

thấp. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước và thế giới cũng như phù hợp với thử nghiệm lâm sàng của nhà sản xuất.^{3,5,2}

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng thời điểm khởi phát các triệu chứng thường từ 1 đến 24 giờ sau khi tiêm vắc xin phòng Covid-19 Pfizer ở cả hai liều. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Giancarlo Ripabelli và cộng sự⁷ với tác dụng không mong muốn sau tiêm thường xảy ra sau 4 đến 12 giờ sau tiêm và kéo dài 12 đến 24 giờ. Điều này cũng gián tiếp cho thấy những phản ứng sau tiêm vắc xin phòng Covid-19 Pfizer là từ nhẹ đến trung bình vì những phản ứng nguy hiểm như phản vệ thường xảy ra trong một giờ đầu sau tiêm vắc xin. Vì vậy vắc xin phòng Covid-19 Pfizer là an toàn với những phản ứng sau tiêm nếu có xảy ra thì chỉ mức độ nhẹ đến trung bình và thường tự hết trong vòng 24 giờ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phản ứng sau tiêm vắc xin phòng Covid-19 Pfizer ở người trưởng thành tại Trường Đại học Y Hà Nội năm 2021 tương đối cao, tuy nhiên chủ yếu là những phản ứng thông thường như sốt, đau mỏi người hay đau tại chỗ tiêm. Trong khi đó tỷ lệ xuất hiện các phản ứng nguy hiểm như các phản ứng về hô hấp, tiêu hóa, dị ứng là rất thấp. Điều đó cho thấy vắc xin phòng Covid-19 Pfizer là an toàn trong tiêm chủng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. The Pfizer

BioNTech (BNT162b2) COVID-19 vaccine: What you need to know. Accessed 9/11/2022, <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/who-can-take-the-pfizer-biontech-covid-19-vaccine-what-you-need-to-know>

2. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. The New England journal of medicine. Dec 31 2020;383(27):2603-2615. doi:10.1056/NEJMoa2034577
3. Andrea Ossato, Roberto Tessari, Carlotta Trabucchi, et al. Comparison of medium-term adverse reactions induced by the first and second dose of mRNA BNT162b2 (Comirnaty, Pfizer-BioNTech) vaccine: a post-marketing Italian study conducted between 1 January and 28 February 2021. European Journal of Hospital Pharmacy. 2021;
4. Qianhui Wu, Matthew Z Dudley, Xinghui Chen, et al. Evaluation of the safety profile of COVID-19 vaccines: a rapid review. BMC medicine. 2021;19(1):1-16.
5. Tran VN, Nguyen HA, Le TTA, et al. Factors influencing adverse events following immunization with AZD1222 in Vietnamese adults during first half of 2021. Vaccine. Oct 22 2021;39(44):6485-6491. doi:10.1016/j.vaccine.2021.09.060
6. Francisco Tsz Tsun Lai, Miriam Tim Yin Leung, Edward Wai Wa Chan, et al. Self-reported reactogenicity of CoronaVac (Sinovac) compared with Comirnaty (Pfizer-BioNTech): a prospective cohort study with intensive monitoring. Vaccine. 2022;40(10):1390-1396.
7. Giancarlo Ripabelli, Manuela Tamburro, Nicandro Buccieri, et al. Active surveillance of adverse events in healthcare workers recipients after vaccination with COVID-19 BNT162b2 vaccine (Pfizer-BioNTech, Comirnaty): a cross-sectional study. Journal of Community Health. 2022;47(2):211-225.

