

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC THẤP Ở PHỤ NỮ TRONG ĐỘ TUỔI SINH ĐẸ CÓ CHỒNG Ở HUYỆN A LƯỚI, THỪA THIÊN HUẾ

Cao Ngọc Thành¹, Nguyễn Vũ Quốc Huy¹, Võ Văn Khoa¹, Phạm Mai Lan²

(1) Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ, tác nhân viêm nhiễm sinh dục thấp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng ở huyện A Lưới. (2) Khảo sát các yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục thấp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng ở huyện A Lưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 460 phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ (từ 18 – 49 tuổi) đang sinh sống tại Huyện A Lưới trong khoảng thời gian từ tháng 5/2015 đến tháng 5/2016. Các phụ nữ được phỏng vấn, khám phụ khoa và làm xét nghiệm soi tươi, nhuộm Gram nhằm xác định tỉ lệ mắc bệnh VNĐSDT, khảo sát tác nhân gây bệnh và các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Phụ nữ bị viêm nhiễm sinh dục thấp chiếm 37,6%, trong đó viêm âm đạo đơn chiếm 26,1%, viêm âm đạo – CTC chiếm 11,5%. Các tác nhân gây bệnh bao gồm: tạp khuẩn 32,4%, *Gardnerella vaginosis* 35,3%, *Candida* đơn thuần 17,3%, tạp khuẩn và *Candida* 7,5%, vi khuẩn sinh mủ 7,5%, không có trường hợp nào nhiễm *Trichomonas vaginalis*. Có mối liên quan giữa viêm nhiễm sinh dục thấp với tiền sử nạo thai và hành vi vệ sinh QHTD. **Kết luận:** Tỷ lệ viêm nhiễm sinh dục thấp là 37,6%. Tác nhân gây bệnh chủ yếu là *Gardnerella vaginosis* 35,3%, nhiễm *Candida* 17,3%. Có mối liên quan giữa viêm nhiễm sinh dục tiền sử nạo thai và hành vi vệ sinh QHTD.

Từ khóa: Viêm nhiễm đường sinh dục thấp, A Lưới

Abstract

REPRODUCTIVE TRACT INFECTIONS (RTIs) AMONG MARRIED WOMEN OF THE REPRODUCTIVE AGE GROUP IN A LUOI DISTRICT, THUA THIEN HUE PROVINCE

Cao Ngọc Thành¹, Nguyen Vu Quoc Huy¹, Vo Van Khoa¹, Pham Mai Lan²

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy

(2) Hue Central Hospital

Objectives: (1) To determine the prevalence, agents of RTIs among married women of the reproductive age group in A Luoi, Thua Thien Hue; (2) To survey some factors influencing the occurrence of the disease. **Methods:** A cross-sectional study of 460 married women of the reproductive age group (18 – 49 years) in A Luoi district from 5/2015 to 5/2016. This was followed by interview, clinical examination and collection of samples for laboratory tests. **Results:** The prevalence of RTIs among the reproductive age group women was 37.6%, of which vaginitis 26.1%, vaginitis & cervicitis 11.5%. Pathogenic agents included: Bacteria 32.4%, *Gardnerella vaginosis* 35.3%, *Candida* 17.3%, *Candida* & bacteria 7.5%, pus-forming bacteria 7.5%. There was no case of *Trichomonas Vaginalis*. There is a link between RTIs and abortion history and sexual hygiene practices. **Conclusion:** The prevalence of RTIs was 37.6%. The causative agent is *Gardnerella vaginosis* 35.3%, *Candida* infection 17.3%. There is a link between RTIs and abortion history and sexual hygiene practices.

Key words: RTIs (Reproductive tract Infections), A Luoi

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nhiễm đường sinh dục nữ là một bệnh khá phổ biến đặc biệt là ở những nước đang phát triển, bệnh chiếm 80% trong tổng số các bệnh phụ khoa.

Viêm âm đạo, âm hộ là bệnh thường hay gặp nhất tại các phòng khám phụ khoa [4].

