

Thực trạng nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở thai phụ ối vỡ non tuổi thai từ 22 - 34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Nguyễn Thị Hồng^{1*}, Đỗ Tuấn Đạt², Bùi Đình Trường², Nguyễn Phương Sinh¹, Hoàng Quốc Huy¹

¹ Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

² Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

doi: 10.46755/vjog.2023.4-5.1631

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Thị Hồng, email: drnguyenthinhong77@gmail.com

Nhận bài (received): 27/9/2023 - Chấp nhận đăng (accepted): 15/11/2023.

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và phân tích một số yếu tố liên quan với nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở thai phụ ối vỡ non tuổi thai từ 22 - 34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 75 thai phụ được chẩn đoán ối vỡ non có tuổi thai từ 22 - 34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, từ tháng 8/2021 đến tháng 10/2022. Chẩn đoán thai kỳ mang GBS dựa vào nuôi cấy, phân lập và định danh vi khuẩn bằng mẫu dịch âm đạo.

Kết quả: Nhóm tuổi 22 - 34 chiếm tỉ lệ cao nhất 66,7%. Tỷ lệ thai phụ có ối vỡ non nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B là 16,0%. Tỷ lệ bệnh nhân GBS (+) có khí hư là 66,7%, bạch cầu tăng là 33,3%, CRP tăng là 16,7%, 33,3% không có triệu chứng của viêm đường sinh dục dưới.

Kết luận: Không thấy có sự liên quan giữa tuổi thai phụ, nghề nghiệp, tiền sử sản khoa, tiền sử viêm nhiễm phụ khoa cũng như thói quen vệ sinh với nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B.

Từ khóa: liên cầu khuẩn nhóm B, ối vỡ non.

Current situation of Group B streptococcal infections in preterm premature rupture of membrane pregnant women from 22 - 34 weeks of gestation at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital

Nguyen Thi Hong^{1*}, Do Tuan Dat², Bui Dinh Truong², Nguyen Phuong Sinh¹, Hoang Quoc Huy¹

¹ Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy

² Hanoi Obstetrics & Gynecology Hospital

Abstract

Objectives: To determine the rate and analyze some factors related to group B streptococcal infections in preterm premature rupture of membrane pregnant women from 22 - 34 weeks of gestation at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study on 75 pregnant women diagnosed with preterm premature rupture of membrane with gestational age from 22 - 34 weeks at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital, from August 2021 to October 2022. Diagnosis of pregnancy with GBS is based on culture, isolation, and identification of the bacteria by vaginal fluid samples.

Results: The greatest prevalence, 66.7%, was in the age range of 22 to 34. The rate of pregnant women with preterm premature rupture of membranes infected with group B streptococcus was 16.0%. The percentage of GBS (+) patients with vaginal discharge was 66.7%, white blood cell count was 33.3%, CRP increased by 16.7%, and 33.3% exhibited no indications of lower genital tract inflammation.

Conclusions: There was no association between maternal age, occupation, obstetric history, history of gynecological infections as well as hygiene habits with group B streptococcal infection.

Keywords: group B streptococcus, preterm premature rupture of membrane.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Streptococcus nhóm B (GBS hoặc Streptococcus agalactiae) là một loại cầu khuẩn Gram dương thường gây nhiễm khuẩn đường tiêu hóa và đường sinh dục của 15 đến 40% phụ nữ mang thai. Nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B âm đạo ở phụ nữ mang thai là một trong những nguyên nhân gây nhiễm khuẩn niệu, viêm phổi, nhiễm

trùng hậu sản, nhiễm khuẩn huyết ở mẹ và là yếu tố nguy cơ chính gây nhiễm GBS ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, làm gia tăng tỷ lệ đẻ non và tử vong bởi sự lây truyền từ mẹ sang con, sự lây truyền này gần như chỉ xảy ra khi chuyển dạ hoặc vỡ ối [1]. Tỷ lệ tử vong của bệnh GBS khởi phát sớm là 1 đến 3% ở trẻ sơ sinh đủ tháng và 20 đến 30% ở trẻ sơ sinh non tháng.

