

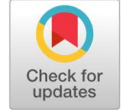


ISSN: 1859-1779

## Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(6):55-61

<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.06.07>



# Tỉ lệ thai phụ mang liên cầu khuẩn nhóm B và thực hành dự phòng tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Trần Nhật Huy<sup>1,\*</sup>, Trần Nhật Thăng<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bộ môn Phụ Sản, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Liên cầu khuẩn nhóm B (GBS) là tác nhân quan trọng bậc nhất gây nhiễm trùng sơ sinh sớm với tỉ lệ tử vong cao và để lại nhiều di chứng. Tại Việt Nam, dữ liệu về tỉ lệ thai phụ mang GBS và thực hành kháng sinh dự phòng trong chuyển dạ còn hạn chế.

**Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ mang GBS ở thai phụ đủ tháng đến sinh tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) và mô tả thực tiễn sử dụng kháng sinh dự phòng GBS trong chuyển dạ.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 1.022 thai phụ đủ tháng đến sinh tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2025. Dữ liệu được thu thập từ bệnh án điện tử, bao gồm tình trạng nhiễm GBS, phương pháp tầm soát, kháng sinh dự phòng trong chuyển dạ và một số đặc điểm lâm sàng liên quan.

**Kết quả:** Có 93,9% thai phụ đủ tháng đến sinh tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM được tầm soát GBS; trong đó 26,7% trường hợp cho kết quả dương tính. Phương pháp cấy dịch âm đạo - trực tràng lúc 35-37 tuần tuổi thai được sử dụng chủ yếu và ghi nhận tỉ lệ dương tính cao hơn so với xét nghiệm PCR được thực hiện khi thai phụ vào chuyển dạ. Trong nhóm GBS dương tính, 96,8% thai phụ được chỉ định kháng sinh dự phòng và 77,3% được dùng kháng sinh dự phòng trên 4 giờ trước cuộc sinh.

**Kết luận:** Tỉ lệ mang GBS ở thai phụ đủ tháng tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM ở mức đáng lưu ý. Chương trình sàng lọc và dự phòng kháng sinh trong chuyển dạ đã được triển khai tốt. Cần nhiều dữ liệu hơn nữa về phương pháp xét nghiệm PCR để có thể so sánh các ưu nhược điểm với phương pháp cấy truyền thống.

**Từ khóa:** liên cầu khuẩn nhóm B; cấy dịch âm đạo trực tràng; nhiễm trùng sơ sinh sớm

Ngày nhận bài: 15-03-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 16-04-2026 / Ngày đăng bài: 24-04-2026

\*Tác giả liên hệ: Trần Nhật Huy. Bộ môn Phụ Sản, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: [Tranhuy@ump.edu.vn](mailto:Tranhuy@ump.edu.vn)

© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

## PREVALENCE OF GROUP B STREPTOCOCCAL COLONIZATION AMONG PREGNANT WOMEN AND PROPHYLACTIC PRACTICE AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER - HO CHI MINH CITY

Tran Nhat Huy, Tran Nhat Thang

**Background:** Group B Streptococcus (GBS) is the most prevalent pathogen causing early-onset neonatal infection, with a high mortality rate and many sequelae. In Viet Nam, data on the prevalence of maternal GBS colonization and the practice of intrapartum antibiotic prophylaxis remain limited.

**Objectives:** To determine the prevalence of GBS colonization among term pregnant women delivering at University Medical Center - Ho Chi Minh City (UMC HCMC) and to describe the clinical practice of intrapartum GBS antibiotic prophylaxis.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted on 1,022 term pregnant women who delivered at UMC HCMC from January to May 2025. Data were extracted from the electronic medical records, including GBS colonization status, screening methods, intrapartum antibiotic prophylaxis and some related clinical characteristics.

**Results:** The GBS screening rate was 93.9%, positive rate was 26.7%. Vaginal-rectal culture at 35–37 weeks' gestation was the main method and showed a higher positivity rate compared to PCR testing performed at labor admission. Among GBS-positive women, 96.8% were prescribed antibiotic prophylaxis, and 77.3% received antibiotics more than 4 hours prior to delivery.

