

STUDY ON LOWER GENITAL TRACT INFECTIONS IN PREGNANT WOMEN AT ≥ 35 WEEKS OF GESTATION AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Pham Thanh Nga, Nguyen Thi Phuong Thao*, Nguyen Thi Phuong Chi, Dang Thi Hong Thien
Hoang Phuong Ly, Le Thi Linh, Duong Thi Van Anh, Tran Thuy An

National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 1 Trieu Quoc Dat, Cua Nam ward, Hanoi, Vietnam

Received: 27/6/2025

Revised: 28/6/2025; Accepted: 07/7/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics and identify common pathogens causing vaginitis in pregnant women at ≥ 35 weeks of gestation at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 124 eligible pregnant women. Participants underwent gynecological examinations and vaginal discharge testing (wet mount microscopy and Gram staining using the Nugent scoring system). Data were analyzed using SPSS version 20.0.

Results: The prevalence of vaginitis was 30.6%, primarily caused by *Candida* species (30.6%), while nonspecific vaginitis accounted for 4.8%. No cases of *Trichomonas* infection were recorded. Common clinical symptoms included abnormal vaginal discharge (52.4%) and vulvar pruritus (5.6%). A significant association was found between a history of vaginitis and current infection ($p < 0.05$).

Conclusion: Vaginitis in pregnant women at ≥ 35 weeks is mainly caused by *Candida* spp. Timely detection and treatment are essential to reduce the risk of adverse pregnancy outcomes.

Keywords: Vaginitis, pregnant women, *Candida*, Nugent, vaginal microbiota.

*Corresponding author

Email: ntpthao270888@gmail.com Phone: (+84) 988474373 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2807>

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC DƯỚI Ở PHỤ NỮ MANG THAI ≥ 35 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phạm Thanh Nga, Nguyễn Thị Phương Thảo*, Nguyễn Thị Phương Chi, Đặng Thị Hồng Thiện
Hoàng Phương Ly, Lê Thị Linh, Dương Thị Vân Anh, Trần Thùy An

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương - 1 Triệu Quốc Đạt, phường Cửa Nam, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/6/2025

Ngày chỉnh sửa: 28/6/2025; Ngày duyệt đăng: 07/7/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định một số tác nhân gây viêm âm đạo ở thai phụ ≥ 35 tuần tuổi thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 124 thai phụ đủ tiêu chuẩn. Các đối tượng được thăm khám phụ khoa và xét nghiệm dịch tiết âm đạo (soi tươi, nhuộm Gram theo thang điểm Nugent). Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: Tỷ lệ viêm âm đạo là 30,6%, trong đó chủ yếu do nấm *Candida* (30,6%), viêm âm đạo không đặc hiệu chiếm 4,8%. Không ghi nhận trường hợp nhiễm *Trichomonas*. Các biểu hiện lâm sàng phổ biến là khí hư bất thường (52,4%) và ngứa vùng âm hộ (5,6%). Có mối liên quan giữa tiền sử viêm âm đạo với tình trạng viêm hiện tại ($p < 0,05$).

Kết luận: Viêm âm đạo ở thai phụ ≥ 35 tuần chủ yếu do nấm *Candida*. Việc phát hiện và điều trị kịp thời có ý nghĩa quan trọng nhằm hạn chế nguy cơ ảnh hưởng xấu đến thai kỳ.

