

7. **R. Mukherjee, S. Samanta** (2019). Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 58;177-182.
8. **Đinh Thị Ngọc Lan** (2014), Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
9. **Nguyễn Tân Cường, Trần Phùng Dũng Tiến, Nguyễn Thị Minh Huệ** (2010). Kết quả cắt ruột thừa nội soi trên bệnh nhân có thai. Tạp chí ngoại khoa số đặc biệt, 60(4,5,6), 88-96.
10. **Chinnusamy Palanivelu, Muthukumarar Ranganarajan, Ramakrishnan Parthasarathi** (2006). Laparoscopic Appendectomy in Pregnancy: A Case Series of Seven Patients. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 10(3), 321-325.

## NHẬN XÉT MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN GÂY PHÙ THAI VÀ PHÙ THAI RAU TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Mạnh Trọng Bằng<sup>1</sup>, Trần Danh Cường<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số nguyên nhân gây phù thai và phù thai rau tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2022 – 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 139 thai phụ được chẩn đoán phù thai hoặc phù thai rau tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh – Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 28; tỷ lệ có tiền sử sinh con bị phù thai – rau là 10,1%; tuổi thai trung bình chẩn đoán bệnh là 24 tuần; tỷ lệ thai phụ được chẩn đoán bệnh trước 20 tuần là 23,7%, từ 20 tuần trở lên là 76,3%; tìm được nguyên nhân trong 85,6% số trường hợp trong đó 26,9% trường hợp xác định bằng siêu âm và 73,1% trường hợp xác định bằng xét nghiệm. Trong đó, nhóm nguyên nhân miễn dịch (bất đồng nhóm máu mẹ - con) chiếm 0,7%; các nhóm nguyên nhân không miễn dịch như rối loạn huyết học ( $\alpha$ -thalassemia) 59,7%, bất thường lồng ngực 7,9%, bất thường hệ bạch huyết (Hygroma Kystique) 7,2%, tim mạch 5,1%, nhiễm sắc thể 2,2%, tiêu hóa 1,4%, tiết niệu 0,7%, thần kinh – cơ xương 0,7%; không xác định được nguyên nhân trong 14,4% các trường hợp. **Kết luận:** Phần lớn phù thai – rau phát hiện được sau 20 tuần, phần lớn xác định được nguyên nhân nhờ siêu âm hình thái thai kỳ kết hợp với xét nghiệm máu, chọc ối làm nhiễm sắc thể. Chủ yếu nguyên nhân thuộc nhóm không miễn dịch như  $\alpha$ -thalassemia, bất thường lồng ngực và Hygroma Kystique. **Từ khóa:** phù thai - rau,  $\alpha$ -thalassemia, Hygroma Kystique

cases diagnosed with hydrops fetalis at the NHOG from January 2022 to December 2023. **Results:** The average age of the study group was 28 years. The prevalence of a history of previous pregnancies affected by Hydrops Fetalis was 10.1%. The mean gestational age at diagnosis was 24 weeks, with 23.7% of cases diagnosed before 20 weeks and 76.3% diagnosed at or after 20 weeks. The etiology was identified in 85.6% of cases, with 26.9% determined by ultrasound and 73.1% through laboratory tests. Among identified causes, immune-hydrop fetalis accounted for 0.7%; nonimmune-hydrop fetalis (NIHF) included hematologic disorders ( $\alpha$ -thalassemia) at 59.7%, thoracic congenital anomalies at 7.9%, lymphatic abnormalities (cystic hygroma) at 7.2%, cardiovascular disorders at 5.1%, chromosomal abnormalities/syndromes at 2.2%, gastrointestinal disorders at 1.4%, urinary/renal disorders at 0.7%, and neurologic/musculoskeletal disorders at 0.7%. The cause remained undetermined in 14.4% of cases. **Conclusion:** Most Hydrops Fetalis cases were detected after 20 weeks of gestation. Most diagnoses were made through a combination of morphological ultrasound and laboratory tests, including amniocentesis for chromosomal analysis. The predominant causes were NIHF such as  $\alpha$ -thalassemia, thoracic abnormalities, and cystic hygroma.