TỶ LỆ VIÊM NHIỄM ÂM ĐẠO Ở THAI PHỤ CHUYỂN DẠ SINH NON TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Nguyễn Thị Lựu¹, Vũ Thị Nhung¹, Bùi Thị Kiều Diễm²
Phạm Thị Yên¹, Lê Thị Phương Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo ở những thai phụ chuyển dạ sinh non có tuổi thai 20 - 36 tuần 6 ngày tại BV Hùng Vương.
Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang khảo sát 342 có tuổi thai từ 20 - 36 tuần 6 ngày, đến khám tại khoa khám thai, cấp cứu có

chỉ định nhập viện với chẩn đoán chuyển dạ sinh non tại Bệnh viện Hùng Vương. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu tuổi trung bình 28,6±6,5 và tuổi thai trung bình 32,5±3,7 tuần. Tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo do tác nhân duy nhất là nấm. Tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo do nấm là 19,9% (KTC 95%: 15,6 - 24,1%), trong đó có triệu chứng là 10,2%, không có triệu chứng là 9,7%. Tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo phân bố cao ở nhóm thai phụ mang thai lần đầu (25,3%), trình độ cấp I (79,1%), thu nhập thấp (79,1%), vệ sinh sau giao hợp tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo do nấm (23,1%). Nhóm thai phụ kiêng tắm trong thai kỳ có khả năng viêm nhiễm âm đạo do nấm thấp hơn (7,5%) so với nhóm không kiêng tắm (21,5%). Sử dụng nước sau đại/tiểu tiện viêm nhiễm âm đạo do nấm cao hơn (27,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. **Kết luận:** Cần lưu ý viêm nhiễm

¹Bệnh viện Hùng Vương

²Bệnh viện Sản Nhi Kiên Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lựu

Email: bsuubvchungvuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2023

Ngày duyệt bài: 6.2.2023

đạo do nấm trong chẩn đoán viêm âm đạo ở phụ nữ mang thai.

Từ khóa: Viêm nhiễm âm đạo, Chuyển dạ sinh non, Nấm âm đạo

SUMMARY

THE VAGINAL INFECTION IN PREGNANT WOMEN GIVING BIRTH PREMATURELY AT HUNG VUONG HOSPITAL

Objectives: the rate of vaginal infections in pregnant women who gave birth prematurely with a gestational age of 20 - 36 weeks and 6 days at Hung Vuong Hospital. **Methods:** A cross-sectional study of 342 with gestational age from 20 to 36 weeks and 6 days, visiting the antenatal and emergency department with a diagnosis of preterm labor at the hospital. Hung Vuong. **Results:** The mean age of the study subjects was 28.6±6.5 years and the mean gestational age was 32.5±3.7 weeks. The rate of vaginal infections caused by a single agent is a fungus. The rate of fungal vaginitis was 19.9% (95% CI: 15.6 - 24.1%), of which 10.2% with symptoms, 9.7% without symptoms. The rate of vaginitis is high in the group of pregnant women who are pregnant for the first time (25.3%), level I (79.1%), low income (79.1%), hygiene after intercourse rate of fungal vaginitis (23.1%). The group of pregnant women who abstained from bathing during pregnancy had a lower likelihood of fungal vaginitis (7.5%) compared with the group who did not abstain from bathing (21.5%). Water use after defecation/urinary vaginitis was higher (27.5%). The difference was statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** It is important to note fungal vaginitis in the diagnosis of vaginitis in pregnant women.

Keywords: vaginitis, preterm labor, vaginal fungus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non là một biến chứng thai kỳ quan trọng, chiếm tỉ lệ 5%-18% tổng số ca sinh trên toàn thế giới. Trẻ sinh non tăng nguy cơ tử vong, tăng các biến chứng sơ sinh nghiêm trọng, các kết cục bất lợi về sức khỏe lâu dài và suy giảm khả năng phát triển [6], có thể dẫn đến nguy cơ cao bị di chứng thần kinh với tỉ lệ 1/3 trước 32 tuần, giảm xuống 1/10 sau 35 tuần [5]. Có rất nhiều nguyên nhân và yếu tố nguy cơ gây ra sinh non chưa được biết rõ, nhưng nhiễm trùng trong tử cung có liên quan đến 40% tất cả các trường hợp sinh non, con đường dẫn đến nhiễm trùng trong tử cung là sự gia tăng viêm nhiễm đường sinh dục [6]. Mang thai là yếu tố làm tăng tần suất viêm nhiễm âm đạo (ÁĐ), tình trạng viêm nhiễm này có thể do các tác nhân thường gặp như nấm, *Trichomonas vaginalis* và viêm âm đạo do vi khuẩn (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides*, *Mycoplasma hominis*, *Ureplasma urealyticum*...). Theo Leli và cộng sự [1], bệnh lý này thường gặp ở phụ nữ mang thai

