

## VIÊM NHIỄM VÀ VÔ SINH DO VÒI TỬ CUNG

NGUYỄN THỊ THẢO

*Bệnh viện Phụ sản tỉnh Thanh Hóa*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh do vòi tử cung (VTC) là nguyên nhân phổ biến nhất ở vô sinh nữ [2]. Tỷ lệ gặp dao động từ 20-25% trong tỷ lệ vô sinh nói chung và chiếm tới 75,4% đối với vô sinh thứ phát nói riêng, bao gồm cả tắc nghẽn hay ứ nước 1 hoặc 2 vòi tử cung hoặc sẹo cũ vùng tiểu khung gây nên tình trạng tắc nghẽn [1]. Nguyên nhân thường do viêm nhiễm vùng tiểu khung (đặc biệt mắc các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục như Chlamydia), viêm nhiễm sau nạo phá thai và các thủ thuật can thiệp, mổ đẻ, do lạc nội mạc tử cung, hoặc có thể do sẹo dính cũ ở vùng tiểu khung [3].

Người ta cho rằng phần lớn các tổn thương tại VTC có nguồn gốc từ viêm nhiễm và các bệnh lây lan qua đường tình dục. Viêm nhiễm VTC làm cho niêm mạc lòng VTC bị tổn thương, trong đó có lớp biểu mô có lông tơ bị phá hủy, làm cản trở sự di chuyển của trứng và tinh trùng. Viêm nhiễm vùng chậu cũng có thể làm loa VTC bị bịt kín, gây ứ dịch hoặc tắc nghẽn VTC, gây cản trở hoàn toàn cho sự gặp gỡ của trứng và tinh trùng. Các nguyên nhân gây viêm nhiễm có thể gặp do Chlamydia, lậu, lao [10], hoặc các loại viêm nhiễm khác bắt nguồn từ nhiễm khuẩn sau đẻ, sau các thủ thuật nạo phá thai, sót rau, đặt dụng cụ tử cung (DCTC). Một số các trường hợp có thể tắc VTC do thắt cắt VTC sau phẫu thuật đình sản, hoặc đặt thuốc Quinacrin gây tắc, dính VTC với mục đích

đình sản. Các phẫu thuật vùng tiểu khung có thể gây co kéo, hoặc tạo sẹo làm cản trở sự lưu thông của VTC. Những tổn thương này có thể là hậu quả của viêm nhiễm làm bệnh nhân phải mổ như viêm dính phần phụ gây ứ nước ứ mủ VTC, viêm phúc mạc ruột thừa...; cũng có thể là hậu quả của nhiễm khuẩn sau các phẫu thuật mổ lấy thai, mổ u buồng trứng, mổ bóc tách nhân xơ hay lạc niêm mạc tử cung (NMTC).

Hiện nay các nhà chuyên môn đặc biệt quan tâm đến Chlamydia, một loại vi khuẩn lây lan qua đường tình dục với phần lớn triệu chứng âm thầm là nguyên nhân thường gặp nhất gây viêm dính vùng tiểu khung và gây nguy cơ cao cho VS do VTC [4], [6], [9], [10]. Tỷ lệ nhiễm Chlamydia tương đối cao. Người ta ước tính có tới khoảng một nửa các trường hợp có bệnh lý viêm nhiễm cấp tính vùng tiểu khung ở các nước phát triển có liên quan đến Chlamydia. Thông thường, các trường hợp nhiễm Chlamydia không được chẩn đoán và điều trị sớm vì bệnh tiến triển không có triệu chứng hoặc có rất ít các biểu hiện bệnh lý thường bị người phụ nữ bỏ qua. Tuy nhiên, dù có hay không có biểu hiện lâm sàng, Chlamydia đều có thể gây tổn thương đường sinh dục trên. Những tổn thương trên phụ nữ do Chlamydia hay gặp là viêm đường niệu đạo, viêm CTC, viêm niêm mạc TC và viêm 2 VTC, có thể dẫn đến viêm dính vùng chậu. Những viêm dính này dẫn

đến VS do VTC, chữa ngoài tử cung, hoặc gây đau vùng chậu mãn tính. Những trường hợp không điều trị hoặc điều trị muộn sẽ làm tăng các biến chứng và tăng nguy cơ lây nhiễm cho bạn tình hoặc chồng (vợ) [4], [6], [9].

### Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định một số yếu tố nguy cơ trong tiền sử sản phụ khoa liên quan đến viêm nhiễm có thể dẫn đến bệnh lý tại vòi tử cung

2. Tìm hiểu những yếu tố hành vi trong tiền sử sản phụ khoa có liên quan đến những yếu tố nguy cơ này

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Thiết kế và phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: Bệnh chứng (case-control study) có ghép cặp cơ bản theo nhóm tuổi với tỷ lệ 1 bệnh: 1 chứng, cỡ mẫu 190 phụ nữ mỗi nhóm.