**Keywords:** Hydrops fetalis, Anpha-thalassemia, Cystic hygroma

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phù thai – rau là một hội chứng bệnh lý cấp tính với nguy cơ tử vong thai nhi trong tử cung và sinh non cao, tỉ lệ sống sót sau một năm kể từ khi sinh ra khoảng 20 - 30%.<sup>1</sup> Mặc dù, sinh bệnh học của hội chứng này đã được nghiên cứu tương đối rõ ràng nhưng việc xác định nguyên nhân trong từng trường hợp cụ thể để đưa ra biện pháp can thiệp trước và sau sinh vẫn còn gặp nhiều khó khăn.<sup>2</sup> Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng có rất nhiều nguyên nhân khác nhau liên quan đến phù thai – rau được chia thành nhóm nguyên nhân miễn dịch; nhóm không miễn dịch và nhóm không rõ nguyên nhân.<sup>3</sup> Xác định chính xác nguyên nhân đồng thời theo dõi các biến chứng cho mẹ và thai theo

### SUMMARY

#### TO ANALYZE THE CAUSES OF HYDROPS FETALIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objective:** To analyze the causes of hydrops fetalis at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology (NHOG) from 2022 to 2023. **Subjects and methods:** This descriptive study involved 139

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mạnh Trọng Bằng

Email: manhtrongbang74@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024

từng nhóm nguyên nhân là cơ sở để nghiên cứu các biện pháp can thiệp hiệu quả và cũng là yếu tố then chốt trong định hướng thái độ xử trí đúng đắn cho người thực hành lâm sàng. Tỷ lệ phổ biến của nguyên nhân tiềm tàng gây phù thai - rau phụ thuộc vào tuổi thai tại thời điểm khám bệnh, đối tượng và thời điểm nghiên cứu do đó theo thời gian mô hình bệnh tật của phù thai rau sẽ có sự thay đổi.<sup>4</sup>

Để hiểu rõ hơn về các nhóm nguyên nhân gây phù thai và phù thai rau cũng như trả lời cho câu hỏi kết quả xử trí các trường hợp đó theo các nhóm nguyên nhân tại bệnh viện Phụ sản Trung ương như thế nào, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm tất cả các thai phụ được chẩn đoán phù thai hoặc phù thai rau tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh – Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** - Thai phụ được chẩn đoán là phù thai hoặc phù thai rau. Được kết luận bởi hội chẩn tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh – Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

- Thai sống.  
- Nhập viện, theo dõi và xử trí tại viện.  
- Có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ các thông tin đáp ứng cho nội dung nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** - Bệnh nhân bỏ điều trị.  
- Các trường hợp phù thai hoặc phù thai rau từ nơi khác chuyển đến chưa có kết luận của hội chẩn tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh.

- Các trường hợp phù bánh rau thai không kèm phù thai.

### Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả  
- Thời gian và địa điểm nghiên cứu  
+ Thời gian: từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023

+ Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm chẩn đoán trước sinh – Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện cho nghiên cứu. Cỡ mẫu không xác suất. Trong quá trình thu thập số liệu chúng tôi chọn được 139 đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn và đưa toàn bộ vào nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Phù thai mô tả sự ứ trệ dịch quá mức trong các mô mềm và khoang cơ thể của thai nhi, được xác định trên siêu âm bởi sự hiện diện dịch ở ít nhất 2 màng trong cơ thể hoặc 1 màng bên trong cơ thể kèm phù da và tổ chức dưới da. Phù bánh rau được định nghĩa khi độ dày của

bánh rau từ 4 cm trở lên trong 3 tháng giữa thai kỳ hoặc từ 6 cm trở lên trong 3 tháng cuối thai kỳ, mô rau nhợt nhạt và mất hình ảnh múi rau khi thai đủ tháng.<sup>3</sup>

- Trần dịch ổ bụng khi có dịch tự do xuất hiện trong ổ bụng trên bất kỳ đường cắt nào đi qua bụng thai nhi. Xác định tràn dịch ổ bụng dễ dàng nếu lượng dịch nhiều, khi lượng dịch ít cần tìm dấu hiệu này qua quan sát dịch giữa các quai ruột, quanh gan, quanh tĩnh mạch rốn.<sup>5</sup>

- Tràn dịch màng phổi khi thấy hình ảnh thưa âm vang nằm ở ngoại biên của phổi, sát thành ngực, nhu mô phổi bị thu nhỏ lại, có thể gặp một bên hay 2 bên.<sup>5</sup>

- Tràn dịch màng ngoài tim là sự xuất hiện dịch trong khoang của màng ngoài tim, biểu hiện trên siêu âm là hình ảnh thưa âm vang bao xung quanh tim, không thay đổi trên các đường cắt của tim, chủ yếu nhìn rõ ở vùng đỉnh tim trong thì tâm thu. Tràn dịch màng ngoài tim là đáng kể khi chiều dày lớn hơn 2mm.<sup>5</sup>

- Phù da và tổ chức dưới da khi mô dưới da tạo ra vùng thưa âm vang và độ dày trên 5mm. Dấu hiệu này thường được phát hiện bằng đo bề dày da đầu vùng trán trên đường cắt đứng dọc chuẩn.<sup>5</sup>

