

khu vực và trên thế giới. Nghiên cứu của Walaszek (2016), tại Ba Lan cho thấy các thủ thuật y tế xâm lấn được thực hiện trong đường hô hấp của bệnh nhân là yếu tố nguy cơ đáng kể ($p < 0,001$) phát triển VAP: đặt lại ống nội khí quản ($R=0,271$), mở khí quản ($R=0,309$) và nội soi phế quản ($R=0,316$), hay nghiên cứu tại Trung Quốc (2017)⁹ cũng cho thấy tương tự. Từ những kết quả nghiên cứu này chúng tôi khuyến khích việc sử dụng an thần ít hơn, hạn chế đặt lại NKQ và giảm thời gian thở máy cho người bệnh càng ít càng tốt. Từ đó làm giảm tỉ lệ VAP.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy các đặc điểm chính về lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ viêm phổi liên quan thở máy tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai năm 2022 -2023. Tỉ lệ mắc VPLQTM là 29,4%. Tần suất mắc là 38,1 bệnh nhân/1,000 ngày thở máy. Nhóm VPLQTM muộn chiếm tỉ lệ cao (72,9%). Dùng thuốc an thần, đặt lại NKQ/MKQ, số ngày thở máy, số ngày nằm hồi sức kéo dài là các yếu tố nguy cơ độc lập VPLQTM ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, et al.** Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clin Infect Dis.* 2016;63(5):e61-e111. doi:10.1093/cid/ciw353
2. **Papazian L, Klompas M, Luyt CE.** Ventilator-associated pneumonia in adults: a narrative review. *Intensive Care Med.* 2020;46(5):888-906.

- doi:10.1007/s00134-020-05980-0
3. **Hoàng Khánh Linh.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Viêm Phổi Liên Quan Thở Máy Tại Khoa Hồi Sức Tích Cực Bệnh Viện Bạch Mai Giai Đoạn 2017 - 2018. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2018.
 4. **Bùi THG, Nguyễn ĐQ.** Đặc điểm kháng kháng sinh và các yếu tố nguy cơ tử vong của nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện bạch mai. *VMJ.* 2022;515(1). doi:10.51298/vmj.v515i1.2666
 5. **Kollef MH, Chastre J, Fagon JY, et al.** Global prospective epidemiologic and surveillance study of ventilator-associated pneumonia due to *Pseudomonas aeruginosa*. *Crit Care Med.* 2014;42(10): 2178-2187. doi:10.1097/CCM.0000000000000510
 6. **Hoàng Anh TT.** Đánh giá vi khuẩn và tình trạng kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan đến thở máy tại đơn vị Hồi sức ngoại bệnh viện Bạch Mai năm 2020. Luận văn thạc sĩ y học Trường Đại học Y Hà Nội.
 7. **But A, Yetkin MA, Kanyilmaz D, et al.** Analysis of epidemiology and risk factors for mortality in ventilator-associated pneumonia attacks in intensive care unit patients. *Turk J Med Sci.* 2017;47(3):812-816. doi:10.3906/sag-1601-38
 8. **Chang L, Dong Y, Zhou P.** Investigation on Risk Factors of Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Cerebral Hemorrhage Patients in Intensive Care Unit. *Can Respir J.* 2017;2017:7272080. doi:10.1155/2017/7272080
 9. **Liu Y, Di Y, Fu S.** Risk factors for ventilator-associated pneumonia among patients undergoing major oncological surgery for head and neck cancer. *Front Med.* 2017;11(2):239-246. doi:10.1007/s11684-017-0509-8
 10. **Thư NK, Đức ND.** Căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy trên bệnh nhân điều trị tại bệnh viện đại học y hà nội. *VMJ.* 2023; 525(1B). doi:10.51298/vmj.v525i1B.5127

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẠT CƠM SINH DỤC Ở PHỤ NỮ CÓ THAI BẰNG LASER CO₂