Có nhiều tác giả trong và ngoài nước đã nghiên cứu và công bố kết quả về viêm nhiễm đường sinh dục dưới cũng như nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở phụ nữ mang thai. Tuy nhiên các nghiên cứu về VNĐSDD và liên cầu khuẩn nhóm B trên thai phụ có ối vỡ non non tháng còn rất ít. Tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội vẫn thường gặp những ca ối vỡ non. Nguyên nhân gây ối vỡ non rất đa dạng, để tìm hiểu những ca ối vỡ non nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B, chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu đề tài: “Thực trạng viêm nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở thai phụ ối vỡ non tuổi thai từ 22-34 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội” với mục tiêu xác định tỷ lệ viêm nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở thai phụ ối vỡ non tuổi thai từ 22-34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội và phân tích một số yếu tố liên quan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các thai phụ có chẩn đoán ối vỡ non được khám và điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

* Tiêu chuẩn lựa chọn: thai phụ được chẩn đoán ối vỡ non có tuổi thai từ 22 - 34 tuần và đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ: điều trị viêm nhiễm sinh dục trong vòng 1 tuần; dùng kháng sinh trong vòng 1 tuần; thực rửa âm đạo trước lấy mẫu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2021 đến tháng 10/2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang. Chọn tất cả những thai phụ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ tham gia nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp. Tiền sử: tiền sử sảy/nạo thai, tiền sử sinh con non tháng tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục dưới

* Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B (GBS) ở thai phụ ối vỡ non. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

* Một số yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới và liên cầu khuẩn nhóm B: tuổi và nghề nghiệp, tiền sử sản khoa, thói quen vệ sinh ..

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Phỏng vấn các đối tượng về các thông tin hành chính, tiền sử và các triệu chứng liên quan

- Cách lấy bệnh phẩm:

Bước 1: Thai phụ nằm trên bàn, không mở mở vạt, không sát trùng, dùng một tấm bông lấy bệnh phẩm ở 1/3 ngoài âm đạo và xoay tấm bông 5 vòng.

Bước 2: Dùng chính tấm bông đó đưa qua cơ thắt hậu môn khoảng 2 - 3 cm xoay 3 - 5 vòng.

Bước 3: Lấy tấm bông và đưa ngay vào ống có dung dịch bảo quản Stuart's Amies.

Bước 4: Gửi bệnh phẩm đến phòng xét nghiệm càng sớm càng tốt.

2.6. Các chỉ tiêu đánh giá

Các bước nuôi cấy định danh vi khuẩn tiến hành như sau:

Bước 1: Tất cả các mẫu bệnh phẩm sẽ được nuôi cấy phân lập vi khuẩn và kháng sinh đồ sẽ được thực hiện ở các trường hợp dương tính với GBS. Kết quả có trong vòng 1 tuần.

Bước 2: Gửi mẫu xét nghiệm tại khoa vi sinh bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán liên cầu:

+ Hình thái khuẩn lạc và tính chất tan máu trên môi trường thạch máu: Khuẩn lạc của liên cầu khuẩn nhóm B thường nhỏ, kích thước nằm trong khoảng 0,5 - 1 mm, trong suốt như giọt sương mù, có vòng tiêu huyết nhỏ trên thạch máu.

+ Tính chất nhuộm gram: Vi khuẩn xếp thành chuỗi, bắt màu gram dương

+ Thử nghiệm Catalase (-): Để phân biệt với Staphylococci

+ Thử nghiệm CAMP. Để xác định giả định GBS

2.7. Sai số và khống chế sai số

- Nghiên cứu viên và các cộng tác viên làm tiến hành nghiên cứu theo một quy trình đã thống nhất.

- Đội ngũ cộng tác viên được tập huấn kỹ trước khi bắt đầu nghiên cứu.