**Conclusions:** The prevalence of GBS colonization among term pregnant women at UMC HCMC was quite notable. The screening and intrapartum antibiotic prophylaxis strategy was well implemented. More data on PCR testing are needed to better compare its advantages and disadvantages with conventional culture.

**Keywords:** group B Streptococcus; vaginal-rectal culture; early-onset neonatal sepsis

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B (Group B Streptococcus – GBS) là một trong những nguyên nhân quan trọng gây nhiễm trùng sơ sinh sớm, có thể dẫn đến các bệnh cảnh nguy hiểm như viêm phổi, nhiễm trùng huyết và viêm màng não với nguy cơ tử vong cao và để lại di chứng lâu dài [1]. Trên thế giới, tỉ lệ mang GBS ở thai phụ dao động khá nhiều tùy vào từng khu vực và phương pháp xét nghiệm khác nhau. Nhiều quốc gia đã triển khai các chiến lược sàng lọc GBS trong thai kỳ kết hợp với việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong chuyển dạ đã giúp giảm tỉ lệ bệnh GBS khởi phát sớm ở trẻ sơ sinh một cách rõ rệt [2]. Tại Việt Nam, đã có những nghiên cứu ban đầu cho thấy tỉ lệ thai phụ mang GBS là khá cao, dao động trong khoảng 9,2% - 25,5% [3,4].

Các nghiên cứu tại Việt Nam chủ yếu tập trung vào tỉ lệ mang GBS với kết quả phân tán, trong khi đó số liệu về mức độ tuân thủ kháng sinh dự phòng GBS trên lâm sàng còn rất hạn chế. Hiệu quả của chiến lược dự phòng GBS không chỉ phụ thuộc vào tỉ lệ sàng lọc mà còn phụ thuộc rất nhiều vào mức độ tuân thủ sử dụng kháng sinh trên lâm sàng. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) tiếp nhận số lượng lớn thai phụ đến sinh hàng năm, cũng như là nơi thường xuyên áp dụng các tiến bộ về y khoa, các bằng chứng thực hành mới vào việc chăm sóc và nâng cao sức khỏe người bệnh. Do đó, xuất phát từ các thực tế nêu trên cùng những điều kiện thuận lợi tại chỗ, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu “Tỉ lệ thai phụ mang liên cầu khuẩn nhóm B và thực hành dự phòng tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM”, nhằm trả lời cho câu hỏi nghiên cứu: Tỉ lệ thai phụ mang liên cầu khuẩn nhóm B tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM là bao nhiêu và thực hành kháng

sinh dự phòng tại đây như thế nào? Nghiên cứu nhằm tới mục tiêu cung cấp các bằng chứng thực tế và góp phần hoàn thiện quy trình sàng lọc và dự phòng GBS ở thai phụ, qua đó làm giảm đi gánh nặng nhiễm GBS sớm cho trẻ sơ sinh tại Việt Nam.

## Mục tiêu nghiên cứu

Xác định tỉ lệ mang GBS ở thai phụ đủ tháng đến sinh tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM.

Mô tả thực tiễn sử dụng kháng sinh dự phòng GBS trong chuyển dạ tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ sinh tại khoa Phụ sản bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ ngày 1/1/2025 đến ngày 31/5/2025.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Tuổi thai lúc sinh  $\geq 37$  tuần.

Có thông tin rõ ràng về tình trạng GBS của mẹ, diễn tiến chuyển dạ và phương thức sinh, sử dụng kháng sinh trong chuyển dạ, kết cục trẻ sơ sinh sớm.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Thai phụ sinh non  $< 37$  tuần.

Thai nhi có dị tật bẩm sinh nặng hoặc bất thường di truyền đã được chẩn đoán trước sinh.