Từ khóa: Viêm âm đạo, thai phụ, *Candida*, Nugent, vi sinh vật âm đạo.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nhiễm đường sinh dục dưới (bao gồm viêm âm đạo và viêm cổ tử cung) rất phổ biến ở phụ nữ trẻ, tỷ lệ toàn cầu của viêm âm đạo không đặc hiệu (bacterial vaginosis) khoảng 23-29% [1]. Thai kỳ làm thay đổi môi trường sinh dục (pH toan do estrogen tăng, thay đổi hệ vi sinh) có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, đặc biệt là viêm âm đạo do *Candida* và viêm âm đạo do vi khuẩn [2]. Tổ chức Y tế Thế giới lưu ý viêm âm đạo do vi khuẩn nếu không được điều trị có thể dẫn đến sảy thai và sinh non [1]. Nhiều nghiên cứu quan sát cũng ghi nhận viêm đường sinh dục dưới trong thai kỳ liên quan đến sinh non, vỡ ối non, nhẹ cân [3]. Ở Việt Nam, nghiên cứu cộng đồng cho thấy viêm nhiễm đường sinh dục dưới chiếm đến hơn 80% các bệnh lý phụ khoa ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ [4]. Chưa có số liệu cập nhật đầy đủ về viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ mang thai cuối thai kỳ tại Việt Nam. Tuy nhiên, các tác nhân như vi khuẩn không đặc hiệu, nhiễm nấm *Candida* và viêm âm đạo do vi khuẩn hiếu khí khi mang thai có thể làm tăng nguy cơ sinh non, vỡ ối non, nhiễm trùng sơ sinh và các biến chứng hậu sản [3], [5]. Tại Việt Nam, một nghiên cứu trên thai phụ 3 tháng cuối ghi nhận tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới lên đến 46,6% (trong đó 32% do *Candida*, 13,6% do vi khuẩn không đặc hiệu, 15,5% do vi khuẩn hiếu khí) và mối liên quan giữa nhiễm liên cầu nhóm B với nhiễm trùng sơ sinh sớm [6].

Để góp phần nghiên cứu các tác nhân gây bệnh và mối liên quan với các kết cục của thai kỳ của viêm nhiễm đường sinh dục dưới, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở các thai phụ có tuổi thai trên 35 tuần bị viêm âm đạo đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương; (2) Xác định một số nguyên nhân gây viêm âm đạo ở thai phụ có tuổi thai trên 35 tuần đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7/2024 đến tháng 2/2025.

- Địa điểm: Khoa Khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Các thai phụ mang thai trên 35 tuần đến khám thai tại Khoa Khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: thai phụ có tuổi thai ≥ 35 tuần (theo siêu âm 3 tháng đầu), đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: thai phụ đang ra huyết âm đạo hoặc vỡ ối trước hoặc trong khi lấy mẫu, thực rửa âm đạo hay đặt thuốc trong vòng 48 giờ trước khi đi khám, có sử dụng thuốc kháng sinh trong vòng 2 tuần trước đi

*Tác giả liên hệ

Email: ntpthao270888@gmail.com Điện thoại: (+84) 988474373 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2807>

khám, các thai phụ bị rối loạn tâm thần, thai phụ dị ứng hay có tiền căn dị ứng các thuốc điều trị viêm âm đạo.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: chọn toàn bộ thai phụ ≥ 35 tuần đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong thời gian nghiên cứu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.
- Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu nhận 124 bệnh nhân.
- Biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi (năm), nghề nghiệp, trình độ học vấn, nơi cư trú (thành thị, nông thôn).

+ Tiền sử bệnh lý: tiền sử viêm âm đạo trước khi mang thai (có/không), các bệnh lý trong thai kỳ hiện tại (có/không), sử dụng thuốc kháng sinh trong 2 tuần trước khám (có/không).

+ Thói quen sinh hoạt: vệ sinh âm đạo hoặc đặt thuốc trước khám (có/không).

+ Triệu chứng lâm sàng: ra khí hư nhiều (có/không), khí hư có mùi hôi (có/không), ngứa âm hộ, âm đạo (có/không), đau rát, tiểu buốt, khó chịu khi giao hợp (có/không), không triệu chứng.

+ Dấu hiệu thực thể khi khám phụ khoa: tình trạng âm hộ (bình thường, viêm đỏ, mụn, vết trắng), tình trạng âm đạo (bình thường, viêm đỏ), tình trạng cổ tử cung (bình thường, viêm đỏ, lộ tuyến), đặc điểm khí hư (trắng vón cục, trắng xám đồng nhất, vàng).