- Xây dựng mẫu bệnh án thống nhất để thu thập thông tin.

- Các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, xét nghiệm đều được thống nhất

- Làm sạch số liệu trước khi xử lý.

2.8. Phân tích và xử lý số liệu

- Số liệu thu thập và nhập liệu bằng phần mềm Epidata, được xử lý bằng phần mềm SPSS 28.0.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu của bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Thai phụ tham gia nghiên cứu được thông báo đầy đủ về mục đích và yêu cầu của nghiên cứu, nội dung phỏng vấn, cách khám phụ khoa và lấy bệnh phẩm để xét nghiệm. Thai phụ có quyền từ chối tham gia nghiên cứu mà không cần nêu lý do.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

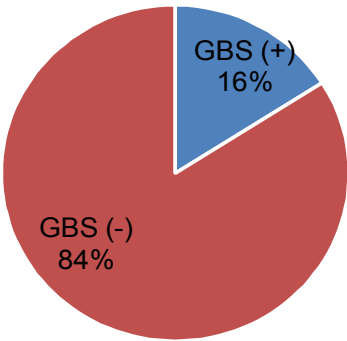
Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B (GBS) ở thai phụ ối vỡ non

Bảng 3.1. Phân bố đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân (n=75)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 22	4	5,3
	22 - 34	50	66,7
	≥ 35	21	28,0
Dân tộc	Kinh	73	97,3
	Khác	2	2,7
Nghề nghiệp	Công chức, viên chức	29	38,7
	Buôn bán	10	13,3
	Nông dân	3	4,0
	Công nhân	7	9,3
	Khác (Tự do, nội trợ...)	26	34,7
Trình độ học vấn	Trung học cơ sở	1	1,3
	Trung học phổ thông	29	38,7
	> Trung học phổ thông	45	60,0
Địa dư	Thành thị	59	78,7
	Nông thôn	16	21,3
	Tổng	75	100,0

Thai phụ trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi từ 22-34 tuổi (66,7%). Tỷ lệ thai phụ ≥ 35 tuổi là 28,0%. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu là dân tộc kinh chiếm đa số; nghề nghiệp là công chức, viên chức chiếm 38,7%, tỷ lệ bệnh nhân là công nhân, nông dân chiếm số ít.

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ thai phụ nhiễm GBS (n=75)



Tỷ lệ thai phụ có ối vỡ non nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B là 16,0%.

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng khi vào viện (n=75)

Đặc điểm	Tổng	GBS (+) (n = 12) (n, %)	GBS (-) (n = 63) (n, %)
Khí hư	38 (50,7)	8 (66,7)	30 (47,6)
Ngứa âm hộ	7 (9,3)	0	7 (11,2)
Đau rát âm hộ	1 (1,3)	0	1 (1,6)
Không triệu chứng của VNĐSDD	34 (45,3)	4 (33,3)	30 (47,6)
Bạch cầu > 10,5 G/l	44 (58,7)	4 (33,3)	40 (63,5)
CRP > 5 mg/L	14 (18,7)	2 (16,7)	12 (19,0)

- Tỷ lệ bệnh nhân có khí hư là 50,7%. Trong đó nhóm bệnh nhân có GBS (+) có triệu chứng này là 66,7%.

- Có 4 bệnh nhân (33,3%) có GBS (+) nhưng không có triệu chứng lâm sàng.
- Tỷ lệ bệnh nhân GBS (+) có bạch cầu tăng là 33,3%. CRP tăng là 16,7%.