Viêm nhiễm đường sinh dục thấp có thể dẫn đến các triệu chứng như tiết dịch âm đạo bất thường, đau

bộ phận sinh dục, ngứa và cảm giác buốt rất khi đi tiểu. Viêm nhiễm đường sinh dục thấp nếu không được điều trị sẽ gây ra hậu quả nghiêm trọng như: viêm vùng chậu, đau vùng chậu mãn tính, vô sinh, thai ngoài tử cung, ung thư cổ tử cung, rối loạn kinh nguyệt, đẻ non, nhiễm trùng sơ sinh [1]...

Ở Việt Nam, ước tính khoảng 75% phụ nữ bị vi êm âm hộ, âm đạo do nấm ít nhất một lần tron g đời, khoảng 45% phụ nữ sẽ bị mắc từ 2 lần trở lê n [1]. Công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản đang được thực hiện trên cả nước, nhưng không phải mọi đối tượng đều được hưởng lợi như nhau. Trong số đối tượng này là những phụ nữ người Kinh nghèo và người dân tộc thiểu số sống ở vùng sâu và miền núi, nơi vẫn còn phải đối mặt với nhiều khó khăn và thách thức trong hệ thống chăm sóc y tế trong vùng [11].

Các nghiên cứu về sức khỏe các nhóm dân tộc ở Việt Nam vẫn còn khá nhiều hạn chế.

Thừa Thiên Huế có huyện miền núi A Lưới với đồng bào dân tộc thiểu số đang sinh sống chiếm hơn 3% dân số toàn tỉnh, bao gồm các dân tộc như Tà Ôi, Vân Kiều, và một bộ phận nhỏ dân tộc khác. Nhằm xác định các chỉ số về sức khỏe sinh sản nhằm cải thiện tình trạng chăm sóc sức khỏe sinh sản cho người phụ nữ dân tộc thiểu số, chúng tôi đã thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục thấp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng ở huyện A Lưới, Thừa Thiên Huế”** với hai mục tiêu sau:

1. *Xác định tỷ lệ, tác nhân viêm nhiễm sinh dục thấp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng ở huyện A Lưới.*

2. *Khảo sát các yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục thấp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng ở huyện A Lưới.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

460 phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ (từ 18 – 49 tuổi) đang sinh sống tại Huyện A Lưới trong khoảng thời gian từ tháng 5/2015 đến tháng 5/2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Không có thai, không đặt thuốc âm đạo 2 tuần trước khi đến khám, không thực rửa âm đạo 3 ngày trước khi đến khám và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang hành kinh, những người mắc bệnh về thần kinh (Động kinh, tâm thần, thiếu năng trí tuệ, câm, điếc).

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

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

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước đoán cho một tỷ lệ nghiên cứu

n = Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết. Z = Hệ số tin cậy là 1,96 khi mức độ tin cậy là 95%.

P = 36.56% (tỷ lệ viêm sinh dục dưới của huyện Tiên Phước, Quảng Nam)[8]

d = 0,05 (Mức độ sai số chấp nhận được là 0,9%).
Tính được n = 357

Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi đã thực hiện được trên 460 phụ nữ.

Phương pháp chọn mẫu

Giai đoạn 1: Chọn xã tham gia nghiên cứu

- Lập danh sách các xã của huyện A Lưới theo 3 khu vực sinh thái khác nhau là khu vực trung tâm thị trấn, vùng đệm và vùng biên giới. Chúng tôi chọn được 7 xã: A Ngo, Hồng Kim, Hồng Hạ, Hương Nguyên, Hương Lâm, Đông Sơn, xã Nhâm.

Giai đoạn 2: Chọn các phụ nữ tham gia nghiên cứu

- Chọn đủ các phụ nữ tại 7 xã vào mẫu nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Phân bố số lượng phụ nữ tại các xã A Ngo 41 (8,9%), Hồng Kim 122 (26,5%), Hồng Hạ 48 (10,4%), Hương Nguyên 48 (10,4%), Hương Lâm 84 (18,3%), Đông Sơn 74 (16,1%), xã Nhâm 43 (9,3%).