- Nhập và phân tích số liệu: Dùng phần mềm Stata version 10.0

- Phân tích kết quả:

+ Số liệu thống kê được mô tả với chỉ số trung bình và tỷ lệ phần trăm.

+ Sử dụng các phương pháp kiểm định thống kê  $\chi^2$  test, để đánh giá khả năng tính giá trị của giả thuyết. Kết quả kiểm định có ý nghĩa thống kê nếu  $p < 0,05$  và không có ý nghĩa thống kê nếu  $p \geq 0,05$ .

+ Chọn lựa kiểm định bằng hồi qui logistic và  $\chi^2$  test để phân tích biến nhị giá tìm mối liên hệ giữa biến độc lập và biến phụ thuộc, dùng giá trị OR để đo lường mức độ liên hệ. Mối liên hệ được cho là chặt chẽ nếu  $OR > 1,5$  và p-value có giá trị thống kê.

#### 2. Đối tượng nghiên cứu.

Phụ nữ đến thăm khám tại bệnh viện Phụ sản Thanh hoá từ 2006- 2009

Nhóm bệnh: Là những phụ nữ đến khám và điều trị vô sinh tại khoa Hỗ trợ sinh sản- Bệnh viện Phụ sản Thanh hoá chẩn đoán là vô sinh do nguyên nhân vòi tử cung đã được khẳng định qua mổ nội soi (NS), thoả mãn các tiêu chuẩn của nghiên cứu trong thời gian từ 2006-2009.

Nhóm chứng: Là những phụ nữ có thai, cùng nhóm tuổi với nhóm bệnh, đến khám thai định kỳ tại bệnh viện Phụ sản Thanh Hoá cùng thời điểm với thời điểm lựa chọn nhóm bệnh, được lựa chọn theo mẫu thuận tiện khi có xuất hiện một trường hợp bệnh.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

#### 1. Hành vi lựa chọn BPTT bằng DCTC và nguy cơ VS do VTC.

Bảng 1: Các yếu tố liên quan đến hành vi lựa chọn BPTT bằng DCTC và nguy cơ VS do VTC

Đặc điểm	Bệnh (n=190) Tần suất (%)	Chứng (n=190) Tần suất (%)	OR 95% CI	Giá trị p
Có đặt DCTC	64 (79,0)	70 (66,0)	1,9 (0,9-4,0)	0,05
Trình độ người cung cấp dịch vụ				

BS NHS hoặc không chắc	35 (54,7) 29 (45,3)	42 (60,0) 28 (40,0)	1,2 (0,6-2,6)	0,5
Số lần đặt vòng 1 lần $\geq 2$ lần	39 (60,9) 25 (39,1)	59 (84,3) 11 (15,7)	3,4 (1,4-8,6)	0,002*
Số năm đặt vòng $\leq 2$ năm > 2 năm	8 (12,5) 56 (87,5)	8 (11,4) 62 (88,6)	0,9 (0,3-2,9)	0,8

\*: Có ý nghĩa thống kê

Theo số liệu đã được phân tích trong nghiên cứu này, thời gian đặt vòng tránh thai không phải là nguy cơ VS do tắc VTC mà số lần đặt DCTC mới liên quan chặt chẽ đến tình trạng VS do VTC. Nguy cơ VS do VTC không tăng ở 2 nhóm phụ nữ đặt DCTC trên và dưới 2 năm. Những phụ nữ có đặt DCTC nhiều hơn một lần có nguy cơ VS do VTC tăng gấp 3,4 lần so với nhóm phụ nữ chỉ đặt DCTC một lần (95% CI trong khoảng từ 1,4-8,6) với  $p < 0,01$ . Điều này cũng phù hợp với rất nhiều nghiên cứu trên thế giới khi các nhà khoa học cho rằng việc nhiễm khuẩn dẫn đến viêm VTC chỉ xảy ra trong 4 tháng đầu, sau đó hầu như nguy cơ nhiễm khuẩn không hề tăng lên. Trong một nghiên cứu của tác giả Khalaf, người ta thấy rằng nguy cơ viêm nhiễm đe dọa tổn thương VTC chỉ xảy ra trong vòng 20 ngày đầu sau đặt DCTC, sau đó trong tháng đầu nguy cơ gây tổn thương VTC là nhỏ, và hầu như nguy cơ này không tăng lên cho đến lúc lấy DCTC ra.