hơn là phụ nữ không mang thai (31,4% so với 19,9%). Điều này được cho là hậu quả của việc tăng nồng độ estrogen trong tuần hoàn và lắng đọng nhiều glycogen cùng các chất nền khác trong âm đạo [1].

Tại bệnh viện Hùng Vương tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo trong 3 tháng cuối của thai kỳ được tác giả Nguyễn Bích Ty (2002) nghiên cứu trên 400 thai phụ, ghi nhận tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo là 30,3% trong đó nấm 24% [3]. Có khoảng 50 % thai phụ bị viêm nhiễm âm đạo không có triệu chứng hay có triệu chứng nghèo nàn như ra khí hư, nên thai phụ thường không đi khám. Tại Việt Nam có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo trong thai kỳ nhưng có ít nghiên cứu về viêm nhiễm âm đạo ở thai phụ chuyển dạ sinh non. Một nghiên cứu của tác giả Lê Minh Tâm và cộng sự tại khoa phụ sản bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ tháng 6 năm 2012 đến tháng 4 năm 2013, trên 36 trường hợp dọa sinh non có tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo ở các thai phụ dọa sinh non chiếm 69,5% trong đó nấm 50%, *E.Coli* 8,3%, *Trichomonas vaginalis* 5,6%, *Barterial vaginosis* 5,6% [2]. Vì vậy, cần có nhiều nghiên cứu về vấn đề này để đánh giá mức độ liên quan đến bệnh lý sinh non. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu xác định "Tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo ở thai phụ chuyển dạ sinh non tại bệnh viện Hùng Vương" với câu hỏi nghiên cứu: "tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo ở thai phụ chuyển dạ sinh non tuổi thai từ 20 - 36 tuần 6 ngày tại Bệnh viện Hùng Vương là bao nhiêu? Các yếu tố nào liên quan đến viêm nhiễm âm đạo ở nhóm thai phụ chuyển dạ sinh non"? Mục tiêu nghiên cứu: *Xác định tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo ở những thai phụ chuyển dạ sinh non có tuổi thai 20 - 36 tuần 6 ngày tại BV Hùng Vương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ có tuổi thai từ 20 - 36 tuần 6 ngày, đến khám tại khoa khám thai, cấp cứu có chỉ định nhập viện với chẩn đoán chuyển dạ sinh non tại Bệnh viện Hùng Vương từ ngày 10/12/2021 đến ngày 07/05/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Thai phụ có tuổi thai từ 20 - 36 tuần 6 ngày được chẩn đoán chuyển dạ sinh non nhập vào khoa sản bệnh hay khoa sanh.

- Ổi còn nguyên.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tình trạng thai cần phải xử trí cấp cứu: suy thai, sa dây rốn trong bọc ối hay sa dây rốn cạnh đầu thai, nhau bong non, v.v...

- Tình trạng bệnh lý nội khoa mẹ cần phải xử trí cấp cứu: sản giật, suy hô hấp, v.v...
- Có thực rửa âm đạo hay đặt thuốc điều trị viêm âm đạo trong vòng 48 giờ.

Cỡ mẫu. Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối.