Các trường hợp mổ lấy thai chủ động trước chuyển dạ.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

### 2.2.2. Cỡ mẫu

Chọn mẫu toàn bộ các thai phụ thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian thực hiện nghiên cứu. Tổng số mẫu thu thập được là 1.022 thai phụ.

### 2.2.3. Phương pháp thực hiện

Chúng tôi truy xuất hồ sơ từ hệ thống bệnh án điện tử của bệnh viện trong thời gian từ ngày 1/1/2025 đến ngày 31/5/2025. Tất cả các hồ sơ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được thu thập các số liệu cần thiết cho nghiên cứu như tình trạng tầm soát, phương pháp tầm soát, và kết quả tầm soát GBS, chỉ định và tuân thủ kháng sinh dự phòng, thời gian dùng kháng sinh, loại kháng sinh cũng như các đặc điểm lâm sàng liên quan khác như: tuổi mẹ, tuổi thai, phương thức sinh, ối vỡ, mẹ sốt....

### 2.2.4. Biến số nghiên cứu

Biến số chính: Tỉ lệ thai phụ thực hiện xét nghiệm tầm soát, tỉ lệ thai phụ có xét nghiệm tầm soát âm tính, dương tính, tỉ lệ thai phụ tuân thủ kháng sinh dự phòng.

Biến số phụ: Đặc điểm của thai phụ (tuổi, tình trạng sinh con, phương thức sinh), các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng (ối vỡ trên 18h, mẹ sốt), đặc điểm của trẻ sơ sinh (tuổi thai, cân nặng lúc sinh).

### 2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Số liệu được thu thập, làm sạch, và xử lý trên phần mềm Excel và R

Các biến định lượng được trình bày bằng trung bình  $\pm$  SD, biến định tính trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ %.

## 3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được thực hiện trên tổng số 1.022 thai phụ đủ tháng đến sinh tại khoa Phụ sản, bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM trong khoảng thời gian từ 1/1/2025 đến 31/5/2025.

Bảng 1 mô tả các đặc điểm chung của nhóm thai phụ tham gia nghiên cứu, theo đó tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu là  $30,7 \pm 4,1$  tuổi, không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm theo tình trạng GBS. Về tình trạng sinh con, có 649 (63,5%) thai phụ là con so và 373 (36,5%) thai phụ đã có 1 con trở lên. Phương thức sinh thường chiếm đa số với 648 (63,4%) thai phụ, tiếp theo là sinh mổ với 324 (31,7%) và sinh giúp với 50 (4,9%) trường hợp. Tuổi thai trung bình lúc sinh là  $38 + 6/7$  tuần và cân nặng sơ sinh trung bình là  $3.097,8 \pm 1.044,3$  gram. Có 24 trường hợp mẹ sốt trong chuyển dạ và 8 trường hợp vỡ ối trên 18 tiếng cho đến lúc sinh.

**Bảng 1. Đặc điểm của thai phụ tham gia nghiên cứu**

Đặc điểm/Tình trạng tầm soát GBS	Không tầm soát GBS (n=62)	GBS dương (n=256)	GBS âm (n=704)	Tổng (n=1.022)
Tuổi thai phụ (năm) Trung bình ± SD	31,1 ± 5,4	30,8 ± 3,8	30,6 ± 4,0	30,7 ± 4,1
Tình trạng sinh con				
Thai phụ con so	24 (3,7%)	178 (27,4%)	447 (68,9%)	649 (100%)
Thai phụ có ≥ 1 con	38 (10,2)	78 (20,9)	257 (68,9%)	373 (100%)
Phương thức sinh				
Sinh thường	39 (6,0%)	142 (21,9%)	467 (72,1%)	648 (100%)
Sinh giúp	7 (14,0%)	12 (24,0%)	31 (62,0%)	50 (100%)
Sinh mổ	16 (4,9%)	102 (31,5%)	206 (63,6%)	324 (100%)
Tuổi thai lúc sinh (tuần) Trung bình	38 + 3/7	38 + 5/7	38 + 6/7	38 + 6/7
Cân nặng lúc sinh (gram) Trung bình ± SD	3097,6 ± 419,4	3051,1 ± 367,6	3114,7 ± 1231,2	3097,8 ± 1044,3
Mẹ sốt trong chuyển dạ	0 (0%)	9 (37,5%)	15 (62,5%)	24 (100%)
Ồi vỡ trên 18 tiếng	0 (0%)	2 (25,0%)	6 (75,0%)	8 (100%)