Thea Saream¹, Nguyễn Hữu Sáu^{1,2}, Vũ Huy Lượng^{1,2}, Đinh Hữu Nghị^{1,2}, Nguyễn Duy Nhân², Trần Thị Thanh Tâm², Nguyễn Mậu Tráng², Cao Thị Nhung³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả trong điều trị hạt cơm sinh dục ở phụ nữ có thai bằng Laser CO₂. **Đối tượng và phương**

pháp: tiến cứu can thiệp, có đối chứng so sánh, mẫu thuận tiện gồm 60 sản phụ và 60 phụ nữ bị bệnh hạt cơm sinh dục đến khám và điều trị tại bệnh viện Đa Liễu Trung Ương đồng ý tham gia nghiên cứu từ tháng 09/2022 đến tháng 07/2023. Điều trị hạt cơm sinh dục bằng bốc bay laser CO₂. Theo dõi kết quả điều trị cho đến khi hết tổn thương. **Kết quả:** Ở nhóm phụ nữ có thai mắc bệnh hạt cơm sinh dục trong nhóm tuổi ≤ 29 (83,4%) và nguồn lây chủ yếu là từ bạn tình (66,7%). Đa phần sự phân bố hạt cơm sinh dục ở âm hộ (87,5%). Nhóm HPV nguy cơ thấp chiếm 22,5%, nhóm HPV nguy cơ cao chiếm 15,0%. Các type thường gặp nhiều nhất là type 6 (10,8%), type 16 (7,5%), type 11 (6,7%), và type 8 (6,6%). Ngoài

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa liễu Trung Ương

³Bệnh viện Dệt May

Chịu trách nhiệm chính: Thea Saream

Email: theasaream@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

ra còn có các type như 40, 57, 61,71,33,39, 82. Ở phụ nữ có thai, đa số các tổn thương ở mức độ nhẹ và trung bình thì được điều trị 1 lần (Nhẹ: 64,9% Trung bình: 60,0%), chưa phải điều trị đến 4 lần. Mức độ tổn thương nặng được điều trị từ lần 2. Số bệnh nhân được điều trị khỏi theo lần lượt giảm dần là lần 1 (58,9%), lần 2 (28,6%), lần 3 (8,9%), lần 4 (3,6%). Tỷ lệ điều trị thất bại là 6,7%. **Kết luận:** Sự phân bố hạt cơm sinh dục ở phụ nữ có thai chủ yếu ở âm hộ (87,0%) và âm đạo (53,3%). Tỷ lệ mức độ tổn thương nặng (11,6%) dẫn đến có tỷ lệ đợt điều trị nhiều (đợt 4: 3,6%) so với nhóm phụ nữ không có thai. **Từ khóa:** hạt cơm sinh dục, phụ nữ có thai, laser-CO₂

SUMMARY

CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF GENITAL WART TREATMENT IN PREGNANT WOMEN USING CO₂ LASER

Objective: To survey the clinical and paraclinical characteristics and results in treating genital warts in pregnant women with CO₂ Laser. **Subjects and methods:** prospective intervention, controlled comparison, convenience sample including 60 pregnant women and 60 women with genital warts coming for examination and treatment at the National Dermatology Hospital and agreed to participate. Research from September 2022 to July 2023. Treatment of genital warts with CO₂ laser ablation. Monitor treatment results until damage is gone. **Results:** In the group of pregnant women with genital wart disease in the age group ≤ 29 (83.4%) and the main source of infection is from sexual partners (66.7%). Most of the distribution of genital warts is in the vulva (87.5%). The low-risk HPV group accounts for 22.5%, the high-risk HPV group accounts for 15.0%. The most common types are type 6 (10.8%), type 16 (7.5%), type 11 (6.7%), and type 8 (6.6%). There are also types such as 40, 57, 61,71,33,39, 82. In pregnant women, most mild and moderate injuries can be treated once (Mild: 64, 9% Average: 56.3%), not having to be treated 4 times. The level of severe damage was treated from the second time. The number of patients cured gradually decreased from the first time (58.9%), the second time (28.6%), the third time (8.9%), the 4th time (3.6%). The treatment failure rate is 6.7%. **Conclusion:** The data in this study provide important evidence about the distribution of genital warts in pregnant women, mainly in the vulva (87.0%) and vagina (53.3%). The rate of severe damage (11.6%) leads to a higher rate of treatment sessions (phase 4: 3.6%) compared to the group of non-pregnant women. **Keywords:** genital warts, pregnant women, laser-CO₂.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh hạt cơm sinh dục (tên khoa học: Genital Warts, Condyloma acuminata, Venereal wart, Anogenital infection) là một trong những bệnh phổ biến nhất trong các bệnh lây truyền