#### 2. Tiền sử có nạo buồng TC và nguy cơ VS do VTC.

Bảng 2: Nguy cơ VS do VTC trên những phụ nữ có tiền sử nạo buồng TC trong nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Bệnh (n=190) Tần suất (%)	Chứng (n=190) Tần suất (%)	OR 95% CI	Giá trị p
Có tiền sử nạo BTC	127 (66,8)	86 (45,3)	2,4 (1,5-3,8)	0,000*
Có tiền sử nạo hút thai	104 (54,7)	67 (35,3)	2,2 (1,4-3,4)	0,0001*
Có tiền sử sảy thai, thai lưu, sót rau sau đẻ	38 (20,0)	40 (21,1)	0,9 (0,6-1,6)	0,8
Số lần nạo thai 1 lần $\geq 2$ lần	62 (59,6) 42 (40,4)	36 (54,5) 30 (45,5)	0,8 (0,4-1,6)	0,5
Số lần nạo sảy thai, thai lưu 1 lần $\geq 2$ lần	35 (87,5) 5 (12,5)	33 (84,6) 6 (15,4)	0,8 (0,2-3,4)	0,7
Tuổi thai $\leq 9$ tuần tuổi 9-12 tuần tuổi >12 tuần tuổi	27 (21,3) 78 (61,4) 22 (17,3)	31 (36,1) 34 (39,5) 21 (24,4)	1,2 (0,8-1,7)	0,4

Phương pháp nạo hút thai				
Hút				
Nạo BTC	47 (37,0)	44 (51,2)		
Khác	70 (55,1)	30 (34,9)	1,1 (0,8-1,6)	0,4
Không biết, không chắc chắn	4 (3,2)	8 (9,3)		
	6 (4,7)	4 (4,7)		
Nơi nạo hút thai				
BV tuyến tính	24 (22,9)	15 (22,7)		
YT cơ sở	26 (24,7)	29 (43,9)	1,3	0,2
PK tư nhân	51 (48,6)	22 (33,3)	(0,8-1,9)	
Không biết, không chắc chắn	4 (3,8)	0 (0,0)		
Trình độ người NHT				
Bác sỹ				
Không phải hoặc không chắc chắn là BS	82 (65,1)	67 (77,9)	1,9	0,04*
	44 (34,9)	19 (22,1)	(1-3,8)	
Không dùng kháng sinh sau thủ thuật nạo, sảy thai	55 (43,6)	10 (11,6)	5,9	0,000*
			(1,7-13,9)	
Có tai biến sau NHT	53 (60,4)	16 (17,8)	3,0	0,0005*
			(1,5-6,2)	

Kết quả từ nghiên cứu này đã cho thấy rằng tiền sử nạo buồng tử cung là yếu tố nguy cơ cho VS do VTC, nhưng chủ yếu là tiền sử nạo phá thai. Những người có tiền sử nạo hút thai có nguy cơ VS do VTC cao gấp hơn 2 lần so với những người không có nạo hút thai. Tiền sử các thủ thuật nạo buồng tử cung khác như sảy thai, thai lưu hay nạo sót rau sau đẻ có vẻ không có mối liên quan chặt chẽ với VS do nguyên nhân VTC.

Các yếu tố liên quan đến nạo hút thai như tuổi thai, phương pháp nạo hút thai và nơi nạo hút thai không có sự khác biệt đáng kể và có vẻ không có mối liên hệ chặt chẽ với VS do nguyên nhân VTC. Tuy nhiên trình độ người cung cấp dịch vụ nào hút thai lại có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ VS do VTC. Những phụ nữ được cung cấp dịch vụ bởi những người không phải là BS chuyên khoa hoặc không được biết chắc chắn có phải là BS chuyên khoa hay không có nguy cơ VS do VTC tăng gấp gần 2 lần trong mẫu nghiên cứu này với p-value <0,05.

Đặc biệt, nhóm phụ nữ không dùng kháng sinh sau thủ thuật nạo hút thai có nguy cơ VS do VTC tăng gấp gần 6 lần so với nhóm phụ nữ có dùng kháng sinh sau thủ thuật (95% CI=1,7-13,9; p<0,001).

Các tai biến muộn liên quan đến nạo hút thai như sót rau, nhiễm trùng tử cung sau thủ thuật cũng là yếu tố nguy cơ cho VS do VTC. Phụ nữ trong nhóm nghiên cứu này có nguy cơ VS do VTC tăng gấp 3 lần nếu có tai biến sau thủ thuật so với nhóm phụ nữ

không có tai biến sau thủ thuật với p<0,001 rất có ý nghĩa thống kê.