**Bảng 2. Thực trạng tầm soát GBS**

Tình trạng tầm soát GBS	Số ca (n)	Tỉ lệ (%)
Tổng số ca	1022	100,0
Không tầm soát	62	6,1
Có tầm soát	960	93,9
Cấy khi 35-37 tuần	832	81,4
PCR khi chuyển dạ	128	12,5

**Bảng 3. Kết quả tầm soát GBS**

Kết quả tầm soát	Số ca	Tỉ lệ trong phương pháp (%)	Tỉ lệ trong tổng số (%)
Cấy GBS	832	100,0	86,7
Âm tính	593	71,3	61,8
Dương tính	239	28,7	24,9
PCR GBS	128	100,0	13,3
Âm tính	111	86,7	11,6
Dương tính	17	13,3	1,8
Tổng số GBS dương tính	256		26,7

Thực trạng và kết quả tầm soát GBS được trình bày ở Bảng 2 và 3. Trong tổng số 1.022 thai phụ, có 960 (93,9%) trường hợp được thực hiện tầm soát GBS, trong khi đó 62 (6,1%) trường hợp không được tầm soát trước sinh. Đây là một tỉ lệ tầm soát GBS cao về mặt lâm sàng, với 960 trường hợp thực hiện tầm soát sẽ giúp chúng tôi tính toán được tỉ lệ thai phụ mang GBS với độ tin cậy cao. Về phương pháp tầm soát, cấy dịch ở âm đạo - trực tràng ở thời điểm 35-37 tuần tuổi thai được thực hiện chủ yếu với 832 (81,4%) trường hợp, trong khi phương pháp PCR lúc thai phụ vào chuyển dạ được thực hiện ở 128 (12,5%) trường hợp còn lại. Điều này là do ở thời điểm hiện tại phương pháp cấy dịch âm đạo - trực tràng được thực

hiện thường quy tại bệnh viện, chúng tôi chỉ thực hiện PCR cho các ca không được cấy thường quy trước đó.

Trong số 832 thai phụ được tầm soát bằng phương pháp cấy, có 239 trường hợp dương tính (28,7%) và 593 trường hợp âm tính (71,3%). Đối với phương pháp PCR, trong 128 trường hợp được thực hiện, có 17 ca dương tính (13,3%) và 111 ca âm tính (86,7%). Khi tính chung cho cả hai phương pháp tầm soát, trong 960 thai phụ được tầm soát, có 256 trường hợp mang GBS (26,7%). Kết quả này cho thấy tỉ lệ mang GBS ở thai phụ tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM là khá cao, phù hợp với các nghiên cứu trước đây tại khu vực Thành phố Hồ Chí Minh.

Tình trạng tuân thủ kháng sinh dự phòng được minh họa ở Bảng 4. Trong nhóm 256 thai phụ có kết quả GBS dương tính, chúng tôi chỉ định kháng sinh dự phòng cho 248 (96,8%) trường hợp với 198 (77,3%) ca được sử dụng kháng sinh đầy đủ theo phác đồ, tức thời gian dùng kháng sinh trên 4 giờ trước sinh, 50 ca (19,5%) dùng kháng sinh dưới 4 giờ, và 8 trường hợp (3,2%) không được dùng kháng sinh dự phòng. Tỉ lệ tuân thủ kháng sinh dự phòng rất cao cho thấy sự tuân thủ tốt trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện. 8 trường hợp không dùng kháng sinh trước sinh là vì thai phụ nhập viện với cổ tử cung đã mở trọn hoặc gần trọn và diễn tiến sinh gần như ngay lập tức sau đó.