qua đường tình dục do loại virus có tên khoa học là Human papilloma virus (HPV) gây nên¹. Bệnh HCSD được xem là một trong những bệnh gây ảnh hưởng nhiều nhất đến chất lượng cuộc sống cũng như ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh².

Ước tính trên thế giới tỷ lệ bệnh hạt cơm sinh dục khoảng 160-289 trường hợp trên 100.000 dân số nói chung³. Tại Mỹ, mỗi năm có khoảng 500.000 đến 1 triệu trường hợp mắc hạt cơm sinh dục mới². Ở Việt Nam chưa có số liệu thống kê gần đây về HCSD trong thai kỳ nhưng trên thực hành lâm sàng có thể bắt gặp tình trạng này.

Cùng với sự phát triển công nghệ y học mới, ứng dụng laser trong điều trị hạt cơm sinh dục cũng đạt hiệu quả cao và sử dụng rộng rãi. Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào đánh giá trên đối tượng phụ nữ có thai là đối tượng đặc biệt nếu điều trị không đúng cách sẽ gây ảnh hưởng đến thai nhi. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích: "*Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả trong điều trị hạt cơm sinh dục ở phụ nữ có thai bằng Laser CO₂.*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân nữ mắc HCSD được chẩn đoán xác định về lâm sàng: đặc điểm tổn thương rõ, vị trí ở hãm môi âm hộ, môi bé, môi lớn, âm vật, lỗ niệu, vùng đáy chậu hậu môn, tiền đình âm đạo, âm môn, màng trinh, âm đạo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng trước và sau điều trị.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

60 sản phụ và 60 phụ nữ bị bệnh hạt cơm sinh dục đến khám và điều trị tại bệnh viện Da Liễu Trung Ương đồng ý tham gia nghiên cứu từ tháng 09/2022 đến tháng 07/2023.

2.2.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu. Tuổi, nguồn lây, thời gian, vị trí tổn thương, type HPV, kết quả điều trị.

2.2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Các bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện và đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án, khai thác dịch tễ và các yếu tố liên quan. Siêu âm đánh giá tình trạng thai. Khám lâm sàng đánh giá dạng tổn thương, vị trí, mức độ tổn thương (Nhẹ: Tổng diện tích các loại tổn thương $\leq 1\text{cm}^2$; Trung bình: Tổng diện tích các loại tổn thương $>1 - 3\text{cm}^2$; Nặng: Tổng diện tích các loại tổn thương $>3 - 6\text{cm}^2$; Rất nặng: Tổng

diện tích các loại tổn thương > 6 cm²).

Điều trị: An thần hoặc tiền mê, bôi tê. Chuẩn bị BN và sát trùng. Bốc bay tổn thương bằng Laser CO₂. Sát trùng, đắp gạc, băng tổn thương. Hướng dẫn BN cách chăm sóc, vệ sinh ở nhà. Theo dõi sau điều trị 5 tháng: đánh giá sạch tổn thương.

2.2.5. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Laser và Sản Súc Da bệnh viện Da Liễu Trung Ương.
- Thời gian: từ tháng 09/2022 đến tháng 07/2023.