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu cần thiết;
 α: xác suất sai lầm loại 1, α = 0,05.
 Z: trị số từ phân phối chuẩn, với α = 0.05 thì

$$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$$

d: độ chính xác tuyệt đối
 Dựa theo nghiên cứu của Srilakshmi Yarlagadda và cộng sự [8], năm 2018 ta có:
 p: tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo trên thai phụ sinh non là 33,62%.
 d là độ chính xác tuyệt đối, d=0,05.
 Cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là 342 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu. Thời gian thực hiện để tài khoảng 5 tháng (100 ngày làm việc) từ ngày 10/12/2021- 07/05/2022. Cỡ mẫu tính được khoảng 342 trường hợp. Do đó, số mẫu cần lấy trong một ngày là: 342/100=3,4 (làm tròn thành 4 mẫu). Vậy số mẫu cần lấy mỗi ngày là 4 mẫu.

Quy trình thực hiện

Bảng 1. Các bước tiến hành thu thập số liệu

Bước 1: Sàng lọc Mời tham gia	Thai phụ có tuổi thai 20-36 tuần 6 ngày có chỉ định nhập viện vì chuyển dạ sinh non thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, đọc hiểu phiếu thông tin nghiên cứu, ký đồng thuận.
Bước 2: Phỏng vấn	Phỏng vấn bằng bảng thu thập số liệu
Bước 3: Khám phụ khoa Lấy dịch tiết ÂĐ làm XN	Quan sát AH, đặt mỏ vịt Quan sát khí hư: màu, mùi, tính chất Thử pH ÂĐ trên giấy quỳ Làm Whiff test (KOH 10%) Lấy dịch ÂĐ gửi khoa xét nghiệm, được soi tươi và nhuộm gram ngay

Bảng 2. Phân bố viêm âm đạo do nấm theo các yếu tố dân số-xã hội

Đặc điểm	Viêm âm đạo do nấm (n= 68)		Bình thường (n= 274)		p
		%		%	
Nhóm tuổi	15-19	12	21	63,6	0,098
	20-24	11	51	82,3	
	25-29	16	68	80,9	
	30+	29	134	82,2	
Nơi ở	TP HCM	29	109	79,0	0,666
	Các tỉnh	39	165	80,9	
Số con hiện có	0	43	127	74,7	0,044

*p: Fisher

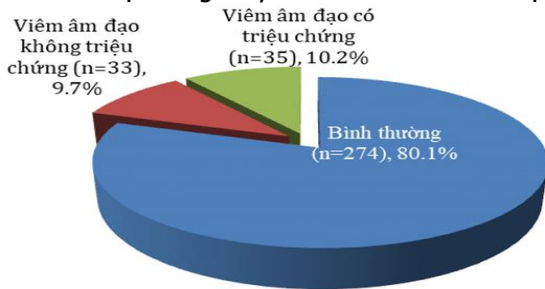
	bởi kỹ thuật viên xét nghiệm
Bước 4: Có kết quả xét nghiệm	Tư vấn kết quả xét nghiệm và điều trị theo phác đồ của bệnh viện nếu có viêm âm đạo.

Phân tích số liệu: Sau khi hoàn tất quá trình thu thập số liệu, phiếu thu thập số liệu sẽ được tác giả nghiên cứu kiểm tra và duyệt. Số liệu sẽ được nhập mỗi tuần và được quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê Stata/SE phiên bản 14.0. Mô tả các biến số theo tỷ lệ %, giá trị trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn.

Y đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu phải được thông qua hội đồng duyệt đề cương của Bộ môn Sản phụ khoa của Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh học của bệnh viện Hùng Vương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo. Số liệu cho thấy trong nghiên cứu này loại viêm nhiễm âm đạo duy nhất là viêm âm đạo do nấm, không tìm thấy các trường hợp viêm âm đạo trichomonas hoặc nhiễm khuẩn âm đạo, vì vậy trong phần kết quả sau đây từ "viêm âm đạo do nấm" sẽ được dùng thay thế "viêm nhiễm âm đạo".



Biểu đồ 3.1. Phân loại tỷ lệ viêm âm đạo do nấm
 Đối tượng nghiên cứu không có viêm âm đạo (bình thường) là 274 (80,1%).