+ Đặc điểm cận lâm sàng: tình trạng viêm âm đạo (có/không) xác định qua soi tươi, nhuộm Gram theo thang điểm Nugent; loại viêm âm đạo: viêm âm đạo do nấm (*Candida* spp.), viêm âm đạo do vi khuẩn không đặc hiệu (bacterial vaginosis); viêm âm đạo do *Trichomonas vaginalis*; nhiễm phối hợp (nếu có).

2.4. Cách thức tiến hành nghiên cứu

2.4.1. Quy trình nghiên cứu

Thai phụ có tuổi thai ≥ 35 tuần (theo siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ) đến khám tại Khoa Khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia sẽ được thu nhận vào nghiên cứu.

Thai phụ được giải thích và cung cấp thông tin đầy đủ về nghiên cứu và được mời tham gia, ký vào phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu. Mỗi thai phụ được cấp một mã số đăng ký nghiên cứu theo thứ tự để bảo mật thông tin người bệnh.

Thai phụ được hỏi các thông tin chung (tuổi, nghề nghiệp, nơi cư trú, nghề nghiệp, trình độ học vấn); tiền sử sản phụ khoa và nội khoa, quá trình mang thai lần này (bệnh lý trong quá trình mang thai, có sử dụng các thuốc đường toàn thân, thuốc ức chế miễn dịch không), các triệu chứng viêm nhiễm đường sinh dục.

Sau đó, thai phụ được khám phụ khoa (đặt mỏ vịt) đánh giá âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, số lượng và đặc điểm

dịch tiết âm đạo, đồng thời lấy dịch tiết âm đạo để làm các xét nghiệm soi tươi, soi nấm, nhuộm soi.

Thai phụ được chẩn đoán xác định viêm âm đạo dựa vào kết quả soi tươi, soi nấm, nhuộm soi dựa vào tiêu chuẩn của Nugent.

Thai phụ được chẩn đoán viêm âm đạo sẽ được điều trị theo nguyên nhân và được hẹn tái khám sau 1 tuần để đánh giá lại tình trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới, thông tin của lần tái khám sẽ được thu thập vào bệnh án nghiên cứu. Trường hợp thai phụ không đến khám lại theo lịch sẽ được nhóm nghiên cứu gọi điện nhắc lịch, hoặc trường hợp thai phụ đã sinh con trước thời điểm khám lại cũng sẽ được nhóm nghiên cứu gọi điện hỏi thông tin tuổi thai khi sinh con.

Từ đó tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các tác nhân chủ yếu gây viêm âm đạo ở thai phụ có tuổi thai ≥ 35 tuần.

2.4.2. Tiêu chuẩn nghiên cứu

Để chẩn đoán nhiễm khuẩn âm đạo, chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn Nugent. Mỗi mẫu nhuộm Gram được đánh giá qua các hình thái vi khuẩn được quan sát dưới vật kính dầu ($\times 1000$):

0: không quan sát thấy vi khuẩn/vi trường.

1+: < 1 vi khuẩn/vi trường.

2+: 1-4 vi khuẩn/vi trường.

3+: 5-30 vi khuẩn/vi trường.

4+: > 30 vi khuẩn/vi trường.

Thang điểm được tính dựa vào 3 hình thái:

- Trực khuẩn Gram dương lớn là hình thái *Lactobacillus* spp.

- Trực khuẩn Gram âm nhỏ (biến thể đa dạng) gồm *G. vaginalis* và vi khuẩn kỵ khí.

- Trực khuẩn Gram âm hình que cong, gấp khúc hơi lớn hơn hình thái *G. vaginalis*, hai đầu bắt màu đậm hơn là hình ảnh của *Mobiluncus*.