2.2.6. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được làm sạch, nhập liệu và phân tích bằng phần

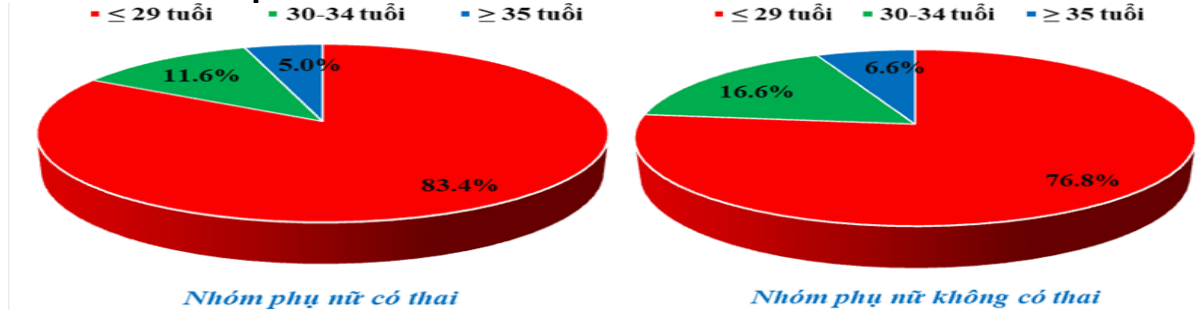
mềm SPSS 20.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: - Các bệnh nhân được tư vấn và tự nguyện tham gia nghiên cứu mới đưa vào danh sách. Mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật. Mọi số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho nghiên cứu, không dùng cho mục đích khác. Các bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu hoặc rút khỏi nghiên cứu vẫn được khám, tư vấn và điều trị chu đáo.

- Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của lãnh đạo BVĐLTV và phê duyệt của Hội đồng đề cương nghiên cứu Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố bệnh theo tuổi



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh hạt cơm sinh dục theo tuổi

Nhận xét: Phần lớn bệnh hạt cơm sinh dục xuất hiện ở nhóm tuổi ≤ 29 tuổi, ở nhóm phụ nữ có thai tỷ lệ này chiếm 83,4%, ở nhóm phụ nữ không có thai chiếm 76,8%.

3.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh HCSD

Bảng 1. Tỷ lệ mắc bệnh HCSD ở phụ nữ theo nguồn lây

Yếu tố	Nhóm PN		Phụ nữ không có thai		Tổng		p
	Phụ nữ có thai	Phụ nữ không có thai	n	%	n	%	
Nguồn lây							
Bạn tình	40	66,7	51	85,0	91	75,8	0,032
Không biết	20	33,3	09	15,0	29	24,2	
Tổng	60	50,0	60	50,0	120	100	
Thời gian phát hiện							
Sớm (≤ 8 tuần)	59	98,3	60	100	119	99,1	1,000*
Muộn (> 8 tuần)	01	1,7	00	00	01	0,9	
Tổng	60	50	60	50	120	100	

* Fisher's exact test

Nhận xét:

- Ở nhóm phụ nữ có thai nguồn lây từ bạn tình (66,7%) và không biết (33,3%). Còn nhóm phụ nữ không có thai nguồn lây từ bạn tình (85,0%) và không biết (15,0%). Sự khác biệt giữa nhóm phụ nữ có thai và nhóm phụ nữ không có thai với các nguồn lây có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

- Ở nhóm phụ nữ không có thai 100% có thời gian phát hiện tổn thương sớm, nhóm phụ nữ có thai là (98,3%). Thời gian phát hiện tổn thương muộn của nhóm phụ nữ có thai (1,7%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm phụ nữ có thai và nhóm phụ nữ không có thai với thời gian phát hiện (p>0,05).

3.3. Phân bố theo vị trí tổn thương

Bảng 2. Phân bố HCSD theo vị trí tổn thương

Vị trí TT	HCSD		Phụ nữ không có thai		Tổng		p
	Phụ nữ có thai	Phụ nữ không có thai	n	%	n	%	

Âm hộ							
Có	54	90,0	51	85,0	105	87,5	0,582*
Không	06	10,0	09	15,0	15	12,5	
Âm đạo							
Có	32	53,3	23	38,3	55	45,8	0,142*
Không	28	46,7	37	61,7	65	54,2	
Tăng sinh môn							
Có	12	20,0	06	10,0	18	15,0	0,200*
Không	48	80,0	54	90,0	102	85,0	
Hậu môn							
Có	03	5,0	01	1,7	04	3,3	0,619*
Không	57	95,0	59	98,3	116	96,7	

* Fisher's exact test

Nhận xét: Đa phần sự phân bố hạt cơm sinh dục ở âm hộ (87,5%), tiếp đến là âm đạo (Hình 1, hình 2) (45,8%), kể đến là tăng sinh môn (15,0%) và ít nhất là ở hậu môn (3,3%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về

phân bố của HCSD giữa nhóm phụ nữ có thai và nhóm phụ nữ không có thai với các vị trí tổn thương.