Đối với nhóm không được tầm soát GBS, tỉ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng cũng rất cao với 55 (88,7%) trường hợp. Điều này đến từ hướng dẫn điều trị của bệnh viện, đối với các trường hợp không thực hiện tầm soát thì kháng sinh dự phòng được thực hiện một cách thường quy, giống như là thai phụ có tình trạng GBS dương tính. Trong nhóm GBS âm tính chỉ có 17

(2,4%) trường hợp được dùng kháng sinh dự phòng đến từ các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng khác trên lâm sàng như ôi vỡ trên

18 tiếng trước sinh hoặc mẹ sốt trong chuyển dạ.

**Bảng 4. Tuân thủ kháng sinh dự phòng**

Kháng sinh trong chuyển dạ	Không tầm soát GBS (n=62)	GBS âm tính (n=704)	GBS dương (n=256)
Không dùng kháng sinh	7 (11,3%)	687 (97,6%)	8 (3,2%)
Có dùng kháng sinh	55 (88,7%)	17 (2,4%)	248 (96,8%)
Kháng sinh dưới 4h	10 (16,1%)	1 (0,1%)	50 (19,5%)
Kháng sinh trên 4h	45 (72,6%)	16 (2,3%)	198 (77,3%)
Tổng	62 (100%)	704 (100%)	256 (100%)

## 4. BÀN LUẬN

Về lựa chọn đối tượng nghiên cứu, chúng tôi tập trung vào nhóm thai phụ đủ tháng cũng như loại trừ các trường hợp thai có dị tật bẩm sinh, và sinh mổ chủ động. Điều này giúp cho dữ liệu được thuần nhất và hướng đến các ảnh hưởng của GBS trên kết cục của trẻ sơ sinh, tránh đi sự gây nhiễu đến từ các tình trạng khác của thai kỳ. Lựa chọn này tương đồng với hầu hết các nghiên cứu về thai phụ mang GBS trên thế giới, qua đó giúp việc so sánh, bàn luận dữ liệu cũng rõ ràng hơn. Tỷ lệ mang GBS ở thai phụ đủ tháng đến sinh tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM là 26,7%, cao hơn so với một số nghiên cứu trước đây tại miền bắc Việt Nam, như nghiên cứu của Trần Quang Hạnh, hay Nguyễn Văn Lê với tỉ lệ lần lượt là 9,2% và 19,5% [3,5]. Trong khi đó, dữ liệu của chúng tôi lại khá tương đồng với nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn tại TP.HCM, tác giả ghi nhận tỉ lệ này là 24,7% khi cấy dịch âm đạo và 25,5% khi xét nghiệm PCR [4]. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố, bao gồm khác biệt về địa lý, đặc điểm dân số, hay phương pháp xét nghiệm và quy trình thu mẫu.

Về thực trạng triển khai sàng lọc, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 93,9% thai phụ được tầm soát GBS, một tỉ lệ khá cao trong thực hành lâm sàng. Kết quả này phản ánh việc bệnh viện đã áp dụng tương đối tốt quy trình sàng lọc trước sinh, đặc biệt là cấy GBS ở giai đoạn thai 35 – 37 tuần với tỉ lệ 81,4%, trong khi đó, PCR chỉ được xét nghiệm ở một tỉ lệ nhỏ hơn, 12,5%, áp dụng cho các thai phụ vào chuyển dạ mà chưa được cấy trước đó.