3.2. Phân tích một số yếu tố liên quan với nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B

Bảng 3.3. Các yếu tố liên quan với tỷ lệ nhiễm GBS (n = 75)

Đặc điểm	Kết quả	GBS (+)		GBS (-)		P
		n	(%)	n	(%)	
Tuổi	< 35	8	14,8	46	85,2	> 0,05
	≥ 35	4	19,0	17	81,0	
Nghề nghiệp	Công chức, viên chức	3	10,3	26	89,7	> 0,05
	Khác	9	19,6	37	80,4	
Tiền sử sảy/ nạo hút thai	Có	6	26,1	17	73,9	> 0,05
	Không	6	11,5	46	88,5	
Số lần sinh đẻ	Con so	5	17,2	24	82,8	> 0,05
	Con rạ	7	15,2	39	84,8	
Tiền sử sinh con non tháng	Có	2	20,0	8	80,0	> 0,05
	Không	10	15,4	55	84,6	
Tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục	Có	4	21,1	15	78,9	> 0,05
	Không	8	14,3	48	85,7	
Dùng dung dịch vệ sinh phụ nữ	Có	9	14,5	53	85,5	> 0,05
	Không	3	23,1	10	76,9	
Nguồn nước sử dụng	Nước máy	10	15,6	54	84,8	> 0,05
	Nguồn nước khác	2	18,2	9	81,8	
Giao hợp trong thai kỳ	Có	9	18,0	41	82,0	> 0,05
	Không	3	12,0	22	88,0	

Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và nghề nghiệp với tỷ lệ nhiễm GBS.

Ở những nhóm bệnh nhân có tiền sử sảy/ nạo hút thai, tiền sử sinh con non tháng, tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục có tỷ lệ GBS (+) cao hơn nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thói quen vệ sinh, sinh hoạt với tỷ lệ nhiễm GBS.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 75 thai phụ được chẩn đoán ối vỡ non có tuổi thai từ 22 - 34 tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, qua kết quả thu thập được chúng tôi đưa ra một số bàn luận sau:

Bảng 3.1 cho thấy, nhóm thai phụ có độ tuổi từ 22 - 34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%). Tỷ lệ thai phụ ≥ 35 tuổi là 28,0%. Điều này hoàn toàn hợp lý vì đây là lứa tuổi phù hợp cho việc sinh đẻ. Chính vì thế, phần lớn các thai phụ trong nghiên cứu nằm trong độ tuổi thai này.

Kết quả của chúng tôi cũng tương đương nghiên cứu của tác giả Trần Quang Hanh độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 25 - < 30 tuổi (45,3%) và của Nguyễn Thị Vĩnh Thành nhóm thai phụ tuổi 26 - 30 là 41% [2], [3]

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, chiếm hầu hết là dân tộc Kinh (97,3%). Nghề nghiệp là công chức, viên chức chiếm 38,7%, tỷ lệ bệnh nhân là công nhân, nông dân chiếm số ít. Đa phần có trình độ học vấn trên trung học phổ thông và sống ở thành thị. Do địa bàn nghiên cứu của chúng tôi ở Hà Nội nên đa phần bệnh nhân đều sinh sống thành thị và có trình độ học vấn cao. Chúng tôi đề cập đến nội dung này như một phần yếu tố về kiến thức, thực hành trong chăm sóc sức khỏe sinh sản của các thai phụ cũng như các thói quen vệ sinh ảnh hưởng đến tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới và liên cầu khuẩn nhóm B.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12/75 thai phụ có kết quả sàng lọc GBS dương tính, tương ứng với tỷ lệ là 16%. Chúng tôi sử dụng phương pháp nuôi cấy trên thạch máu dinh dưỡng để phát hiện vi khuẩn, đây là môi

trường mà đa số vi khuẩn gây bệnh thông thường có thể mọc. Khuyến cáo sàng lọc GBS của CDC và WHO cần lấy mẫu âm đạo - trực tràng. Kết quả của chúng tôi phù hợp với tỷ lệ mang GBS trong thai kỳ hiện nay, dao động từ 10 - 30% [2].

So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Anh, bệnh phẩm cũng là dịch âm đạo và nuôi cấy trong môi trường thạch máu thì tỷ lệ nhiễm GSB trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (4,9%) [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu của Trần Quang Hanh (9,2%) mặc dù nghiên cứu này bệnh phẩm âm đạo được nuôi cấy trong môi trường dinh dưỡng chọn lọc như khuyến cáo [2].