3.4. Tỷ lệ các type HPV gặp ở phụ nữ được nghiên cứu

Bảng 3. Tỷ lệ các type HPV gặp ở phụ nữ được nghiên cứu

Các type HPV	Phụ nữ có thai		Phụ nữ không có thai		Chung			% trên số lượt nhiễm HPV
	n	%	n	%	n	%	%	
Các type nguy cơ thấp	6	07	11,7	06	10,0	13	10,8	22,5
	11	04	6,7	04	6,7	08	6,7	
	40	00	00	02	3,3	02	1,7	
	57	01	1,7	00	00	01	0,8	
	61	00	00	02	3,3	02	1,7	
	71	01	1,7	00	00	01	0,8	
Các type có nguy cơ cao	16	05	8,3	04	6,7	09	7,5	15,0
	18	02	3,3	04	6,6	06	5,0	
	33	01	1,7	00	00	01	0,8	
	59	01	1,7	00	00	01	0,8	
	82	01	1,7	00	00	01	0,8	

Nhận xét: Nhóm HPV nguy cơ thấp chiếm 22,5%, nhóm HPV nguy cơ cao chiếm 15,0%. Các type thường gặp nhiều nhất là type 6 (10,8%), type 16 (7,5%), type 11 (6,7%), và type 8 (6,6%). Ngoài ra còn có các type như 40, 57, 61, 71, 33, 39, 82.

3.5. Kết quả khỏi theo từng đợt điều trị

Bảng 4. Kết quả khỏi theo từng đợt điều trị

Mức độ tổn thương Đợt điều trị	Phụ nữ có thai				Phụ nữ không có thai			
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Tổng	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Tổng
1	24(64,9%)	09(60,0%)	00(00)	33(58,9%)	25(64,1%)	10(62,5%)	00(00)	35(61,4%)
2	09(24,3%)	05(33,3%)	02(50,0%)	16(28,6%)	13(33,3%)	04(25,0%)	02(100%)	19(33,3%)
3	04(10,8%)	01(6,7%)	00(00)	05(8,9%)	01(2,6%)	02(12,5%)	00(00)	03(5,3%)
4	00(00)	00(00)	02(50,0%)	02(3,6%)	00(00)	00(00)	00(00)	00(00)
Điều trị khỏi	37(66,1%)	15(26,8%)	04(7,1%)	56(93,3%)	39(68,4%)	16(28,1%)	02(3,5%)	57(95,0%)
Thất bại	00(00)	01(25,0)	03(75,0%)	04(6,7%)	00(00)	00(00)	03(100)	03(5,0%)
Tổng	37(61,7%)	16(26,7%)	07(11,6%)	60(100%)	39(65,0%)	16(26,7%)	05(8,3%)	60(100%)

Nhận xét: Ở phụ nữ có thai, đa số các tổn thương ở mức độ nhẹ và trung bình thì được điều trị 1 lần (Nhẹ: 64,9% Trung bình: 60,0%), chưa phải điều trị đến 4 lần. Mức tổn thương nặng được điều trị từ lần 2. Số bệnh nhân được điều trị khỏi theo số lần, lần lượt giảm dần là lần 1 (58,9%), lần 2 (28,6%), lần 3 (8,9%), lần 4

(3,6%). Tỷ lệ điều trị thất bại là 6,7%.