Các bước nghiên cứu

- Tập huấn về bộ phiếu hỏi, cách hỏi và điền số liệu, thống nhất về cách khám, cách mô tả, cách lấy mẫu và cách làm xét nghiệm cho các CBYT thu thập số liệu.

- Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành liên quan đến VNĐSDT theo bộ câu hỏi đã được cấu trúc sẵn.

- Khám phụ khoa và xét nghiệm để chẩn đoán bệnh VNĐSDT:

+ Khám phụ khoa: Các đối tượng nghiên cứu được khám để đánh giá tình trạng VNĐSDT, ghi nhận các biểu hiện ở âm hộ, âm đạo, và cổ tử cung....

+ Xét nghiệm: Các đối tượng nghi ngờ mắc bệnh NKĐSDT qua khám lâm sàng được lấy bệnh phẩm ở cùng đồ sau âm đạo và cổ tử cung để xét nghiệm đo độ pH, thử nghiệm KOH, soi tươi, và nhuộm Gram nhằm xác định tỷ lệ mắc bệnh VNĐSDT, tác nhân gây bệnh và các yếu tố liên quan.

2.3. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học.

3. KẾT QUẢ

Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

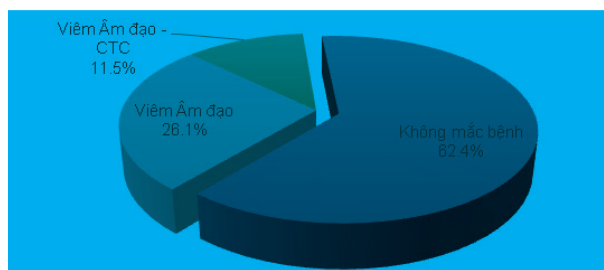
Các đặc điểm		n	Tỉ lệ(%)
Phân bố tuổi Tuổi trung bình 30,98 ±7,1	18 – 29	209	45,4
	30 – 39	198	43,0
	40 – 49	53	11,5
Dân tộc	Tà Ôi	326	70,6
	Cơ Tu	124	27,6
	Kinh	10	2,2
Nghề nghiệp	Làm rẫy	415	90,2
	Buôn bán	6	1,3
	Công nhân	1	0,2
	Nội trợ	12	2,6
	Cán bộ	26	5,7
Trình độ học vấn	Mù chữ	86	18,7
	Tiểu học	116	25,2
	THCS/THPT	228	49,6
	Trung cấp trở lên	30	6,5
Hoàn cảnh kinh tế	Nghèo	207	45,0
	Cận nghèo	247	53,7
	Không nghèo	6	1,3

Bảng 1. Tiền sử sản phụ khoa

Các yếu tố		n	Tỉ lệ(%)
Số con	Chưa có con	19	4,1
	1 con	123	26,7
	2 con	231	50,2
	Trên 2 con	87	18,9
Tiền sử nạo thai	Có	56	12,2
	Không	404	87,8
Biện pháp tránh thai	Có	361	78,5
	Không	99	21,5
Dụng cụ tử cung	Có	122	26,5
	Không	338	73,5

Đa số các đối tượng nghiên cứu có 2 con chiếm 50,2%, 87,8% không có tiền sử nạo thai, 78,5% có sử dụng biện pháp tránh thai, 26,5% sử dụng dụng cụ tử cung.