Một điểm đáng chú ý là tỉ lệ GBS dương tính ở nhóm PCR là 13,3%, thấp hơn khá nhiều so với nhóm cấy dịch âm đạo – trực tràng là 28,7%, và cũng thấp hơn so với các dữ liệu khác

trên thế giới, chẳng hạn với 23,8% của Feuerschuetzte OHM hay 25,7% của Helmig RB [6,7]. Sự khác biệt này có thể đến từ nhiều lý do: thứ nhất là thời điểm lấy mẫu khác nhau, dẫn đến tình trạng mang GBS của thai phụ cũng khác nhau, cấy ở 35-37 tuần tuổi thai, còn PCR lúc thai phụ vào chuyển dạ. Thứ hai là trong phân nhóm tầm soát bằng PCR, chúng tôi chỉ khảo sát 128 trường hợp đã vào chuyển dạ. Cỡ mẫu này có thể chưa đủ năng lực để thể hiện đúng tỉ lệ trên thực tế. Tuy nhiên điều này cũng gợi ý cần những nghiên cứu khác nhằm tìm ra tỉ lệ chính xác thai phụ mang GBS lúc vào chuyển dạ thật sự để việc sử dụng kháng sinh dự phòng sau đó đạt được sự phù hợp cao nhất.

Về thực hành sử dụng kháng sinh dự phòng trong chuyển dạ, ở nhóm GBS dương tính, 96,8% thai phụ được chỉ định kháng sinh dự phòng, trong đó có 77,3% được dùng đủ thời gian trên 4 giờ trước sinh, cho thấy mức độ tuân thủ phác đồ khá tốt. Con số này cũng cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Bianco A, khi chỉ có 36,3% thai phụ được dùng kháng sinh trên 4 giờ trước sinh [8]. Đây là một kết quả rất đáng khích lệ cho chúng tôi, vì có nhiều chứng cứ cho thấy hiệu quả của kháng sinh dự phòng phụ thuộc chặt chẽ vào thời gian dùng thuốc trước sinh [9,10]. Dẫu vậy, vẫn còn 19,5% trường hợp thai phụ mang GBS được dùng kháng sinh dưới 4 giờ trước sinh và 3,2% hoàn toàn không dùng kháng sinh. Ngoài những lý do khách quan như thai phụ nhập viện với cổ tử cung đã mở trọn hoặc gần trọn và được sinh ngay lập tức sau đó, thì chúng tôi cũng cần xem xét lại quy trình quản lý thai phụ trong chuyển dạ để việc dùng kháng sinh dự phòng không bị trì hoãn.

Ở nhóm không được tầm soát, tỉ lệ dùng kháng sinh dự phòng cũng tương đối cao, 88,7%, phản ánh xu hướng xử trí thận trọng trong thực hành lâm sàng. Với nhóm này, phác đồ hiện tại ở bệnh viện là dùng kháng sinh dự phòng thường quy, tức là xem những thai phụ này thuộc nhóm nguy cơ cao tương

tự với các trường hợp mang GBS. Điều này xuất phát từ các chứng cứ liên quan cho thấy việc chỉ bắt đầu dùng kháng sinh khi xuất hiện các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng trên lâm sàng như mẹ sốt, ối vỡ lâu trên 18 giờ, không mang lại hiệu quả như mong đợi [11,12]. Tuy nhiên, việc dùng kháng sinh thường quy như hiện tại có thể dẫn đến việc dùng kháng sinh quá tay, không loại trừ khả năng ảnh hưởng đến sức khỏe của cả thai phụ lẫn trẻ sơ sinh sau này do sự thay đổi khuẩn hệ thường trú khỏe mạnh của họ. Đây cũng là 1 lý do cho thấy chúng tôi còn nhiều việc cần làm để có thể hoàn thiện quy trình sàng lọc và dự phòng GBS hiện có tại bệnh viện.

Chúng tôi sử dụng kháng sinh đầu tay là Ampicillin, 2g được tiêm tĩnh mạch khi thai phụ vào chuyển dạ và 1g được lặp lại mỗi 4h sau đó cho đến khi sinh. Đối với các trường hợp kháng hoặc dị ứng với Ampicillin thì theo hướng dẫn lựa chọn tiếp theo là Cefazolin, 2g cho liều đầu, 1g lặp lại mỗi 8h sau đó, hoặc Clindamycin, 900mg, truyền tĩnh mạch mỗi 8h cho đến lúc sinh. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 320 thai phụ có chỉ định kháng sinh đều được dùng Ampicillin theo phác đồ và không ghi nhận trường hợp dị ứng nào sau đó.