Ở phụ nữ không mang thai, đa số các tổn thương ở mức độ tổn thương nhẹ cần điều trị 1 lần (64,1%), tương tự mức tổn thương trung bình chủ yếu được điều trị 1 lần (62,5%). Ở mức tổn thương nặng được điều trị 2 lần. Số bệnh nhân được điều trị khỏi theo số lần lần lượt giảm

dần là lần 1 (61,4%), lần 2 (33,3%), lần 3 (5,3%). Tỷ lệ điều trị thất bại là 5,0%.

IV. BÀN LUẬN

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi phần lớn các phụ nữ có thai mắc bệnh hạt cơm sinh dục trong nhóm tuổi ≤ 29 (83,4%), 30-24 (11,6%). Phần lớn các phụ nữ không có thai mắc bệnh hạt cơm sinh dục trong các nhóm tuổi ≤ 29 (76,8%), 30-24 (16,6%). Ở cả nhóm phụ nữ có thai và nhóm phụ nữ không có thai, tỷ lệ mắc bệnh hạt cơm sinh dục đều cao hơn ở nhóm tuổi từ <29 cho đến 35 tuổi. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lạc Thị Kim Ngân (2021) nhóm tuổi bệnh nhân thường mắc bệnh hạt cơm sinh dục từ 18-35 chiếm tỷ lệ cao nhất 71,8%⁴. Điều này có thể giải thích là do bệnh hạt cơm sinh dục thường gặp nhiều hơn ở nhóm đối tượng lao động, thanh thiếu niên.

Ở nhóm phụ nữ có thai nguồn lây chủ yếu là từ bạn tình (66,7%) và không biết (33,3%). Còn nhóm phụ nữ không có thai nguồn lây từ bạn tình (85,0%) và không biết (15,0%). Sự khác biệt giữa nhóm phụ nữ có thai và nhóm phụ nữ không có thai với các nguồn lây có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này khác với kết quả của Hà Nguyễn Phương Anh (2015) với nguồn lây chủ yếu là không rõ (36,2%), tiếp đến là bạn tình (34,3%) và nguồn lây từ chồng/vợ (19,9%)⁵. Có sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm phụ nữ có thai và nhóm chứng, còn nghiên cứu của Hà Nguyễn Phương Anh (2015) thực hiện trên tất cả các bệnh nhân đến khám đồng ý tham gia nghiên cứu và tiêu chuẩn loại trừ là loại trừ các bệnh nhân có thai.

Đa phần sự phân bố hạt cơm sinh dục ở âm hộ (87,5%), tiếp đến là âm đạo (45,8%), kể đến là tầng sinh môn (15,0%) và ít nhất là ở hậu môn (3,3%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố của HCSD giữa nhóm phụ nữ có thai và nhóm phụ nữ không có thai với các vị trí tổn thương. Kết quả này khác với kết quả của Lạc Thị Kim Ngân cho thấy vị trí tổn thương phân bố ở môi bé, môi lớn chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 60,0% và 52,9%, tiếp đến là âm hộ (20,0%) và âm đạo (16,5%)⁴. Điều này có thể giải thích có thể là do khác nhau về khu vực địa lý, vùng miền, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại miền Bắc, còn nghiên cứu của Lạc Thị Kim Ngân thực hiện ở miền Nam.

Nhóm HPV nguy cơ thấp chiếm 22,5%, nhóm HPV nguy cơ cao chiếm 15,0%. Các type thường gặp nhiều nhất là type 6 (10,8%), type

16 (7,5%), type 11 (6,7%), và type 8 (6,6%). Ngoài ra còn có các type như 40, 57, 61, 71, 33, 39, 82. Kết quả này phù hợp với kết quả của Lạc Thị Kim Ngân với HPV type 6 và 11 chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 45,9% và 54,1%. Tuy nhiên, tỷ lệ % các type trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn do mặc dù đã chỉnh định bệnh nhân làm xét nghiệm HPV nhưng bệnh nhân lại không làm. Nguyên nhân là do xét nghiệm HPV không nằm trong danh mục chi trả của Bảo hiểm y tế⁶ mà phải mất tiền dịch vụ làm xét nghiệm trong khi giá thành xét nghiệm HPV cao. Vậy nên một số bệnh nhân đã không làm xét nghiệm HPV.