Tỷ lệ nhiễm GBS ở thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Từ Vân (17,5%) tại Bệnh viện Từ Dũ thành phố Hồ Chí Minh có chuyển dạ sinh non tuổi thai từ 28 đến 36 tuần 6 ngày, nghiên cứu của Hồ Ngọc Sơn tại Bệnh viện đa khoa khu vực Nam Bình Thuận (17,8%) [5], [6]. Tuy nghiên cứu của các tác giả này bệnh phẩm được lấy ở âm đạo - trực tràng và được nuôi cấy trong môi trường dinh dưỡng chọn lọc, khác so với nghiên cứu của chúng tôi nhưng tỷ lệ nhiễm GSB trong các nghiên cứu vẫn tương đương nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Vĩnh Thành tại Bệnh viện Từ Dũ (18,1%) bệnh phẩm của nghiên cứu lấy cả ở âm đạo và trực tràng (đường tiêu hóa được xem như là ổ chứa GBS) do đó làm tăng tỷ lệ phát hiện GBS ở các thai phụ [3].

So sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới thì tại Trung Quốc, kết quả nghiên cứu của Jichang Chen trên 3439 phụ nữ mang thai (PNMT) cho thấy tỷ lệ nhiễm GBS là 6,1% [7]. Nghiên cứu của Mubashir Ahmad Khan (2015) tại Ả Rập Saudi trên 1328 PNMT, bệnh phẩm lấy từ âm đạo có tỷ lệ nhiễm GBS là 13,4% [8]. Ở Hoa Kỳ, nghiên cứu của Edwards JM, tỷ lệ nhiễm GBS ở thai phụ là 21,6% còn nghiên cứu của Shelby M Kleweis là 25,8% [9], [10]. Tỷ lệ nhiễm GBS ở phụ nữ mang thai 35 - 37 tuần đặc biệt cao ở Nam Mỹ và Châu Phi. Điều này hoàn toàn phù hợp với điều kiện kinh tế và vệ sinh của thai phụ ở khu vực nghiên cứu như nghiên cứu của Lucia M Lekala (Nam Phi) có tỷ lệ 48,2% [11].

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 nuôi cấy, môi trường nuôi cấy và phương pháp phát hiện. 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.

Về các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B, trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân có khí hư là 50,7%. Trong đó nhóm bệnh nhân có GBS (+) tỉ lệ có triệu chứng này là 66,7%. Có 4 bệnh