Tỉ lệ mắc bệnh và các tác nhân gây VNĐSDT:



Biểu đồ 1. Tỉ lệ mắc bệnh viêm nhiễm sinh dục

Bảng 2. Các tác nhân gây viêm nhiễm sinh dục thấp

Các tác nhân gây bệnh	Số lượng	Tỉ lệ (%)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	0	0
Vi khuẩn sinh mủ	13	7,5
<i>Candida</i> đơn thuần	30	17,3
Tạp khuẩn	56	32,4
Tạp khuẩn và <i>Candida</i>	13	7,5
<i>Gardnerella vaginosis</i>	61	35,3
Tổng cộng	173	100,0

Nhận xét: Không có trường hợp nào nhiễm *Trichomonas vaginalis*. Tỉ lệ viêm do *Gardnerella vaginosis* chiếm tỉ lệ cao nhất (35,5%), tiếp đến là do tạp khuẩn chiếm 32,4%.

Bảng 3. Tỉ lệ mắc bệnh theo nơi cư trú

Xã	Không viêm n (%)	Viêm n (%)	Tổng cộng n (%)	
Hồng Kim	58 (47,5)	64 (52,5)	122 (100,0)	p < 0,0001
Hương Lâm	56 (66,7)	28 (33,3)	84 (100,0)	
Xã Nhâm	30 (69,8)	13 (30,2)	43 (100,0)	
Đông Sơn	54 (73)	20 (27)	74 (100,0)	
Hồng Hạ	24 (50)	24 (50)	48 (100,0)	
A Ngo	29 (70,7)	12 (29,3)	41 (100,0)	
Hương Nguyên	36 (75)	12 (25)	48 (100,0)	

Các yếu tố liên quan với viêm nhiễm đường sinh dục thấp

Bảng 4. Liên quan tiền sử nạo thai với VNĐSDT

Tiền sử nạo thai	Không viêm n (%)	Viêm n (%)	Tổng cộng n (%)	
Có	28 (50,0)	28 (50,0)	56 (100,0)	p = 0,041
Không	259 (64,1)	145 (35,9)	404 (100,0)	

Nhận xét: Tỉ lệ viêm cao ở nhóm có tiền sử nạo phá thai 50%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ viêm và tiền sử nạo thai (p = 0,041 < 0,05)

Bảng 5. Liên quan hành vi vệ sinh QHTD với VNĐSDT

Hành vi vệ sinh	Không viêm n (%)	Viêm n (%)	Tổng cộng n (%)	
Vệ sinh trước QHTD	54 (58,1)	39 (41,9)	93 (100,0)	p < 0,0001
Vệ sinh sau QHTD	52 (65,8)	27 (34,2)	79 (100,0)	
Không vệ sinh	36 (43,4)	47 (56,6)	83 (100,0)	
Cả trước và sau QHTD	145 (70,7)	60 (29,3)	205 (100,0)	

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa VNĐSDT và hành vi vệ sinh QHTD ($p < 0,0001$)

Chưa thấy mối liên quan giữa viêm nhiễm đường sinh dục thấp với các yếu tố: Dân tộc, tuổi, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, hoàn cảnh kinh tế, nguồn nước sử dụng, số con, sử dụng BPTT, hình thức vệ sinh hàng ngày, kiến thức về viêm nhiễm sinh dục thấp.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ viêm nhiễm và các tác nhân gây VNĐSDT

Tỷ lệ viêm nhiễm

Tỷ lệ mắc bệnh chung của nhóm nghiên cứu chiếm tỷ lệ 37,6%, không mắc bệnh chiếm 62,4%. trong đó viêm âm đạo đơn thuần chiếm 69,4%, viêm âm đạo - cổ tử cung chiếm 30,6%, không có trường hợp nào viêm âm hộ.

Theo tác giả Phạm Thanh Bình, qua nghiên cứu 569 phụ nữ đến khám tại phòng khám bệnh viện Sản- Nhi Đà Nẵng năm 2014, tỷ lệ VNĐSDT chiếm 42,7% cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [3].

Theo tác giả Nguyễn Trọng Bài, Võ Văn Thắng khi nghiên cứu 603 đối tượng từ tháng 3/2009-9/2010 tại tỉnh Cà Mau thì tỷ lệ này khá cao chiếm 47,3%, viêm âm đạo- cổ tử cung cao nhất 56,1%, viêm âm hộ 0,4%, viêm âm hộ-âm đạo 0,4%, không có tổn thương chiếm 1,6%, có lẽ đây là vùng quá xa xôi, điều kiện sống quá khó khăn, ít quan tâm đến đời sống SKSS [2].