Về số lần điều trị, hầu hết các bệnh nhân đều được điều trị từ 1-4 lần. Kết quả này tương ứng với kết quả của JW. Calkins, hầu hết các bệnh nhân mắc bệnh hạt cơm sinh dục cần phải điều trị từ 1 đến 4 lần tùy thuộc vào mức độ của bệnh⁷.

Ở lần điều trị thứ 1, tỷ lệ khỏi ở nhóm phụ nữ có thai là 58,9%, nhóm phụ nữ không có thai là 61,4%. Kết quả này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Ferenczy với việc loại bỏ hoàn toàn mụn cóc ở phụ nữ và nam giới sau một lần điều trị (51% và 38%)⁸. Kết quả điều trị ở nhóm phụ nữ có thai thấp hơn nhóm phụ nữ không có thai ở lần 1. Điều này có thể giải thích là do trong thai kỳ, tổn thương hạt cơm sinh dục có xu hướng phát triển nhanh, nguyên nhân có thể do thay đổi Hormone, tăng nồng độ Progesterone trong máu, tăng tiết dịch âm đạo cổ tử cung, môi trường ẩm ướt hay giảm đáp ứng miễn dịch trong thai kỳ^{9,10}. Do vậy, ở nhóm phụ nữ có thai thường sẽ có tổn thương nặng hơn và có tỷ lệ đợt điều trị nhiều hơn so với nhóm phụ nữ không có thai. Ở phụ nữ có thai, tỷ lệ điều trị thất bại là 6,7%. Nguyên nhân là do tuổi thai của bệnh nhân >32 tuần nên bác sĩ cho chỉ định ngừng đốt laser CO₂ để đảm bảo an toàn cho mẹ mà bé, tránh nguy cơ đẻ non và dọa đẻ non. Ở nhóm phụ nữ không mang thai tỷ lệ điều trị thất bại là 5,0%. Nguyên nhân là do các bệnh nhân này vẫn có quan hệ tình dục trong quá trình điều trị dẫn đến tổn thương nặng hơn, lúc đến tái khám bệnh nhân đã từ chối điều trị tiếp đợt sau do sợ đau.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn các phụ nữ có thai mắc bệnh hạt cơm sinh dục trong nhóm tuổi <29 (83,4%), và nguồn lây chủ yếu là từ chồng (66,7%). Những dữ liệu trong nghiên cứu này cung cấp các bằng chứng quan trọng về sự phân bố hạt cơm sinh dục ở phụ nữ có thai chủ yếu ở âm hộ (87,0%)