nhân (33,3%) có GBS (+) nhưng không có triệu chứng lâm sàng. Tỷ lệ bệnh nhân VSĐSD có bạch cầu tăng là 33,3%. CRP tăng là 16,7%. Các triệu chứng dương tính mơ hồ hơn so với nhóm bệnh nhân viêm nhiễm đường sinh dục đã đề cập ở trên. So sánh sự phân bố bệnh nhân nhiễm GBS trong nhóm bệnh nhân có VNĐSSD, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân có GBS (+) trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 21,4%. Ở nhóm bệnh nhân không phát hiện VNĐSSD có 3 bệnh nhân (9,1%) có GBS (+). Vì vậy việc thăm khám sàng lọc để phát hiện viêm nhiễm đường sinh dục dưới cũng như liên cầu khuẩn nhóm B ở phụ nữ mang thai là cần thiết, đặc biệt ở nhóm đối tượng ở 3 tháng cuối của thai kỳ. Để đánh giá mối liên quan giữa tuổi của thai phụ và tỷ lệ nhiễm GBS, chúng tôi chia tuổi của thai phụ thành 2 nhóm < 35 tuổi và ≥ 35 tuổi, vì phụ nữ từ 35 tuổi trở lên, tuổi càng tăng thì nồng độ estrogen càng giảm làm tế bào biểu mô niêm mạc âm đạo bị teo làm giảm lượng glycogen dễ dẫn đến nhiễm khuẩn. Theo bảng 3.3, nhóm PNCT ≥ 35 tuổi có tỷ lệ nhiễm GBS cao hơn là 19%, nhóm PNCT < 35 tuổi có tỷ lệ nhiễm là 14,8%. Tuy nhiên, không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và tỷ lệ nhiễm GSB, có lẽ do trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ thai phụ ≥ 35 tuổi chiếm tỉ lệ thấp trong mẫu nghiên cứu mà đa số là ở độ tuổi 22-34 tuổi. Kết quả này giống với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Từ Vân, nghiên cứu của Mubashir Ahmad Khan (2015) tại Ả Rập Saudi cho rằng thai phụ có tuổi trên 40 có tỷ lệ nhiễm GBS cao hơn dưới 40 [5], [8]. Nhưng kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Jichang Chen tại Trung Quốc cho thấy có mối liên quan giữa tuổi mẹ và tỷ lệ nhiễm GBS, trong đó nhóm thai phụ < 40 tuổi làm gia tăng tỷ lệ nhiễm GBS một cách có ý nghĩa thống kê [7]. Chính vì vậy, các nghiên cứu trên thế giới hiện nay cũng cho thấy chưa thống nhất về mối liên quan giữa nhiễm GBS và tuổi của thai phụ.

Nhóm thai phụ là công chức viên chức có tỉ lệ nhiễm GSB là 10,3% thấp hơn so với nhóm thai phụ ngành nghề khác là 19,6%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Ngân Tâm nhóm thai phụ là công nhân viên có khả năng nhiễm GSB cao gấp 3,13 lần so với nhóm thai phụ làm nghề nội trợ [12].

Chúng tôi tìm hiểu mối liên quan giữa tiền sử sản khoa và tỷ lệ nhiễm GSB, kết quả ở những nhóm bệnh nhân có tiền sử sẩy/ nạo hút thai, tiền sử sinh con non tháng, tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục có tỉ lệ GBS (+) cao hơn nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả của chúng tôi giống với kết quả của tác giả Lucia Matsiane Lekala nghiên cứu tại Nam Phi cho thấy một tỷ lệ nhiễm GBS cao hơn ở những người có tiền sử nạo, sẩy thai hoặc thai chết lưu trước đó so với nhóm chưa có tiền sử can thiệp vào đường sinh dục [11]. Nhưng kết quả này lại khác nghiên cứu của Roksana Darabi tại Iran cho thấy

không có sự khác biệt giữa những thai phụ có tiền sử nạo hút thai và những thai phụ chưa có tiền sử nạo hút thai. Tương tự là kết quả nghiên cứu của nhà khoa học Jichang Chen tại Trung Quốc cũng cho thấy cho không có sự khác biệt về nhiễm GBS ở các nhóm trên [7], [13].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.4 cho thấy, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố như sử dụng dung dịch vệ sinh phụ nữ, sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh với tỉ lệ nhiễm GBS. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Trần Quang Hanh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố như kiêng tắm rửa, cho nước vào âm đạo, sử dụng dung dịch vệ sinh phụ nữ, rửa vệ sinh âm hộ hàng ngày, sử dụng nguồn nước không hợp vệ sinh với tình trạng nhiễm GBS, tỷ lệ nhiễm cao nhất ở nhóm thai phụ sử dụng nguồn nước không hợp vệ sinh ($p < 0,05$) [2].

Nghiên cứu của tác giả Hồ Ngọc Sơn qua phân tích đơn biến cho thấy giao hợp trong thời kỳ mang thai là yếu tố nguy cơ nhiễm GBS với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,004$) nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả cho thấy không có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm GBS với yếu tố này [6].