### Tiền sử có viêm nhiễm đường sinh dục và nguy cơ VS do VTC

Bảng 3: Tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục và nguy cơ VS do VTC

Các thông số	Bệnh (n=190) Tần suất (%)	Chứng (n=190) Tần suất (%)	OR 95% CI	Giá trị p
Tiền sử VSD ngoài	141 (74,2)	107 (56,3)	2,2 (1,4-3,5)	0,0002*
Tiền sử VPP	85 (44,7)	32 (16,8)	4,0 (2,4-6,6)	0,000*
Tiền sử nhiễm Chlamydia	15 (11,6)	2 (2,1)	6,1 (1,4-56,1)	0,008*
Thời gian xuất hiện VSD				
≤ 1 năm	4 (2,8)	15 (14,6)		
Từ 2 năm trở lên	138 (97,2)	88 (85,4)	5,9 (1,8-24,9)	0,0007*
Số đợt xuất hiện VSD				
1-2 đợt	61 (50,5)	55 (65,5)		
Nhiều hơn 2 đợt	60 (49,6)	29 (34,5)	1,9 (1,1-3,5)	0,03*

Theo phân tích, những phụ nữ tự thấy có tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục ngoài có nguy cơ bị VS do VTC tăng gấp hơn 2 lần phụ nữ không tự thấy bị viêm nhiễm đường sinh dục ngoài và phụ nữ tự thấy có tiền sử viêm phần phụ có nguy cơ VS do VTC gấp 4 lần so với phụ nữ không tự thấy mình có triệu chứng viêm phần phụ với p-value<0,001 rất có ý nghĩa trong thống kê. Thời gian xuất hiện viêm nhiễm càng dài thì nguy cơ VS do VTC càng cao. Những phụ nữ có thời gian xuất hiện viêm nhiễm trên một năm trở lên có nguy cơ VS do VTC cao hơn gấp gần 6 lần những phụ nữ có thời gian viêm nhiễm từ một năm trở xuống (OR= 5,9, 95% CI trong khoảng 1,8-24,9) với p-value rất có ý nghĩa thống kê (<0,001). Cũng giống như thời gian xuất hiện viêm nhiễm, số đợt bị viêm nhiễm theo khai báo của người phụ nữ có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ VS do VTC. Số phụ nữ có nhận thấy mình xuất hiện nhiều hơn 2 đợt viêm nhiễm có nguy cơ VS do VTC nhiều gấp gần 2 lần so với nhóm phụ nữ tự nhận thấy mình xuất hiện 1-2 đợt viêm nhiễm. Dù đây là sự tự đánh giá chủ quan của người phụ nữ, nhưng cũng chỉ ra một điều rằng yếu tố viêm nhiễm có mối liên quan rất chặt chẽ với VS do VTC ở người phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

Phụ nữ có tiền sử nhiễm Chlamydia có nguy cơ VS do VTC gấp hơn 6 lần so với phụ nữ không có tiền sử nhiễm Chlamydia. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với p-value <0,01. Rất tiếc một điều, do không có chương trình tầm soát nhiễm Chlamydia cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đi khám phụ khoa định kỳ, vì đây là một bệnh viêm nhiễm lây lan qua đường tình dục mà phần lớn triệu chứng xảy ra rất âm thầm, nên

tỷ lệ này không cho biết tỷ lệ phơi nhiễm thực sự của yếu tố nhiễm Chlamydia là bao nhiêu.

Theo nhiều tác giả, nguyên nhân gây viêm nhiễm vùng chậu thông thường nhất là do lậu, Chlamydia và các tổn thương khác gây bệnh lý vùng chậu, trong đó phổ biến nhất là Chlamydia và lậu [8]. Các nhà khoa học đã ước tính khoảng 70% các viêm nhiễm vùng tiểu khung có nguồn gốc từ các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục, 30% còn lại có liên quan đến các viêm nhiễm sau thai nghén như ế, sảy thai, nạo thai...[7]. Viêm nhiễm vùng chậu làm tăng nguy cơ VS lên gấp 8,5 lần trong nghiên cứu của Kildea và cộng sự.