**Xử lý và phân tích số liệu:** Các biến phân loại sẽ được biểu diễn dưới dạng số đếm (n) và tỉ lệ phần trăm (%). Các biến liên tục sẽ được biểu diễn dưới dạng trung bình ( $\pm$  độ lệch chuẩn).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Tuổi của thai phụ phù thai - rau (n=139)**

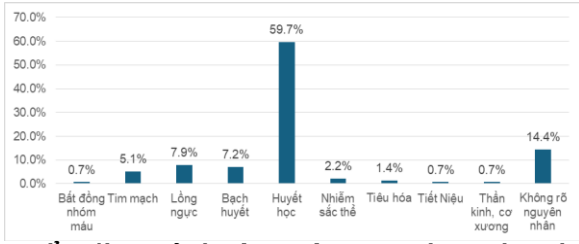
Tuổi thai phụ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 18 tuổi	0	0
Từ 18 – 34 tuổi	119	85,6
$\geq$ 35 tuổi	20	14,4
<b>Tổng</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>
Trung bình: Giá trị nhỏ nhất - lớn nhất	28,1 $\pm$ 5,6 18 - 44	

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 28. Tuổi trẻ nhất là 18, lớn nhất là 44; nhóm tuổi từ 18-34 chiếm tỷ lệ cao nhất (85,6%).

**Bảng 2. Tuổi thai chẩn đoán bệnh**

Tuổi thai chẩn đoán bệnh	Số lượng	Tỉ lệ %
< 20 tuần	33	23,7
$\geq$ 20 tuần	106	76,3
<b>Tuổi thai trung bình: 24 <math>\pm</math> 5,5</b>		
<b>Giá trị nhỏ nhất-lớn nhất: 12-35</b>		

**Nhận xét:** Tuổi thai chẩn đoán bệnh trung bình là 24 tuần. Tuổi thai chẩn đoán sớm nhất là 12 tuần, muộn nhất là 35 tuần. Tuổi thai  $\geq$  20 tuần chiếm ưu thế với 76,3% trường hợp.



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ các nhóm nguyên nhân gây phù thai - rau**

**Nhận xét:** Nhóm nguyên nhân huyết học chiếm ưu thế với gần 60% trường hợp. Các nhóm tim mạch (5,1%); lồng ngực (7,9%) và bạch huyết (7,2%) ở mức thấp. Các nhóm nguyên nhân còn lại rất hiếm gặp. Có 14,4% trường hợp không rõ nguyên nhân.

**Bảng 3. Tỷ lệ thai phụ xác định được nguyên nhân phù thai - rau**

Xác định nguyên nhân		Thai phụ phù thai - rau	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phù thai - rau	Có	119	85,6
	Không	20	14,4
<b>Tổng</b>		<b>139</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số trường hợp xác định được nguyên nhân gây phù-thai rau (85,6%).

**Bảng 4. Tỷ lệ các dấu hiệu trên siêu âm của thai phụ có phù thai - rau**

Dấu hiệu	N	%
Tràn dịch ổ bụng	98	70,5
Tràn dịch màng phổi	40	28,8
Tràn dịch màng tim	96	69,1
Phù da và tổ chức dưới da	83	59,7
Phù bánh rau	66	47,5
Đa ối	14	10,1
Thiếu ối	25	18,0
Tim giãn	98	70,5
Tăng kích thước tĩnh mạch rốn	25	18,0

**Nhận xét:** - Dấu hiệu sự tích dịch của thai: Biểu hiện phổ biến nhất là tràn dịch ổ bụng và tràn dịch màng tim lần lượt là 70,5% và 69,1%. Tràn dịch màng phổi ít gặp nhất chiếm 28,8%.

- Gần một nửa trường hợp (47,5%) phù bánh rau.

- Các dấu hiệu khác trong nhóm nghiên cứu: Phổ biến là tim giãn (70,5%), các biểu hiện liên quan đến bất thường ối và tăng kích thước tĩnh mạch rốn chiếm tỷ lệ thấp hơn.