Mặc dù so với một số nghiên cứu thì nghiên cứu của chúng tôi cũng có những điểm tương đồng, tuy nhiên do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ (75 trường hợp) nên khó đánh giá được chính xác các yếu tố liên quan. Do đó cần có những nghiên cứu ở cỡ mẫu lớn hơn trong độ tuổi thai này để đánh giá tất cả những đặc điểm bệnh và các yếu tố liên quan để kiểm soát tốt hơn trong việc tư vấn, dự phòng và điều trị. Nếu làm tốt được các khâu này sẽ giảm thiểu được những nguy cơ cho sản phụ và thai nhi.

5. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

Nhóm tuổi 22-34 chiếm tỉ lệ cao nhất 66,7%. Tỉ lệ thai phụ có ối vỡ non nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B là 16,0%.

Tỉ lệ bệnh nhân GBS (+) có khí hư là 66,7%, bạch cầu tăng là 33,3%, CRP tăng là 16,7%, 33,3% không có triệu chứng của viêm đường sinh dục dưới.

Không thấy có sự liên quan giữa tuổi thai phụ, nghề nghiệp, tiền sử sản khoa, tiền sử viêm nhiễm phụ khoa cũng như thói quen vệ sinh với nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahmadzia HK và Heine RP (2014), "Diagnosis and management of group B streptococcus in pregnancy", *Obstet Gynecol Clin North Am*, 41(4), tr. 629-647.
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 bằng kháng sinh trong chuyển dạ phòng lây truyền sang con tại bệnh viện Sản nhi Nghệ An 2018-

2019, , Luận văn Tiến sĩ Y học, Viện Sốt rét-kí sinh trùng Trung ương.

3. Nguyễn Thị Vĩnh Thành và Ngô Thị Kim Phụng (2009), "Tỷ lệ thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B tại bệnh viện Từ Dũ", *Tạp chí Y học TP.HCM*, tr. 82-86.
4. Nguyễn Thị Kim Anh và cs (2020), "Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới và một số đặc điểm liên quan ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối", *Tạp chí Phụ sản* 18(2), tr. 23-29.
5. Nguyễn Thị Từ Vân và Bùi Thị Thu Hương (2013), "Tỷ lệ Streptococcus nhóm B âm đạo-trực tràng trên thai kỳ sinh non và một số yếu tố liên quan", *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 17(3).
6. Hồ Ngọc Sơn và Vũ Thị Nhung (2017), "Tỷ lệ nhiễm Streptococcus nhóm B âm đạo-trực tràng ở phụ nữ mang thai 35-37 tuần tại bệnh viện đa khoa khu vực Nam Bình Thuận", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 21(1).
7. Jichang chen và et al (2018), "Group B streptococcal colonization in mothers and infants in western China: Prevalences and risk factors", *BMC Infectious Diseases*.
8. Mubashir Ahmad Khan và et al (2015), "Maternal colonization of group B streptococcus: Prevalence, associated factors and antimicrobial resistance", *Annals of Saudi Medicine*, 35(6), tr. 423-427.
9. Edwards JM (2019), "Group B Streptococcus (GBS) Colonization and Disease among Pregnant Women: A Historical Cohort Study", *Infect Dis Obstet Gynecol*.
10. Shelby M. Kleweis (2015), "Maternal Obesity and Rectovaginal Group B Streptococcus Colonization at Term", *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 230(3), tr. 123-135.
11. Lucia Matsiane Lekala và et al (2015), "Risk Factors Associated with Group B Streptococcus Colonization and Their Effect on Pregnancy Outcome", *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 3(6), tr. 121-128.
12. Lê Thị Ngân Tâm và Nguyễn Duy Tài (2016), "Tỷ lệ nhiễm Streptococcus nhóm B âm đạo-trực tràng và các yếu tố liên quan trên thai phụ 35-37 tuần tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*.
13. Darabi R, Tadi S và Mohit M (2017), "The prevalence and risk factors of group B streptococcus colonization in Iranian pregnant women.", *Electron Physician*, 9(5), tr. 4399-4404.