Viêm âm đạo do nấm là 68 (19,9%) KTC 95%: 15,6% - 24,1%, trong đó: có triệu chứng là 35 (10,2%) và không có triệu chứng là 33 (9,7%)

3.2. Phân bố viêm âm đạo do nấm

	1	17	14,8	98	85,2	
	2+	8	14,0	49	86,0	
Trình độ học vấn	Cấp I	53	79,1	14	20,9	<0,001
	Cấp II-III	6	3,1	188	96,9	
	CĐ/ĐH/SĐH	9	11,1	72	88,9	
Nghề nghiệp	Nội trợ	20	19,6	82	80,4	0,941
	Công nhân	21	21,9	75	78,1	
	Nhân viên	11	18,0	50	82,0	
	Khác	16	19,3	67	80,7	
Tình trạng kinh tế (thu nhập)	Thấp	55	80,9	13	19,10	<0,001
	Trung bình	5	0,03	155	99,97	
	Cao	8	7,02	106	92,98	

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu tuổi trung bình 28,6±6,5. Khả năng viêm âm đạo do nấm ở nhóm thai phụ sinh con lần đầu, trình độ học vấn thấp cấp I và thu nhập thấp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 3. Phân bố viêm âm đạo do nấm theo đặc điểm của thai phụ * p: Fisher

Đặc điểm	VÃĐ do nấm		Bình thường		P	
	(n= 68)	%	(n= 274)	%		
Tuổi thai lúc thu nhận	<32 tuần	30	24,8	91	75,2	0,236
	32-34 tuần	13	18,1	59	81,9	
	>34 tuần	25	16,8	124	83,2	
Bệnh lý	Không	26	21,3	96	78,7	0,332
	Đái tháo đường	6	26,1	17	73,9	
	Hút thuốc lá	27	16,5	137	83,5	
	Cao HA/TSG	9	30,0	21	70,0	
Tiền căn sản phụ khoa	Nhiễm trùng tiểu	0	0	3	100	0,622
	Sinh non	26	21,3	56	78,7	
Xuất huyết trong thai kỳ	Bình thường	42	19,1	178	80,9	0,030
	Có	6	9,8	55	90,2	
Đã từng điều trị dọa sinh non	Không	62	22,1	219	77,9	0,650
	Có	21	21,4	77	78,6	
Điều trị VÃĐ trong thai kỳ	Không	47	19,3	197	80,7	0,257
	Có	13	21,0	49	79,0	
	Không	55	19,6	225	80,4	

Nhận xét: Tuổi thai trung bình 32,5±3,7 tuần. Xuất huyết trong thai kỳ: nhóm thai phụ có xuất huyết trong thai kỳ có khả năng viêm âm đạo do nấm thấp hơn (9,8%) so với nhóm không có xuất huyết âm đạo (22,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0,030.

3.3. Phân bố viêm âm đạo do nấm theo thói quen sinh hoạt

Bảng 4. Phân bố viêm âm đạo do nấm theo thói quen sinh hoạt * p: Fisher

Đặc điểm	VÃĐ do nấm		Bình thường		P	
	(n= 68)	%	(n-274)	%		
Nguồn nước sinh hoạt	Nước máy	50	18,3	223	81,7	0,148
	Nước giếng	18	26,1	51	73,9	
Vệ sinh sau giao hợp	Có	62	23,1	207	76,9	0,005
	Không	6	8,2	67	91,8	
Kiêng tắm trong thai kỳ	Có	3	7,5	37	92,5	0,037
	Không	65	21,5	237	78,5	
Thói quen dùng nước rửa phụ khoa	Có	55	20,9	208	79,1	0,384
	Không	13	16,5	66	83,5	
Cách vệ sinh sau đại tiện	Lau bằng giấy	30	16,6	151	83,4	0,028
	Rửa nước	33	27,5	87	72,5	
	Cả hai	5	12,2	36	87,8	
Thói quen lột băng vệ	Có	18	16,7	90	83,3	0,311

sinh hàng ngày	Không	50	21,4	184	78,6	
Loại vải quần lót	Vải cotton	54	18,6	236	81,4	0,167
	Loại khác	14	26,9	38	73,1	
Sử dụng kháng sinh trong trong thai kỳ	Có	8	28,6	20	71,4	0,229
	Không	60	19,1	254	80,9	