**IV. BÀN LUẬN**

**Tuổi của thai phụ được chẩn đoán phù thai - rau.** Đa số các trường hợp phù thai - rau gặp ở các bà mẹ lứa tuổi sinh đẻ (18-34 tuổi, trung bình 28,1±5,6 tuổi) chiếm tỷ lệ 85,6%. Có 14,4% trường hợp phù thai - rau ở thai phụ ≥ 35 tuổi, và không có trường hợp nào ở độ tuổi dưới

18. Độ tuổi này cũng tương tự trong nghiên cứu của tác giả Nông Văn Uyển (2016) nghiên cứu trên nhóm đối tượng phù thai - rau không miễn dịch.<sup>2</sup>

**Tuổi thai chẩn đoán.** Tuổi thai chẩn đoán bệnh có tác dụng đưa ra định hướng về thái độ xử trí phù hợp. Phù thai - rau có thể biểu hiện ở bất kì tuổi thai nào trong thai kỳ phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. Kết quả bảng 2 cho thấy rằng tuổi thai chẩn đoán bệnh trung bình là 24 tuần. Tuổi thai chẩn đoán sớm nhất là 12 tuần, muộn nhất là 35 tuần. Chẩn đoán khi tuổi thai ≥20 tuần chiếm ưu thế với 76,3% trường hợp. Theo Yuan S.M. (2017) tuổi thai trung bình chẩn đoán phù thai - rau là 30,5 tuần; Przemyslaw Kosinski (2020) là 24 tuần (15 – 36 tuần).<sup>6,7</sup> Trong khi đó T.N. Sparks (2020) chỉ ra tuổi thai trung bình phát hiện là 20.0 (13,4 – 24,6 tuần)<sup>8</sup>. Nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trường (2013) và Nông Văn Uyển (2016) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho thấy tuổi thai trung bình lúc chẩn đoán lần lượt là 26,5 và 24,2 tuần.<sup>2</sup> Như vậy tuổi thai chẩn đoán bệnh ở nhóm nghiên cứu tương đương với các nghiên cứu trên thế giới và có xu hướng ngày càng sớm hơn. Việc chẩn đoán sớm thai bị phù sẽ hạn chế các biến chứng nặng của bệnh như tiền sản giật, hội chứng gương, sản giật, băng huyết, đờ tử cung...

**Xác định nguyên nhân gây phù thai - rau.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, xác định được nguyên nhân gây phù thai - rau trong 85,6% (Bảng 3). Việc xác định nguyên nhân dựa vào siêu âm đối với các nhóm bất thường cấu trúc giải phẫu (tim mạch, lồng ngực, bạch huyết...), các nhóm còn lại như bất đồng nhóm máu Rh, rối loạn huyết học, bất thường nhiễm sắc thể được xác định bằng xét nghiệm máu, xét nghiệm dịch ối. Tỷ lệ không xác định được nguyên nhân là 14,4%. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới, như trong nghiên cứu của Bellini C (2015) có 19,8% không xác định được nguyên nhân. Nông Văn Uyển (2016) ghi nhận 30,13% các trường hợp không rõ nguyên nhân.<sup>2,4</sup> Như vậy, với sự ứng dụng ngày càng nhiều các phương pháp tiên tiến trong chẩn đoán, theo thời gian tỷ lệ không xác định được nguyên nhân ngày càng giảm, làm tốt lên khả năng tiên lượng đúng đắn thái độ xử trí cho thai phụ.

**Các nhóm nguyên nhân gây phù thai - rau.** Biểu đồ 1 cho thấy trong 139 thai phụ tham gia nghiên cứu, chỉ có duy nhất 1 trường hợp (0,7%) thuộc nhóm phù thai - rau miễn dịch, gặp ở thai phụ có nhóm máu Rh (-) có tiền sử truyền máu nhiều lần trước đó. Trong nhóm

nhóm nguyên nhân không miễn dịch, rối loạn huyết học ( $\alpha$ -thalassemia) chiếm ưu thế với gần 59,7% trường hợp; rối loạn tim mạch chiếm 5,1%; bất thường lồng ngực chiếm 7,9% và rối loạn bạch huyết (Hygroma Kystique) chiếm 7,2%. Các nhóm nguyên nhân còn lại rất hiếm gặp như bất thường nhiễm sắc thể 2,2%; bệnh lí tiêu hóa 1,4%; bệnh lí tiết niệu 0,7% và bệnh lí thần kinh – cơ xương chiếm 0,7%. Có 14,4% trường hợp không rõ nguyên nhân.