và âm đạo (53,3%). Tỷ lệ mức độ tổn thương nặng (11,6%) dẫn đến có tỷ lệ đợt điều trị nhiều (đợt 4: 3,6%) so với nhóm phụ nữ không có thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Duy Hưng** (2019). Hạt Cơm Sinh Dục Sinh Dục - Hậu Môn, Bệnh Học Da Liễu Tập 2, Nhà Xuất Bản Y Học, Tr 176-183.
2. **Yanofsky VR, Patel RV, Goldenberg G.** Genital warts: a comprehensive review. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2012;5(6):25-36.
3. **Gilson R, Nugent D, Werner RN, Ballesteros J, Ross J.** 2019. IUSTI-Europe guideline for the management of anogenital warts. *J Eur Acad Dermatol Venereol J EADV* 2020;34(8):1644-1653. doi:doi:10.1111/jdv.16522
4. **Lạc Thị Kim Ngân, Đào Hoàng Thiên Kim, Nguyễn Thị Thuý Trang, Huỳnh Văn Bá, Nguyễn Văn Lâm.** Đặc Điểm Lâm Sàng Và Típ Human Papillomavirus Ở Bệnh Nhân Sùi Mào Gà Tại Bệnh Viện Da Liễu Thành Phố Cần Thơ Năm 2020. Accessed August 27, 2023. <https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/809/672>
5. **Hà Nguyễn Phương Anh** (2015). Nhiễm Human Papillomavirus trên bệnh nhân bị nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục và tác dụng của cimetidin trong phòng tái phát bệnh sùi mào gà. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Thông tư 35/2016/TT-BYT** danh mục tỷ lệ điều kiện thanh toán dịch vụ kỹ thuật y tế người tham gia bảo hiểm mới nhất. Accessed October 2, 2023. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bao-hiem/Thong-tu-35-2016-TT-BYT-danh-muc-ty-le-dieu-kien-thanh-toan-dich-vu-ky-thuat-y-te-nguoi-tham-gia-bao-hiem-288918.aspx>
7. **Calkins JW, Masterson BJ, Magrina JF, Capen CV.** Management of condylomata acuminata with the carbon dioxide laser. *Obstet Gynecol.* 1982;59(1):105-108.
8. **Flores-Luna L, Bravo MM, Kasamatsu E, et al.** Risk factors for gastric precancerous and cancers lesions in Latin American counties with difference gastric cancer risk. *Cancer Epidemiol.* 2020;64:101630. doi:10.1016/j.canep.2019.101630
9. **Sugai S, Nishijima K, Enomoto T.** Management of Condyloma Acuminata in Pregnancy: A Review. *Sexually Transmitted Diseases.* 2021;48(6):403-409. doi:10.1097/OLQ.0000000000001322
10. **Cohen E, Levy A, Holcberg G, Wiznitzer A, Mazor M, Sheiner E.** Perinatal outcomes in condyloma acuminata pregnancies. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(6):1269-1273. doi:10.1007/s00404-010-1558-2

MỨC ĐỘ SUY GIẢM NHẬN THỨC Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Dương Như Năm¹, Đoàn Văn Anh¹, Vũ Minh Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá suy giảm nhận thức ở bệnh nhân sau phẫu thuật chấn thương sọ não (CTSN) bằng thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu (Minimal Status Examination: MMSE) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang, tình trạng nhận thức 80 bệnh nhân sau phẫu thuật CTSN điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** 80 bệnh nhân gồm 69 nam (86,2%), 11 nữ (13,8%); tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 6,27/1; tuổi trung bình (44,36±15,68), nhóm tuổi 56-65 có tỷ lệ cao nhất 33,8%. Nghề nghiệp nông dân (51,2%), công nhân (32,5%). Tai nạn giao thông là nguyên nhân gặp nhiều nhất (65,0%). Tình trạng khi vào viện CTSN nhẹ chiếm (80%), CTSN trung bình 13,8%, CTSN nặng 6,2%. Bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính (30%), máu tụ ngoài màng cứng (20%), vết thương sọ não (18,8%). Thấp nhất là vỡ lún xương sọ (5%). Kết quả khi ra viện bệnh nhân sau phẫu thuật chấn

thương sọ não có suy giảm nhận thức chung là 77,5%, trong đó mức độ nhẹ (37,5%), mức độ vừa (30%), mức độ nặng (10%). **Kết luận:** Mức độ suy giảm nhận thức ở bệnh nhân sau mổ chấn thương sọ não tương đối cao. Do đó, cần có chương trình phục hồi chức năng toàn diện sau khi xuất viện để nâng cao chất lượng sống cho người bệnh, đặc biệt là những người suy giảm nhận thức mức độ vừa và nặng.

Từ khóa: suy giảm nhận thức, chấn thương sọ não, di chứng chấn thương sọ não.

SUMMARY

LEVEL OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS AFTER TRAUMATIC BRAIN INJURY SURGERY

Objective: To assess cognitive impairment in patients after traumatic brain injury surgery using the Mini Mental Status Examination (MMSE) at Thai Binh General Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study of cognitive status was conducted among 80 patients suffered from traumatic brain injury undergone surgeries at Thai Binh General Hospital during the period from June 2022 to June 2023. **Results:** 80 patients including 69 males (86.2%), 11 females (13.8%); The ratio of males to females was approximately 6.27/1. The average age was 44.36±15.68 years old, the 56-65 age group had the highest rate of 33.8%. Occupation: farmer

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023