Hình thái vi khuẩn	Số lượng vi khuẩn/vi trường	Điểm
<i>Lactobacillus</i> spp (trực khuẩn Gram dương lớn)	> 30	0
	5-30	1
	1-4	2
	< 1	3
	0	4
<i>Gardnerella/Bacteroides</i>	> 30	4
	5-30	3
	1-4	2
	< 1	1
	0	0
<i>Mobiluncus</i> (trực khuẩn Gram âm hình que cong, gấp khúc)	> 5	2
	≤ 5	1
	0	0

Thang điểm từ 0 đến 10, trong đó:

0-3 điểm: không nhiễm khuẩn âm đạo do vi khuẩn kỵ khí.

4-6 điểm: vi hệ âm đạo thay đổi.

7-10 điểm: viêm âm đạo không đặc hiệu.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đề cương đề tài cấp cơ sở. Bệnh nhân chỉ được chọn vào nghiên cứu nếu họ đồng ý và hoàn toàn tự nguyện tham gia sau khi được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu. Tất cả thông tin cá nhân về người bệnh được đảm bảo bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ viêm âm đạo ở thai phụ có tuổi thai ≥ 35 tuần là 30,6%. Các thai phụ tập trung ở độ tuổi 25-30 (59 trường hợp chiếm tỷ lệ 47,6%). Độ tuổi trung bình là $28,61 \pm 4,49$; thấp nhất là 20 tuổi và cao nhất là 40 tuổi. Các thai phụ sống ở thành thị là 71,8%, viên chức chiếm tỷ lệ 48,4%. Tỷ lệ thai phụ có tiền sử viêm âm đạo trước khi mang thai là 59,7%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở các thai phụ có tuổi thai trên 35 tuần

Bảng 1. Lý do đến khám (n = 124)

Lý do	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khám thai định kỳ, không có triệu chứng viêm nhiễm đường sinh dục dưới	55	44,4
Các triệu chứng đi khám viêm nhiễm đường sinh dục dưới	69	55,6
Ra khí hư nhiều âm đạo	65	52,4
Khí hư có mùi hôi khó chịu	5	4,0
Ngứa âm hộ, âm đạo	7	5,6
Phối hợp các triệu chứng	9	7,3

Tỷ lệ thai phụ có triệu chứng đi khám viêm nhiễm đường sinh dục dưới là 55,6%; ra khí hư âm đạo chiếm tỷ lệ 52,4%; khí hư có mùi hôi khó chịu 4%; ngứa âm hộ, âm đạo chiếm tỷ lệ 5,6%; phối hợp các triệu chứng chiếm 7,3%. Không có trường hợp nào đi khám do bông rất ở âm hộ/âm đạo, đái buốt/đái khó, đau sinh dục khi giao hợp hoặc đau vùng tiểu khung.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của các thai phụ đến khám (n = 124)

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Âm đạo		
Bình thường	105	84,7
Viêm đỏ	19	15,3

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Âm hộ		
Bình thường	115	92,7
Viêm đỏ	7	5,6
Vết trắng	1	0,8
Mụn âm hộ	1	0,8
Cổ tử cung		
Bình thường	88	71,0
Lộ tuyến	32	25,8
Viêm đỏ	4	3,2
Khí hư		
Trắng, vón cục, bám thành âm đạo	45	36,3
Trắng hoặc xám đồng nhất	73	58,9
Vàng	6	4,8

Tỷ lệ âm đạo viêm đỏ là 15,3%, âm hộ viêm đỏ 5,6%, cổ tử cung lộ tuyến chiếm 25,8%, khí hư trắng vón cục bám thành âm đạo chiếm 36,3%, khí hư trắng hoặc xám đồng nhất là 58,9%, khí hư vàng chiếm 4,8%. Không có trường hợp nào khí hư bình thường.