Theo tác giả Đinh Thanh Huê, khi nghiên cứu 675 đối tượng viêm nhiễm ở xã Tam Ngọc- Quảng Nam năm 2003, tỷ lệ VNĐSDT chiếm 33,9% [7]. Theo tác giả Simon Pollett, khi nghiên cứu sức khỏe cộng đồng, 467 phụ nữ kết quả phát hiện viêm cổ tử cung chiếm tỷ lệ 24,9% [16].

Sau khi so sánh với các nghiên cứu khác thì tỷ lệ mắc bệnh viêm nhiễm đường sinh dục thấp thay đổi tùy địa phương, điều này cũng dễ hiểu vì bệnh viêm nhiễm sinh dục thấp thường gắn liền với nhiều yếu tố chủ quan và khách quan với hiểu biết của người dân, điều kiện kinh tế - xã hội, khu vực địa lý, dân trí, nghề nghiệp. Với tỷ lệ mắc là 37,4% cũng tương ứng với các nghiên cứu trước đó, nhưng tỷ lệ này cũng còn khá cao và sự ảnh hưởng về tương lai, do đó cần phải đưa vào vấn đề ưu tiên tại địa phương. Toàn xã hội và đặc biệt là ngành y tế cần có những hành động thiết thực, cụ thể để hạn chế tỷ lệ mắc và các biến chứng, di chứng của bệnh.

Các tác nhân gây VNĐSDT

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào nhiễm *Trichomonas vaginalis*;

nhễm *Candida* đơn thuần chiếm 17,3%, vi khuẩn sinh mủ 14,6%, tạp khuẩn và *Candida* 7,5%, *Gardnerella vaginosis* 35,3%, Tạp khuẩn 32,4%.

Nấm *Candida* và *Bacterial vaginosis* là các tác nhân phổ biến gây viêm nhiễm sinh dục thấp ở phụ nữ trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Những năm gần đây có nhiều công trình nghiên cứu trong và ngoài nước và công bố rất khác nhau.

Theo tác giả Trịnh Thị Mỹ Ngọc (2010) nghiên cứu tỷ lệ viêm âm đạo do nấm *Candida* ở phụ nữ có thai 3 tháng cuối tại Phan Thiết, tỷ lệ viêm âm đạo do nấm chiếm tỷ lệ 14,6%. Tỷ lệ này ở phụ nữ mang thai so với tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn nhưng không đáng kể [9].

So sánh với báo cáo của tác giả Lê Minh Tâm khi nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở các trường hợp vô sinh của 92 đối tượng thì tỷ lệ nhiễm *Trichomonas* chiếm 2,2%, nấm 10,9%, clue cells 18,5%, tạp khuẩn 14,1%, có bạch cầu 35,9% thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự [13].

Theo tác giả Mulu và cộng sự, khi nghiên cứu 409 phụ nữ từ 15-49 tuổi, thì có 15,4% viêm âm đạo, phụ nữ không mang thai cao hơn 17,3%, không mang thai 13,3% trong đó nhiễm *Candida* 8,3%, *Bacterial vaginosis* 2,8%, *Trichomonas* 2,1% [64]. Theo tác giả G.S. Tansarli và cộng sự, tần suất viêm âm đạo do các vi khuẩn hiếu khí chiếm 5-10,5% [17].

Theo tác giả Võ Trọng Bài và Võ Văn Thắng, *Gardnerella* chiếm 15,7%, nấm *Candida albicans* đơn thuần chiếm 20,7%, *Trichomonas vaginalis* đơn thuần chiếm 12,64%, đồng nhiễm tạp trùng và nấm 2,8%, đồng nhiễm tạp trùng và *Trichomonas vaginalis* là 1,06%. Kết quả này khá khác biệt so với nhóm của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm nấm cao hơn, nhiễm *Trichomonas* nhiều hơn có lẽ do ảnh hưởng của vùng địa lý khác nhau, nghề nghiệp khác nhau và ảnh hưởng nhiều nhất của thói quen trong quan hệ tình dục, tình dục an toàn và vệ sinh BPSD hằng ngày và khi QHTD [2].