Nghiên cứu cũng ghi nhận 8 trường hợp trẻ sơ sinh nghi ngờ nhiễm trùng sớm dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng như công thức máu, CRP, XQ phổi. Trong đó, có 1 trường hợp được cấy máu dương tính với GBS, chiếm tỉ lệ rất nhỏ, 1/1022. Do đó, nghiên cứu chưa thể đánh giá trực tiếp kết cục ở trẻ sơ sinh để có thể bàn luận đầy đủ hiệu quả lâm sàng cuối cùng của chương trình sàng lọc và dự phòng tại bệnh viện. Hạn chế này của nghiên cứu đến từ việc mục tiêu của nghiên cứu này không hướng đến kết cục ở trẻ sơ sinh nhưng đã trình bày ban đầu. Chúng tôi sẽ tiếp tục khảo sát mục tiêu quan trọng này ở các nghiên cứu lớn, quy mô khác trong tương lai.

Tóm lại, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mang GBS ở thai phụ đủ tháng tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM khá cao, tương đồng với một số nghiên cứu gần đây tại Thành phố Hồ Chí Minh và cao hơn các báo cáo ở các tỉnh thành khác. Đồng thời, chương trình sàng lọc và dự phòng kháng sinh trong chuyển dạ được triển khai tương đối tốt, với tỉ lệ tầm soát cao và mức tuân thủ kháng sinh dự phòng đầy đủ ở nhóm GBS dương tính rất khả quan. Đây là cơ sở quan trọng để tiếp tục chuẩn hóa quy trình sàng lọc, tăng cường giám sát tuân thủ và tối ưu hóa quy trình chăm sóc tiền sản nhằm giảm gánh nặng bệnh GBS khởi phát sớm ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện cũng như trên cả nước.

Các nghiên cứu về tình trạng thai phụ mang GBS và thực

hành dự phòng đã được thực hiện nhiều trên bình diện chung của thế giới. Tuy nhiên, cũng như các bệnh lý nhiễm trùng khác, GBS có sự thay đổi rất lớn theo từng vùng địa lý, do đó nghiên cứu đã góp phần mô tả cụ thể hơn về tình trạng thai phụ mang GBS tại Việt Nam, cũng như cung cấp số liệu chưa từng được công bố trước đây về thực trạng tuân thủ kháng sinh dự phòng GBS tại một cơ sở y tế cụ thể.

Việc tiến hành thu thập số liệu theo phương pháp hồi cứu không thể tránh khỏi các sai sót, chúng tôi nhìn nhận rõ ràng đây là một hạn chế của nghiên cứu. Tuy nhiên, với việc hoàn toàn sử dụng các dữ liệu từ bệnh án điện tử của bệnh viện, chúng tôi tin rằng các hạn chế này là không quá lớn.

## 5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ mang GBS ở thai phụ đủ tháng đến sinh tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM là 26,7%, đây là một tỉ lệ nằm ở mức cao đáng lưu ý, đòi hỏi chúng ta cần có một chương trình dự phòng phù hợp. Việc thực hiện sàng lọc và dự phòng kháng sinh trong chuyển dạ tại bệnh viện đã được triển khai tốt. Đây là một tín hiệu tích cực về mặt thực hành lâm sàng. Trong tương lai chúng ta cần thêm nhiều dữ liệu hơn nữa, nhất về phương pháp xét nghiệm PCR để có thể so sánh các ưu nhược điểm với phương pháp cấy truyền thống.

### Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

### Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

### ORCID

Trần Nhật Huy

<https://orcid.org/0009-0004-2852-8947>

Trần Nhật Thăng

<https://orcid.org/0000-0001-7525-7220>

### Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Trần Nhật Thăng, Trần Nhật Huy

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Trần Nhật Thăng,

Trần Nhật Huy

Thu thập dữ liệu: Trần Nhật Huy

Giám sát nghiên cứu: Trần Nhật Thăng

Nhập dữ liệu: Trần Nhật Huy

Quản lý dữ liệu: Trần Nhật Huy

Phân tích dữ liệu: Trần Nhật Huy

Viết bản thảo đầu tiên: Trần Nhật Huy

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Trần Nhật Thăng

### **Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu**

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

### **Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức**

Nghiên cứu này được miễn trừ xét duyệt của Hội đồng Đạo đức do sử dụng thiết kế hồi cứu trên hồ sơ bệnh án. Mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Stoll BJ, Hansen NI, Sánchez PJ, Faix RG, Poindexter BB, Van Meurs KP, et al. Early onset neonatal sepsis: the burden of group B Streptococcal and E. coli disease continues. *Pediatrics*. 2011;127(5):817-26.
2. Panneflek TJR, Hasperhoven GF, Chimwaza Y, Allen C, Lavin T, te Pas AB, et al. Intrapartum antibiotic prophylaxis to prevent Group B streptococcal infections in newborn infants: a systematic review and meta-analysis comparing various strategies. *eClinicalMedicine*. 2024;74:102748.
3. Hanh TQ, Van Du V, Hien PT, Chinh DD, Loi CB, Dung NM, et al. Prevalence and capsular type distribution of group B Streptococcus isolated from vagina of pregnant women in Nghe An province, Vietnam. *Iran J Microbiol*. 2020;12(1):11-7.
4. Ha MT, Tran Thi Bich H, Bui Thi Kim T, Nguyen Thi ML, Vu Tri T, Ho Huynh TD, et al. Comparison of qPCR and chromogenic culture methods for rapid detection of group B streptococcus colonization in Vietnamese pregnant women. *Practical Laboratory Medicine*. 2024;42:e00435.
5. Nguyen VL, Dao HN, Le VTH, Nguyen AV, Ha VTT, Nguyen QTN, et al. Prevalence, risk factors, and serotypes of group B Streptococcus rectovaginal colonization among pregnant women: a cross-sectional study at three hospitals in Hanoi, Vietnam. *Ther Adv Infect Dis*. 2025;12:20499361251365028.
6. Feuerschuette OHM, Silveira SK, Cancelier ACL, da Silva RM, Trevisol DJ, Pereira JR. Diagnostic yield of real-time polymerase chain reaction in the diagnosis of intrapartum maternal rectovaginal colonization by group B Streptococcus: a systematic review with meta-analysis. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*. 2018;91(2):99-104.
7. Helmig RB, Gertsen JB. Diagnostic accuracy of polymerase chain reaction for intrapartum detection of group B streptococcus colonization. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(9):1070-4.
8. Bianco A, Larosa E, Pileggi C, Pavia M. Appropriateness of Intrapartum Antibiotic Prophylaxis to Prevent Neonatal Group B Streptococcus Disease. *PLoS One*. 2016;11(11):e0166179.
9. Fairlie T, Zell ER, Schrag S. Effectiveness of intrapartum antibiotic prophylaxis for prevention of early-onset group B streptococcal disease. *Obstet Gynecol*. 2013;121(3):570-7.
10. Panneflek TJR, Hasperhoven GF, Chimwaza Y, Allen C, Lavin T, Te Pas AB, et al. Intrapartum antibiotic prophylaxis to prevent Group B streptococcal infections in newborn infants: a systematic review and meta-analysis comparing various strategies. *EClinicalMedicine*. 2024;74:102748.
11. Li QY, Wang DY, Li HT, Liu JM. Screening-based and Risk-based Strategy for the Prevention of Early-onset Group B Streptococcus/Non-group B Streptococcus Sepsis in the Neonate: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J*. 2020;39(8):740-8.
12. Hasperhoven GF, Al-Nasiry S, Bekker V, Villamor E, Kramer B. Universal screening versus risk-based protocols for antibiotic prophylaxis during childbirth to prevent early-onset group B streptococcal disease: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2020;127(6):680-91.