

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

---

**NGUYỄN THỊ THẢO**

**NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ  
VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA VÔ SINH DO VÒI TỬ CUNG  
ĐẾN PHỤ NỮ TẠI THANH HÓA**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI - 2011**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

---

**NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ  
VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA VÔ SINH DO VÒI TỬ CUNG  
ĐẾN PHỤ NỮ TẠI THANH HÓA**

**NGUYỄN THỊ THẢO**

**CHUYÊN NGÀNH : Y TẾ CÔNG CỘNG  
MÃ SỐ: 62.72.6.01**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:**

- 1. GS.TS. TRẦN THỊ PHƯƠNG MAI**
- 2. PGS.TS. BÙI THỊ THU HÀ**

**HÀ NỘI - 2011**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kì công trình nào khác.

## MỤC LỤC

### DANH MỤC BẢNG BIỂU VÀ HÌNH VẼ

### CÁC TỪ VIẾT TẮT

ĐẶT VẤN ĐỀ .....	1
Chương 1. TỔNG QUAN .....	3
1.1. ĐỊNH NGHĨA VỀ VÔ SINH .....	3
1.2. PHÂN LOẠI VÀ NGUYÊN NHÂN VÔ SINH .....	3
1.2.1. Vô sinh nguyên phát và vô sinh thứ phát .....	3
1.2.2. Phân loại vô sinh theo nguyên nhân .....	3
1.2.3. Phân loại VS theo tiên lượng điều trị dự phòng .....	4
1.3. VÔ SINH DO NGUYÊN NHÂN VÒI TỬ CUNG .....	5
1.3.1. Đặc điểm về giải phẫu của vòi tử cung .....	5
1.3.2. Các tổn thương bệnh lý tại VTC, tần suất và nguyên nhân thường gặp .....	6
1.3.3. Những yếu tố nguy cơ có thể gây VS do nguyên nhân VTC.....	7
1.3.4. Các phương pháp chẩn đoán vô sinh do nguyên nhân VTC.....	12
1.3.5. Các phương pháp điều trị VS do nguyên nhân VTC .....	14
1.4. ẢNH HƯỞNG CỦA VÔ SINH DO NGUYÊN NHÂN VÒI TỬ CUNG TÁC ĐỘNG ĐẾN NGƯỜI PHỤ NỮ .....	14
1.4.1. Những ảnh hưởng do áp lực từ cá nhân người phụ nữ .....	15
1.4.2. Những ảnh hưởng do áp lực từ người chồng, gia đình, cộng đồng, xã hội và tôn giáo đến người phụ nữ .....	20
1.5. PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN DỪNG TRONG NGHIÊN CỨU .....	22
1.5.1. Khung lý thuyết dừng trong nghiên cứu .....	22
1.5.2. Phương pháp tiếp cận đối với nghiên cứu định lượng .....	24
1.5.3. Phương pháp tiếp cận đối với nghiên cứu định tính .....	25
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....	28

2.2. NGHIÊN CỨU ĐỊNH LƯỢNG .....	28
2.2.1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu .....	28
2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu .....	29
2.2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu .....	30
2.2.4. Các biến số nghiên cứu .....	31
2.2.5. Câu hỏi nghiên cứu .....	32
2.2.6. Kiểm định tính giá trị của công cụ nghiên cứu với các chuyên gia (Face-validity) và nghiên cứu thử nghiệm .....	33
2.2.7. Nhập, xử lý và phân tích số liệu .....	33
2.2.8. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu .....	33
2.3. NGHIÊN CỨU ĐỊNH TÍNH .....	34
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu .....	34
2.3.2. Cỡ mẫu và đối tượng tham gia nghiên cứu .....	34
2.3.3. Kỹ thuật thu thập số liệu .....	35
2.3.4. Các biến số thu thập: .....	36
2.3.5. Nhập và phân tích số liệu .....	36
2.3.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu .....	37
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....	38
3.1. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỊNH LƯỢNG .....	38
3.1.1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu bệnh chứng .....	38
3.1.2. Phân tích mối liên quan giữa VS do nguyên nhân VTC và các yếu tố nguy cơ .....	39
3.1.3. Phân tích hồi qui đa biến logistic kiểm định mối liên hệ của từng yếu tố nguy cơ với VS do nguyên nhân VTC .....	44
3.1.4. Phân tích hồi qui đa biến logistic kiểm định mối liên hệ giữa các yếu tố nguy cơ với VS do nguyên nhân VTC .....	47
3.2. KẾT QUẢ PHÂN TÍCH NGHIÊN CỨU ĐỊNH TÍNH .....	48
3.2.1. Một số đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu .....	48
3.2.2. Ảnh hưởng do áp lực cảm nhận từ cá nhân người phụ nữ .....	49