Nhóm thai phụ có vệ sinh sau giao hợp có khả năng viêm âm đạo do nấm cao hơn (23,1%) so với nhóm không vệ sinh sau giao hợp (8,2%). Nhóm thai phụ kiêng tắm trong thai kỳ có khả năng viêm âm đạo do nấm thấp hơn (7,5%) so với nhóm không kiêng tắm (21,5%). Nhóm thai phụ vệ sinh sau đại/tiểu tiện bằng cách rửa nước có khả năng viêm âm đạo do nấm cao hơn (27,5%) so với nhóm lau bằng giấy vệ sinh (16,6%) và nhóm dùng cả hai cách (12,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 342 thai phụ chuyển dạ sinh non ở tuổi thai từ 20 tuần đến 36 tuần 6 ngày cho thấy loại viêm nhiễm âm đạo duy nhất là viêm âm đạo do nấm, không tìm thấy các trường hợp viêm âm đạo do Trichomonas vaginalis hoặc nhiễm khuẩn âm đạo. So sánh với nghiên cứu của các tác giả khác như Srilaks Yarlagadda và cộng sự [8], thực hiện năm 2018 nghiên cứu mối liên hệ giữa viêm nhiễm âm đạo và chuyển dạ sinh non cho thấy tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo chiếm 33,62% [8], trong đó nấm là vi sinh phổ biến nhất cô lập được trong cấy dịch âm đạo là 31,03% và nghiên cứu của Lê Minh Tâm và cộng sự tại bệnh viện Đại Học Y Dược Huế năm 2013 [2] trên 36 trường hợp dọa sinh non có tỷ lệ viêm nhiễm sinh dục ở các thai phụ này là 69,5%, trong đó nấm chiếm 50%, E.Coli 8,3%, Trichomonas vaginalis 5,6%, Barterial vaginosis 5,6%. Vì tính chất khác biệt như vậy nên trong phần kết quả sau đây cụm từ "viêm âm đạo do nấm" sẽ được dùng thay thế cho cụm từ "viêm nhiễm âm đạo" nói chung. Do số trường hợp trong từng nhóm viêm âm đạo do nấm có và không có triệu chứng không cao, nên trong phần phân tích dưới đây hai nhóm trên được gộp lại thành một nhóm "viêm âm đạo do nấm" với 68 trường hợp chiếm 19,9% (KTC 95%: 15,6% - 24,1%). Biểu đồ 1 đối tượng nghiên cứu không thuộc nhóm viêm âm đạo do nấm là nhóm "bình thường" với tổng số là 274 trường hợp (80,1%). Viêm âm đạo do nấm là 68 (19,9%), trong đó có triệu chứng là 35/342 (10,2%), không có triệu chứng là 33/342 (9,6%). Điều này cũng được ghi nhận trong y văn và một số nghiên cứu trên thế giới ở một nồng độ pH âm đạo nào đó của người phụ nữ sẽ bị thay đổi dẫn đến dễ bị viêm âm đạo

do nấm, đặc biệt trên đối tượng phụ nữ mang thai.