Theo tác giả Akinbiyi và cộng sự khi nghiên cứu ở phụ nữ mang thai không có triệu chứng ở Nam Yorkshire, United Kingdom thì tần suất bị nhiễm *Candida albicans* là 12,5%, chiếm tỷ lệ cao nhất 65,8% ở nhóm từ 21-30 tuổi, tỷ lệ *Bacterial vaginosis* là 3,54%, chiếm hầu hết ở nhóm 21-30 tuổi [15].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào nhiễm *Trichomonas vaginalis*. Nguyễn Khắc Minh (2005) nghiên cứu trên 268 phụ nữ bị VNĐSDT tại Quảng Nam ghi nhận có 5,22% trường hợp mắc *Trichomonas vaginalis*, Nguyễn Công Tân (2006) đánh giá tại huyện Điện Bàn thì kết quả trên 196 người mắc VNĐSDT có 22,96% do nhiễm

Trichomonas vaginalis. Nguyễn Trọng Bài (2010) nghiên cứu trên 285 phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng sinh sống tại Thừa Bình bị mắc bệnh VNĐSDT có 12,64% nhiễm *Trichomonas vaginalis* [2]. Lê Thị Duyên Thắm (2010) nghiên cứu trên 270 bệnh VNĐSDT cho thấy có 5,18% phụ nữ nhiễm *Trichomonas vaginalis* [10].

Ở Việt Nam, tình trạng nhiễm *Trichomonas vaginalis* trong cộng đồng có xu hướng giảm đi. Các tác giả cho rằng do trình độ dân trí tăng, sự hiểu biết về các bệnh lây truyền qua đường tình dục tăng dần đến người dân có các biện pháp tình dục an toàn và việc sử dụng rộng rãi Metronidazol để điều trị các bệnh viêm nhiễm đã làm giảm tỉ lệ mắc bệnh do *Trichomonas vaginalis*.

Tỉ lệ mắc bệnh theo nơi cư trú

Do đặc thù của vùng núi non xa xôi nên đối tượng dân cư cũng phân bố không đều, trong nghiên cứu của chúng tôi số phụ nữ tham gia nghiên cứu đông nhất là ở xã Hồng Kim (122/460 chiếm 26,5%), xã ít nhất là A Ngo (41/460 chiếm 8,9%), không đồng đều ở tất cả các xã.

Tỉ lệ VNĐSDT cao nhất tính trong nội bộ các xã là xã Hồng Kim chiếm 52,5 %, thấp nhất là xã Hương Nguyên chiếm 25%. Điều này cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa giữa tình hình VNĐSDT với nơi cư trú khác nhau.

Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Thanh Bình, có sự chênh lệch về tỉ lệ giữa các vùng thành thị (41,7%) và nông thôn (54,3%) về tỉ lệ VNĐSDT, tuy nhiên không cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai vùng nghiên cứu này [3].

Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt rõ được xác định bằng kiểm định Chi bình phương với $p < 0,0001$. Sự khác nhau về mặt địa dư cũng dẫn đến sự khác nhau về phong tục tập quán, thiếu thốn về nhiều thứ, thiếu nước sạch, thiếu dịch vụ y tế, tình trạng ô nhiễm môi trường... là những yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và bệnh tật nói chung, viêm nhiễm đường sinh dục nói riêng.

4.2. Các yếu tố liên quan với VNĐSDT

Trong nghiên cứu chúng tôi chưa thấy mối liên quan giữa viêm nhiễm đường sinh dục thấp với các yếu tố: Dân tộc, tuổi, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, hoàn cảnh kinh tế, nguồn nước sử dụng, số con, sử dụng BPTT, hình thức vệ sinh hằng ngày, kiến thức về viêm nhiễm sinh dục thấp.