3.2.3. Ảnh hưởng do áp lực từ người chồng .....	60
3.2.5. Ảnh hưởng do áp lực từ cộng đồng xã hội.....	62
3.2.5. Ảnh hưởng do áp lực từ yếu tố văn hóa, xã hội và định kiến về tôn giáo .....	63
Chương 4. BÀN LUẬN .....	65
4.1. BÀN LUẬN VỀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TRONG TIỀN SỬ SẢN PHỤ KHOA CÓ THỂ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VÔ SINH DO NGUYÊN NHÂN VÒI TỬ CUNG.....	65
4.1.1. Bàn luận tóm tắt về đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng tham gia nghiên cứu .....	65
4.1.2. Bàn luận về mối liên quan giữa tiền sử đặt DCTC và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC .....	65
4.1.3. Bàn luận về mối liên quan giữa tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung và nguy cơ VS do VTC .....	70
4.1.4. Bàn luận về mối liên quan giữa tiền sử NPT và nguy cơ VS do VTC ..	72
4.1.5. Bàn luận về tiền sử viêm sinh dục và VS do nguyên nhân VTC .....	76
4.2. PHÂN TÍCH NHỮNG ẢNH HƯỞNG TÁC ĐỘNG ĐẾN NGƯỜI PHỤ NỮ BỊ VÔ SINH DO NGUYÊN NHÂN VÒI TỬ CUNG .....	83
4.2.1. Bàn luận về đặc điểm về đối tượng nghiên cứu.....	83
4.2.2. Bàn luận về ảnh hưởng do áp lực từ bản thân người phụ nữ .....	84
4.2.3. Bàn luận về ảnh hưởng do áp lực từ người chồng lên người phụ nữ bị VS .....	98
4.2.4. Bàn luận về ảnh hưởng do áp lực từ gia đình .....	102
4.2.5. Bàn luận về những ảnh hưởng từ cộng đồng gây áp lực lên người phụ nữ .....	103
4.2.6. Bàn luận về những ảnh hưởng từ định kiến của các yếu tố văn hóa, xã hội và tôn giáo gây áp lực lên người phụ nữ .....	105
KẾT LUẬN .....	107
1. Một số yếu tố nguy cơ trong tiền sử sản phụ khoa có mối liên quan chặt chẽ với VS do nguyên nhân VTC trong nghiên cứu .....	107
2. Vô sinh do vòi tử cung ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ .....	107