Bảng 3. Phân loại một số tác nhân gây viêm âm đạo (n = 124)

Đặc trưng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không viêm âm đạo	82	66,1
Viêm âm đạo do nấm	36	29,0
Viêm âm đạo không đặc hiệu	4	3,2
Viêm âm đạo do nấm + viêm âm đạo không đặc hiệu	2	1,6

Tỷ lệ viêm âm đạo do nấm là 30,6%, viêm âm đạo không đặc hiệu chiếm 4,8%, phối hợp viêm âm đạo do nấm và viêm âm đạo không đặc hiệu là 1,6%. Không có trường hợp nào viêm âm đạo do *Trichomonas* hoặc nhiễm đồng thời 3 tác nhân.

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ viêm âm đạo ở thai phụ có tuổi thai ≥ 35 tuần trong nghiên cứu của chúng tôi là 30,6%. Kết quả này tương đối thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Anh và cộng sự (2020) tại Việt Nam ghi nhận tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối lên đến 46,6%, trong đó 32% do nấm *Candida* và 13,6% viêm âm đạo do vi khuẩn [6]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là phụ nữ thành thị (71,8%), có trình độ học vấn và điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế tốt hơn, dẫn đến việc chăm sóc sức khỏe sinh sản tốt hơn.

Trong số các tác nhân gây viêm âm đạo, nấm *Candida* là nguyên nhân chủ yếu, chiếm toàn bộ số ca viêm âm đạo (30,6%) được phát hiện. Điều này phù hợp với đặc điểm sinh lý thai kỳ giai đoạn cuối, khi nồng độ estrogen tăng cao làm thay đổi pH âm đạo và ảnh hưởng đến hệ vi sinh, tạo điều kiện thuận lợi cho nấm *Candida* phát triển [2]. Kết quả của chúng tôi cũng

tương đồng với nghiên cứu của Messina A và cộng sự (2024), cho rằng nhiễm *Candida* trong thai kỳ là nguyên nhân hàng đầu gây viêm âm đạo và có thể ảnh hưởng đến thai nhi nếu không được điều trị đúng [2].

Không phát hiện trường hợp viêm âm đạo do *Trichomonas* trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể do đặc điểm dân số nghiên cứu là thai phụ đến khám tại cơ sở chuyên khoa tuyến cuối, có ý thức cao về chăm sóc sức khỏe, hoặc do sự giảm tần suất *Trichomonas* ở nhóm dân số có điều kiện tiếp cận y tế tốt hơn. Ngoài ra, xét nghiệm chủ yếu dựa vào soi tươi cũng có thể làm giảm khả năng phát hiện *Trichomonas*, do độ nhạy của phương pháp này thấp hơn so với nuôi cấy hay phương pháp PCR [1].

Về triệu chứng lâm sàng, phần lớn thai phụ đến khám vì ra khí hư âm đạo bất thường (52,4%), ngứa vùng âm hộ âm đạo (5,6%), và một số ít có phối hợp các triệu chứng. Tỷ lệ các biểu hiện này tương đối thấp so với nghiên cứu tại Trung Quốc của Yao D và cộng sự (2025), trong đó 68,2% phụ nữ có viêm âm đạo có biểu hiện lâm sàng rõ rệt [3]. Điều này gợi ý rằng viêm âm đạo ở thai phụ giai đoạn cuối có thể không triệu chứng, dẫn đến nguy cơ bỏ sót nếu không được khám và xét nghiệm định kỳ.

Xét về tổn thương thực thể, tỷ lệ âm đạo viêm đỏ chiếm 15,3%, âm hộ viêm đỏ là 5,6%, khí hư trắng vón cục - đặc trưng của *Candida* - chiếm 36,3%. Đặc điểm này cũng có chẩn đoán viêm âm đạo do nấm là chủ yếu. Ngoài ra, có 25,8% trường hợp lộ tuyến cổ tử cung, một tình trạng sinh lý thường gặp ở phụ nữ mang thai nhưng cũng có thể làm tăng tiết dịch âm đạo và dễ nhầm lẫn với viêm nhiễm.

