ sinh, biểu hiện viêm, tiền sử phụ khoa và thời gian chuyển dạ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists** (2003), Prevention of early onset neonatal group B streptococcal disease, Guideline No 36. London: RCOG, 2003.
2. **Trần Quang Hanh** (2020), 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, Đại học Y Hà Nội.
3. **Trần Bích Ngọc** (2022), Tỉ lệ nhiễm và đặc điểm nhạy cảm kháng sinh của liên cầu khuẩn nhóm B ở Phụ nữ mang thai 35-37 tuần đến khám thai tại phòng khám đa khoa Thuận Kiều, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 26(1): 361-366.
4. **Nguyễn Thị Hải Yến** (2023), Tỉ 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, 282-284.
5. **Nguyễn Khoa Nam** (2006), Tỉ lệ nhiễm Streptococcus nhóm B âm đạo - thực trạng của các thai phụ và các yếu tố liên quan, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Phùng Thị Lý** (2020), "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và tình trạng trẻ sơ sinh trên thai phụ có mang liên cầu khuẩn nhóm B ở âm đạo trị BVĐK quốc tế Vimec Times city", Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
7. **Trần Quang Hiệp** (2012), Nghiên cứu một số đặc điểm của viêm âm đạo do liên cầu khuẩn nhóm B ở những thai phụ khám và điều trị tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
8. **Lê Thị Mai Phương** (2014), Nghiên cứu nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ có thai từ 34-36 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
9. **Phạm Thị Thanh Hiền** (2011), Các bệnh lý nhiễm khuẩn trong thời kỳ mang thai, Nhà xuất bản y học, tr 68-76.
10. **Gibbs RS, Schrag, Schuchat A** (2004), Perinatal infections due to group B streptococcus, Obstet Gynecol, Vol 76, No 1, 2004, p 1062-1076.