Alpha-thalassemia là bệnh rối loạn tổng hợp hemoglobin di truyền phổ biến nhất ở Châu Á, đặc biệt là Đông Nam Á và Nam Trung Quốc, với tỷ lệ mắc ước tính là 0,23%. Tần suất đột biến mất đoạn gen tổng hợp chuỗi globin ở Đông Nam Á cao tới 4,5 - 5%, dẫn đến tỷ lệ đột biến đồng hợp tử (-SEA/-SEA) cao gây ra tình trạng phù thai – rau nhi.<sup>9</sup> Điều này giải thích vì sao nhóm nguyên nhân huyết học chiếm tỉ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi, khác biệt với các nghiên cứu trên thế giới như của Bellini C (2015) nhóm nguyên nhân huyết học chỉ chiếm 9,3% khi tiến hành ở Italia.<sup>4</sup>

Cũng trong nghiên cứu của Bellini C (2015), nhóm nguyên nhân tim mạch chiếm tỉ lệ cao nhất với 20,1%, tiếp đến là nhóm rối loạn bạch huyết chiếm 15%, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tim mạch và bạch huyết lần lượt chỉ chiếm 5,1% và 7,2%.<sup>4</sup> Sự khác biệt này gợi mở cần có cách tiếp cận về thái độ xử trí riêng đối với từng vùng lãnh thổ dựa trên nhóm nguyên nhân chủ yếu tại địa phương đó.

## V. KẾT LUẬN

Phần lớn phù thai – rau phát hiện được sau 20 tuần, phần lớn xác định được nguyên nhân

nhờ siêu âm hình thái thai kỳ kết hợp với xét nghiệm máu, chọc ối làm nhiễm sắc đồ. Chủ yếu nguyên nhân thuộc nhóm không miễn dịch như  $\alpha$ -thalassemia, bất thường lồng ngực và Hygroma Kystique

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang YY, Chang YJ, Chen LJ, et al.** Survival of Hydrops Fetalis with and without Fetal Intervention. *Children*. 2022;9(4):530. doi:10.3390/children9040530
2. **Uyên NV, Cường TD.** Bước đầu nghiên cứu xác định một số nguyên nhân phù thai - rau không do miễn dịch. *Tạp Chí Phụ Sản*. 2016;14(1):22-25. doi:10.46755/vjog.2016.1.658
3. **Swearingen C, Colvin ZA, Leuthner SR.** Nonimmune Hydrops Fetalis. *Clin Perinatol*. 2020; 47(1): 105-121. doi:10.1016/j.clp.2019. 10.001
4. **Bellini C, Donarini G, Paladini D, et al.** Etiology of non-immune hydrops fetalis: An update. *Am J Med Genet A*. 2015;167A(5):1082-1088. doi:10.1002/ajmg.a.36988
5. **Trần Danh Cường.** Chẩn Đoán Trước Sinh Dị Dạng Thai Bằng Siêu Âm 3D - 4D. Nhà xuất bản Y học; 2023.
6. **Yuan SM.** Cardiac Etiologies of Hydrops Fetalis. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2017;221(2):67-72. doi:10.1055/s-0042-123825
7. **Kosinski P, Krajewski P, Wielgos M, Jezela-Stanek A.** Nonimmune Hydrops Fetalis—Prenatal Diagnosis, Genetic Investigation, Outcomes and Literature Review. *J Clin Med*. 2020;9(6):1789. doi:10.3390/jcm9061789
8. **Sparks TN, Lianoglou BR, Adami RR, et al.** Exome Sequencing for Prenatal Diagnosis in Nonimmune Hydrops Fetalis. *N Engl J Med*. 2020; 383(18): 1746-1756. doi:10.1056/NEJMoa2023643
9. **Thammavong K, Luewan S, Wanapirak C, Tongsong T.** Ultrasound Features of Fetal Anemia Lessons From Hemoglobin Bart Disease. *J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med*. 2021;40(4):659-674. doi:10.1002/jum.15436

# KIẾN THỨC VỀ BỆNH VÀ VACCIN PHÒNG BỆNH UNG THƯ CỔ TỬ CUNG CỦA SINH VIÊN NỮ KHOA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG NĂM 2023

Vương Thị Duyên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Huyền<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức về bệnh và vaccin phòng bệnh ung thư cổ tử cung của sinh viên nữ khoa Điều dưỡng Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Vương Thị Duyên

Email: vuongthiduyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 9.12.2024

năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** sinh viên nghiên cứu đa số chủ yếu là lứa tuổi dưới 20 (93,3%), dân tộc kinh là chủ yếu, độc thân, không có SV mắc tiền sử bệnh mạn tính. Và các bạn tiếp cận thông tin chủ yếu qua mạng xã hội (87%).92% các bạn sinh viên có kiến thức đúng về UTCTC, chỉ có 8% có kiến thức chưa đúng, chỉ có 62% các bạn sinh viên có kiến thức đúng về HPV. **Kết luận:** Sinh viên có kiến thức đúng về bệnh UTCTC và vaccin phòng bệnh chiếm tỷ lệ khá cao. Tuy nhiên còn tồn tại kiến thức chưa đúng về đường lây truyền,