So sánh tỷ lệ viêm âm đạo do nấm trong nghiên cứu này với các nghiên cứu trong nước tỷ lệ viêm âm đạo do nấm là 19,9% thấp hơn so với tác giả Trần Phước Gia 2017 tại BV Cần Thơ trên 385 thai phụ ở 3 tháng cuối thai kỳ bình thường ghi nhận tỷ lệ viêm nấm là 31,2% [7], Trichomonas vaginalis là 1,0%, nhiễm khuẩn âm đạo là 10,5% và cũng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Tình 2006 [4] thực hiện ở vùng cao Gia Lai, chọn mẫu là tất cả các nhóm tuổi thai, nơi nghiên cứu có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số có đặc điểm dân số phong tục tập quán, môi trường sống khác với dân tộc kinh ở đồng bằng thì tình hình bệnh tật cũng khác nhau, cơ địa và điều kiện vệ sinh khác nhau có thể khiến tỷ lệ nhiễm bệnh sẽ khác nhau. Tỷ lệ viêm âm đạo là 47,9% trong đó cao nhất là viêm âm đạo do nấm 29,3%, viêm âm đạo phối hợp do nấm và Trichomonas vaginalis là 11% và viêm âm đạo do Trichomonas vaginalis là 1,7%. Trong đó, tỷ lệ viêm âm đạo phân bố cao ở nhóm thai phụ mang thai lần đầu (25,3%), trình độ cấp I (79,1%), thu nhập thấp (80,9%), vệ sinh sau giao hợp tỷ lệ viêm âm đạo do nấm (23,1%). Nhóm thai phụ kiêng tắm trong thai kỳ có khả năng viêm âm đạo do nấm thấp hơn (7,5%) so với nhóm không kiêng tắm (21,5%). Sử dụng nước sau đại/tiểu tiện viêm âm đạo do nấm cao hơn (27,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhiều nghiên cứu cho thấy sự khác nhau về tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo ở thai phụ theo đặc tính từng vùng miền và các đặc điểm của thai kỳ. Tuy có nhiều hạn chế ở thiết kế nghiên cứu cắt ngang. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cung cấp bằng chứng khoa học trong sàng lọc và điều trị viêm nhiễm âm đạo ở phụ nữ mang thai để góp phần giảm bệnh suất và tử suất cho trẻ sơ sinh non tháng, đồng thời làm giảm các nguy cơ và biến chứng cho mẹ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo do tác nhân duy nhất là nấm. Tỷ lệ viêm âm đạo do nấm là 19,9% (KTC 95%: 15,6-24,1%), trong đó có triệu chứng là 10,2%, không có triệu chứng là 9,7%. Tỷ lệ viêm âm đạo phân bố cao ở nhóm thai phụ mang thai lần đầu (25,3%), trình độ cấp I (79,1%), thu nhập thấp (80,9%), vệ sinh sau

giao hợp tỷ lệ viêm âm đạo do nấm (23,1%). Nhóm thai phụ kiêng tắm trong thai kỳ có khả năng viêm âm đạo do nấm thấp hơn (7,5%) so với nhóm không kiêng tắm (21,5%). Sử dụng nước sau đại/tiểu tiện viêm âm đạo do nấm cao hơn (27,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Vì vậy, cần tăng cường khám phụ khoa cho các thai phụ trong những lần khám thai định kỳ để tầm soát viêm âm đạo ở phụ nữ mang thai đặc biệt lưu ý viêm âm đạo do nấm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Iris Holzer** (2017), "The colonization with *Candida* species is more harmful in the second trimester of pregnancy", Archives of gynecology and obstetrics. 295(4), 891-895.
2. **Trần Minh Thắng Lê Minh Tâm, Nguyễn Minh Chánh**, (từ tháng 6 năm 2012 đến tháng 4 năm 2013), "Nghiên cứu tình trạng viêm nhiễm sinh dục thấp trong dọa sinh non tại khoa phụ sản BV Đại Học Y Dược Huế".
3. **Nguyễn Bích Ty** (2002), Tỷ lệ viêm nhiễm âm đạo ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ tại BV Hùng Vương, Luận văn chuyên khoa II, Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
4. **Nguyễn Hữu Tình** (2006), Viêm âm đạo trong thai kỳ do 3 tác nhân thường gặp và các yếu tố liên quan. Luận văn thạc sĩ y học, ĐHYD TP HCM.
5. **Nguyễn Việt Tiên** (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về sản phụ khoa (ban hành theo Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế), Hà Nội.
6. **Christine L Roberts** (2015), "Treatment of vaginal candidiasis for the prevention of preterm birth: a systematic review and meta-analysis", Systematic reviews. 4(1), 1-9.
7. **Trần Phước Gia** (2017), Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn Âm và một số yếu tố liên quan ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ tại Bv phụ sản TP Cần Thơ, Luận văn Thạc sĩ y học, ĐHYD TP Hồ Chí Minh.
8. **Srilakshmi Yarlakadda, G Sajana PJ Narra** (2018), "Association of vaginal infections in Preterm labour", International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 7(6), 2174-79.

VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY DO ACINETOBACTER BAUMANNII TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Phạm Ngọc Luân¹, Phùng Nguyễn Thế Nguyên^{1,2}, Lê Quốc Thịnh², Lê Thị Thanh Thủy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng các trường hợp viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) do *Acinetobacter baumannii* và tỉ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 34 bệnh nhân VPLQTM do *A. baumannii* điều trị tại bệnh viện Nhi đồng 1 từ 1/1/2020 đến 31/12/2021. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung vị là 14,4 tháng; 55,9% trẻ trên 12 tháng tuổi. 50% trẻ được chuyển từ tuyến trước lên bệnh viện Nhi đồng 1. Tất cả bệnh nhân đều có yếu tố nguy cơ VPLQTM, đặt sonde dạ dày 34/34 (100%), thuốc ức chế bơm proton 22/34 (64,7%), đặt nội khí quản lần hai 18/34 (52,9%). Bệnh nền phổ biến là bệnh lý thần kinh cơ và tim bẩm sinh. Hầu hết trẻ có sốt 27/34 (79,4%), bạch cầu trung vị là 14,6 k/mm³ và 24/34 (70,6%) ca tăng CRP >20 mg/dl, CRP trung vị là 33,3 mg/dL; có 6/12 (50%) ca tăng PCT >2 ng/ml, PCT trung vị là 1,5 ng/ml. Thời gian trung vị khởi phát VPLQTM từ lúc đặt nội khí quản là 6 ngày. Tổn thương trên X quang phổi chủ yếu là viêm phế quản phổi (73,5%), viêm phổi thùy (26,5%). Tỉ lệ cấy đồng

nhiễm 11/34 (32,3%); trong đó *Stenotrophomonas maltophilia* 6 (54,5%), *Klebsiella pneumoniae* 2 (18,2%); kể đó là *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* và *Elizabethkingia meningoseptica*. Tỉ lệ *A. baumannii* kháng imipenem là 88,2%, meropenem 91,2% và levofloxacin là 85,3%, ciprofloxacin 97,1%, amikacin là 14,7%, ampicillin/sulbactam là 85,3%. Tỉ lệ tử vong là 26,5%. **Kết luận:** Viêm phổi liên quan thở máy do *A. baumannii* có tỉ lệ tử vong cao. *Acinetobacter baumannii* kháng với hầu hết các kháng sinh phổ rộng đang dùng. Nghiên cứu sử dụng kháng sinh cho trẻ nhiễm *A. baumannii* là cần thiết.

Từ khóa: *Acinetobacter baumannii*, viêm phổi liên quan thở máy, trẻ em

SUMMARY

VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA CAUSED BY ACINETOBACTER BAUMANNII AT CHILDREN HOSPITAL 1

Objectives: To describe characteristics of epidemiological and clinical of ventilator associated pneumonia due to *Acinetobacter baumannii* and susceptibility of antibiotic. **Subjects and methods:** A retrospective case series of 34 ventilator associated pneumonia patients with *A. baumannii* positive quantitative culture of tracheal aspirate in pediatric hospital 1 from January 2020 to December 2021. **Results:** The median age was 14,4 months. 55,9% of cases were over 12 months. Half of cases were transferred from another hospital. All patients had risk

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyenphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2023

Ngày duyệt bài: 6.2.2023