Liên quan giữa tiền sử nạo phá thai với VNĐSDT

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ viêm và tiền sử nạo phá thai. Theo nghiên cứu của tác giả Huỳnh Nguyễn Khánh Trang năm 2008, không thấy sự liên quan của yếu tố này đến VNĐSDT [12]. Theo tác giả Phạm Thanh Bình, số phụ nữ chưa lần nào nạo hút

thai thì tỉ lệ VNĐSDT chỉ 40,2%, số phụ nữ đã nạo hút thai ít nhất 1 lần thì tỉ lệ VNĐSDT là 69,4% [3].

Nghiên cứu một số yếu tố liên quan tới bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng tại huyện Thanh Hà- Hải Dương năm 2007 trên 515 phụ nữ: nhóm có tiền sử nạo hút thai nhiều tỉ lệ mắc bệnh cao gấp 2,49 lần so với nhóm không có tiền sử nạo hút thai [6].

Tiền sử nạo phá thai là một yếu tố nguy cơ lây nhiễm và là yếu tố thuận lợi cho các bệnh nhiễm khuẩn sinh sản. Điều này đặt ra vấn đề về hệ thống y tế cần đảm bảo vệ sinh trong công tác khám chữa bệnh, tư vấn cho bệnh nhân sau khi nạo phá thai các nguy cơ về nhiễm khuẩn sinh dục thấp để bệnh nhân có ý thức phòng chống bệnh viêm nhiễm sinh dục thấp.

Liên quan hành vi vệ sinh QHTD với VNĐSDT

Theo thống kê, tỉ lệ viêm trong nhóm không vệ sinh giao hợp cao nhất: 56,6%; tỉ lệ viêm trong nhóm có vệ sinh cả trước và sau quan hệ tình dục là thấp nhất: 29,3%. Có mối liên quan giữa hành vi vệ sinh QHTD và tỉ lệ mắc bệnh.

Theo tác giả Lê Thị Hoan khi nghiên cứu tình hình viêm nhiễm sinh dục thấp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã có chồng tại huyện Yên Định tỉnh Thanh Hóa thì có mối liên quan giữa vệ sinh giao hợp và tỉ lệ mắc bệnh: tỉ lệ mắc bệnh viêm nhiễm đường sinh dục thấp giảm dần nếu vợ chồng có ý thức giữ gìn vệ sinh giao hợp tốt [5]. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan tới bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng tại huyện Thanh Hà- Hải Dương năm 2007 trên 515 phụ nữ: nhóm phụ nữ có thói quen vệ sinh bộ phận sinh dục hằng ngày tỉ lệ viêm thấp hơn 4,74 lần so với nhóm không có thói quen đó và có thói quen vệ sinh QHTD thì tỉ lệ mắc giảm 2,98 lần [6].

Theo một số tác giả, can thiệp thay đổi hành vi này có thể giúp giảm tỉ lệ VNĐSDT như Phạm Thu Xanh (2014) [14]. Theo tác giả Phạm Thanh Bình khi tìm hiểu hình thức VSGH ở các phụ Nữ đến khám tại bệnh viện Sản- Nhi Đà Nẵng, VNĐSDT ở nhóm có vệ sinh chiếm 37,4%, nhóm không vệ sinh chiếm 45,1% [3]. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự.