Bảng 4: Các yếu tố nguy cơ cho VS do VTC sau hiệu chỉnh

Các yếu tố nguy cơ	OR thô (95% CI)	OR hiệu chỉnh (95% CI)	p-value sau hiệu chỉnh
<i>Các hành vi liên quan đến lựa chọn BPTT</i>			
BPTT bằng DCTC	1,9 (0,9-4,0)	2,4 (1,2-5,0)	0,02
Đặt DCTC nhiều hơn 1 lần	3,4 (1,4-8,6)	4,2 (1,8-10,1)	0,001*
<i>Các hành vi liên quan đến tiền sử có thủ thuật tại buồng TC</i>			
Có tiền sử nạo BTC	2,4 (1,5-3,8)	2,6 (1,7-4,0)	0,000*
Tiền sử NPT	2,2 (1,4-3,4)	2,3 (1,5-3,6)	0,000*
Người làm thủ thuật không phải hoặc không chắc chắn là BS	1,9 (1-3,8)	2,8 (1,3-5,7)	0,006*
Không dùng kháng sinh sau NPT	5,9 (1,7-13,9)	6,2 (2,9-13,5)	0,000*
Có tai biến muộn sau NPT	3,0 (1,5-6,2)	3,2 (1,6-6,3)	0,001*
<i>Các yếu tố liên quan đến tiền sử viêm nhiễm</i>			
Tiền sử báo cáo có viêm đường sinh dục dưới	2,2 (1,4-3,5)	2,3 (1,5-3,6)	0,000*
Tiền sử báo cáo có viêm đường sinh dục trên	4,0 (2,4-6,6)	2,2 (1,6-3,0)	0,000*
Tiền sử có nhiễm Chlamydia	6,1 (1,4-56,1)	6,5 (1,4-29,6)	0,02*
Tiền sử báo cáo có VSD từ trên 1 năm trở lên	5,9 (1,8-24,9)	6,3 (2,0-20,4)	0,002*
Tiền sử báo cáo có nhiều hơn 2 đợt viêm sinh dục	1,9 (1,1-3,5)	1,9 (1,1-3,4)	0,03*

## KẾT LUẬN

VS do nguyên nhân VTC tương đối phổ biến ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại Việt Nam nói chung và

phụ nữ Thanh Hóa nói chung. Đây là một loại bệnh lý do nhiều yếu tố nguy cơ đưa đến, trong đó phần lớn có thể ngăn ngừa hoặc điều trị dự phòng được. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng những phụ nữ ở các vùng khác nhau có thể có mối liên hệ khác nhau giữa các yếu tố nguy cơ. Có thể nói từ nghiên cứu này, những yếu tố nguy cơ gây nên tổn thương cho VTC chủ yếu có liên quan đến viêm nhiễm và các thủ thuật không đảm bảo an toàn. Kiểm soát và điều trị tốt các bệnh phụ khoa, các bệnh viêm nhiễm lây lan qua đường tình dục, đặc biệt là Chlamydia và lậu, là những biện pháp phòng ngừa hiện nay được coi là tốt nhất cho VS do nguyên nhân VTC cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ ở các nước đang phát triển như Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Thanh Kỳ (1999), *Vô sinh do vòi trứng-Chẩn đoán và điều trị vô sinh*. Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ Sơ sinh
- Nguyễn Thị Thảo (2006), "Khảo sát sơ bộ về Vô sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thanh hoá". *Tạp chí Y học Thực hành*, 12(560), 22-24.
- Advanced Fertility Center of Chicago. <http://www.advancedfertility.com/tubal.htm>: 1996-2007.
- Anna P. Gijzen, J. A. L., Valere J. Goossens, Pieter Leffers (2001), "Infertility. Chlamydia pneumoniae and screening for tubal factor subfertility". *Human Reproduction*, 16(3), 487-491.
- Atlanta (1996), "Sexually Transmitted Disease; Chlamydia screening can cut risk of pelvic inflammatory disease". *Hepatitis Weekly*, 3, 6.
- Baczynska A, H. M., Lamy P, Birkelund S, Christiansen G, Fedder J. (2008), "Prevalence of Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis and Chlamydia trachomatis among Danish patients requesting abortion." *Syst Biol Reprod Med.*, 54(3), 127-134.
- Ericksen K, B. T. (1996), "Patterns and predictors of infertility among African women: a cross-national survey of twenty-seven nations". *Soci Sci Med*, 42, 209- 220.
- Friday Okonofua, U. M., S.O.Onemu, L.O.Omo-Aghoja, Staffan Bergstrom (2005), "A case-control study at risk factors for male infertility in Nigeria". *Asian Journal of Andriol*, 7(4), 351-361.
- Gogoi, N. (2009), "Chlamydia: Checking the Infectious Bacteria Group and the Ailments". <http://www.makehealthcare.com/>.
- Helle Friis Svenstrup, J. F., Sven Erik Kristoffersen, Birgitta Trolle, Svend Birkelund, Gunna Christiansen (2007), "Mycoplasma genitalium, Chlamydia trachomatis, and tubal factor infertility—a prospective study". *Fertility and Sterility In Press*, Corrected Proof, Available online 4 June 2007.