Chúng tôi ghi nhận mối liên quan giữa tiền sử viêm âm đạo trước mang thai với tình trạng viêm hiện tại ($p < 0,05$). Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi và điều trị triệt để viêm âm đạo trước và trong thai kỳ nhằm giảm nguy cơ tái phát, đặc biệt ở giai đoạn cuối thai kỳ, khi viêm nhiễm có thể ảnh hưởng đến thai nhi như sinh non, vỡ ối non hoặc nhiễm trùng sơ sinh [1], [3], [5].

Từ các kết quả trên, có thể thấy rằng việc tầm soát viêm âm đạo định kỳ ở phụ nữ mang thai, đặc biệt từ 35 tuần trở lên, là rất cần thiết để phát hiện và điều trị kịp thời. Nghiên cứu này cũng cho thấy xét nghiệm soi tươi, nhuộm Gram theo thang điểm Nugent vẫn là phương pháp phù hợp, đơn giản, chi phí thấp để sàng lọc trong thực hành lâm sàng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm âm đạo ở thai phụ có tuổi thai ≥ 35 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương là 30,6%, trong đó tác nhân chủ yếu là nấm *Candida*. Các triệu chứng lâm sàng như ra khí hư bất thường và

ngứa vùng âm hộ là biểu hiện thường gặp, tuy nhiên một số trường hợp có thể không có triệu chứng rõ ràng. Mối liên quan giữa tiền sử viêm âm đạo với tình trạng viêm hiện tại cho thấy vai trò quan trọng của việc tầm soát và điều trị sớm trong suốt thai kỳ. Việc sử dụng các phương pháp chẩn đoán đơn giản như soi tươi và nhuộm Gram theo thang điểm Nugent vẫn mang lại hiệu quả sàng lọc cao trong thực hành lâm sàng.

Tầm soát định kỳ viêm âm đạo trong giai đoạn cuối thai kỳ là cần thiết để phát hiện và điều trị kịp thời, góp phần hạn chế các nguy cơ sinh non, vỡ ối non và nhiễm trùng sơ sinh. Cần có thêm các nghiên cứu quy mô lớn hơn và theo dõi dọc để đánh giá mối liên quan giữa viêm âm đạo ở giai đoạn cuối thai kỳ và kết cục sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Norah Kairys, Karen Carlson, Manish Garg. Bacterial Vaginosis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024 [cited 2024 Apr 22]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459216/Bacterial_Vaginosis.
- [2]. Messina A, Mariani A, Brandolisio R, Tavella E, Germano C, Lipari G et al. Candidiasis in Pregnancy: Relevant Aspects of the Pathology for the Mother and the Fetus and Therapeutic Strategies. Trop Med Infect Dis, 2024 May, 9 (5): 114.
- [3]. Yao D, Tang X, Xue M, Zhu K, Li W, Chen Z et al. The effects of vaginal infections on pregnancy outcomes: a retrospective cohort study in China. BMC Pregnancy Childbirth, 2025 Feb, 18, 25: 179.
- [4]. Trần Thành Trung, Nguyễn Văn Lâm. Viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 18-49 tuổi có chồng tại huyện Định Quán, tỉnh Đồng Nai năm 2022-2023 và các yếu tố liên quan. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, tập 536, số 1, tr. 270-274. [cited 2025 Jun 12];536(1). Available from: <https://tapchiyhocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/8699>.
- [5]. Shawaky S.M, Al Shammari M.M.A, Sewelliam M.S, Ghazal A.A.E.R, Amer A.N. A study on vaginitis among pregnant and non-pregnant females in Alexandria, Egypt: An unexpected high rate of mixed vaginal infection. AIMS Microbiol, 2022 May 5, 8 (2): 167-77.
- [6]. Nguyễn Thị Kim Anh, Trương Quang Vinh, Nguyễn Thị Lê Na, Nguyễn Thị Châu Anh. Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới và một số đặc điểm liên quan ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối. Tạp chí Phụ Sản, 2020 Nov 2, 18 (2): 23-9.