5. KẾT LUẬN

Phụ nữ bị viêm nhiễm sinh dục thấp chiếm 37,6%, trong đó viêm âm đạo đơn thuần chiếm 26,1%, viêm âm đạo – CTC chiếm 11,5%. Các tác nhân gây bệnh bao gồm: tạp khuẩn 32,4%, *Gardnerella vaginosis* 35,3%, *Candida* đơn thuần 17,3%, không có trường hợp nào nhiễm *Trichomonas vaginalis*. Có mối liên quan giữa viêm nhiễm sinh dục thấp với nơi sinh sống, tiền sử nạo phá thai và hành vi vệ sinh QHTD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh (2007), *Viêm sinh dục*, Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, Tr. 746-760
2. Nguyễn Trọng Bài và Võ Văn Thắng (2009). "Tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 18-49 tuổi có chồng tại huyện Thái Bình, Tỉnh Cà Mau năm 2009", *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 21, số 3 (121), 109-115.
3. Phạm Thanh Bình (2014), *Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm sinh dục thấp ở phụ nữ và kết quả điều trị tại bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng*, Luận án chuyên khoa cấp II chuyên ngành Sản phụ khoa, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. Vương Thị Hòa và Lê Thị Tuyết (2005). Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng của viêm sinh dục có nhiễm nấm Candida và Trichomonas vaginalis ở phụ nữ đến khám tại viện Đại học Y Thái Bình năm 2004-2005. *Y học thực hành*, số 12/2005, Tr. 59-61.
5. Lê Thị Hoan (2010), *Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng tại huyện Yên Định tỉnh Thanh Hóa năm 2009*, Y Dược Huế.
6. Nguyễn Văn Học và Vũ Quang Khải (2011). Một số yếu tố liên quan tới viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng tại huyện Thanh Hà, Hải Dương năm 2007. *Y học Việt Nam tháng 5*, số 1/2011, Tr. 67-70.
7. Đinh Thanh Huệ (2005). Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới và các yếu tố liên quan ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ xã Tam Ngọc thị xã Tam Kỳ tỉnh Quảng Nam năm 2003. *Y học thực hành (501)*, số 1x, Tr. 7-9.
8. Nguyễn Khắc Minh (2005), *Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng tại huyện Tiên Phước - Quảng nam*, Luận án chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Y Dược Huế.
9. Trịnh Thị Mỹ Ngọc và Nguyễn Duy Tài (2010). Tỷ lệ viêm âm đạo do nấm Candida và các yếu tố liên quan phụ nữ có thai 3 tháng cuối tại Phan Thiết, Bình Thuận. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, số 14, Tr. 351-359.
10. Lê Thị Duyên Thắm (2010), *Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm sinh dục dưới ở nữ công nhân có chồng tại huyện Châu thành, tỉnh Bến Tre năm 2009*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
11. Đoàn Kim Thắng (2007). Sức khỏe và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của các dân tộc thiểu số ở Việt Nam, số 4, Tr. 21-28.
12. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang và Nguyễn Đình Quân (2008). Viêm âm đạo và các yếu tố liên quan ở người phụ nữ Ê Đê trong độ tuổi sinh sản tại tỉnh Daklak. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 12, Tr. 1-5.
13. Lê Thị Hồng Vũ và Lê Minh Tâm (2011). Tình hình viêm nhiễm đường sinh dục thấp ở các trường hợp vô sinh. *Tạp chí Phụ sản*, tập 9, số 4, Tr. 31-36.
14. Phạm Thu Xanh (2014), *Thực trạng nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi từ 18-49 tại khu vực biển, đảo thành phố Hải phòng và hiệu quả một số giải pháp can thiệp*, Y Dược Huế.
15. A. A. Akinbiyi, Robert Watson, and Paul Feyi - Waboso (2008). Prevalence of Candida albicans and bacterial vaginosis in asymptomatic pregnant women in South Yorkshire, United Kingdom. *Arch Gynecol Obstet*, **278**, pp. 463-466.
16. Simon Pollett, Martha Calderon, Kristen Heitzinger et al. (2013). Prevalence and predictors of cervicitis in female sex workers in Peru: an observational study. *BMC Infectious Diseases* www.biomedcentral.com.
17. G.S. Tansarli, E.K. Kostaras, and S. Athanasiou (2013). Prevalence and treatment of aerobic vaginosis among non-pregnant women: evaluation of the evidence for an underestimated clinical entity. *Eur J clin Microbiol infect Dis*, pp. 977-984.