KHUYẾN NGHỊ .....109

TÀI LIỆU THAM KHẢO

DANH MỤC CÔNG TRÌNH CỦA TÁC GIẢ

PHẦN PHỤ LỤC

BẢNG TÓM TẮT MỘT SỐ NGHIÊN CỨU VỀ TÀN SUẤT VÔ SINH CHUNG  
VÀ VÔ SINH DO NGUYÊN NHÂN VÒI TỬ CUNG

BẢNG TÓM TẮT MỘT SỐ NGHIÊN CỨU YẾU TỐ NGUY CƠ VÔ SINH DO  
VÒI TỬ CUNG

BẢNG TÓM TẮT MỘT SỐ NGHIÊN CỨU VỀ ẢNH HƯỞNG CỦA VÔ SINH  
CÔNG CỤ DÀNH CHO NGHIÊN CỨU ĐỊNH TÍNH

BỘ CÂU HỎI THU THẬP THÔNG TIN DÀNH CHO NGHIÊN CỨU ĐỊNH LƯỢNG

## DANH MỤC BẢNG BIỂU VÀ HÌNH VẼ

Bảng 3.1: Một số đặc điểm về nhân khẩu học .....	38
Bảng 3.2: Mối liên quan giữa TS đặt DCTC và nguy cơ VS do VTC .....	39
Bảng 3.3: Các yếu tố liên quan đến TS đặt DCTC và nguy cơ VS do VTC .....	40
Bảng 3.4: Mối liên quan giữa TS phẫu thuật vùng tiểu khung và VS do VTC .....	40
Bảng 3.5: Mối liên quan giữa tiền sử NPT và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC ...	41
Bảng 3.6: Mối liên quan giữa các yếu tố trong TS NPT và nguy cơ VS do VTC ...	42
Bảng 3.7 : Mối liên quan giữa tiền sử VSD và nguy cơ VS do VTC .....	43
Bảng 3.8: Mối liên quan giữa các yếu tố trong TS VSD và nguy cơ VS do VTC ...	43
Bảng 3.9. Phân tích mối liên quan giữa TS số lần đặt DCTC và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC bằng mô hình hồi qui đa biến logistic .....	44
Bảng 3.10: Kiểm định mối liên quan giữa TS mổ lấy thai và mổ lạc NMTC với nguy cơ VS do VTC bằng mô hình hồi qui đa biến logistic .....	45
Bảng 3.11. Kiểm định mối liên quan giữa tiền sử NPT và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC bằng mô hình hồi qui đa biến logistic .....	45
Bảng 3.12. Kiểm định mối liên quan giữa TS VSD và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC bằng mô hình hồi qui đa biến logistic .....	46
Bảng 3.13. Phân tích hồi qui đa biến logistic mối liên hệ giữa các yếu tố nguy cơ với VS do nguyên nhân VTC .....	47
Hình 1.1: Giải phẫu học của VTC.....	5
Hình 3.1. So sánh số liệu báo cáo tiền sử VSD và hiện tại có VSD .....	77
Hình 3.2. So sánh số liệu báo cáo tiền sử nhiễm Chlamydia và tỷ lệ nhiễm Chlamydia hiện tại .....	77
Hình 3.3: Đánh giá nguyên nhân tổn thương VTC sau mổ NS .....	81
Sơ đồ 1.1. Khung lý thuyết dùng trong nghiên cứu .....	23
Sơ đồ 2.1: Sơ đồ lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu định lượng .....	29
Sơ đồ 2.2. Lựa chọn đối tượng NC giai đoạn 2 .....	34
Sơ đồ 2.3. Lựa chọn các đối tượng tham gia phỏng vấn sâu .....	35



## CÁC TỪ VIẾT TẮT

BPTT:	Biện pháp tránh thai
BS:	Bác sỹ
CBCC:	Cán bộ công chức
CTC:	Cổ tử cung
CDC:	Center for Disease Control and Prevention
CNTC:	Chửa ngoài tử cung
DCTC:	Dụng cụ tử cung
HTSS:	Hỗ trợ sinh sản
HSG:	Chụp tử cung- vòi tử cung (HSG- Hysterosalpingogram)
KTC:	Khoảng tin cậy (CI-Confedence Interval)
NMTC:	Nội mạc tử cung
NPT:	Nạo phá thai
OR:	Tỷ số chênh (Odds ratio)
PK:	Phụ khoa
STDs:	Sexually Transmitted Diseases
SKSS:	Sức khỏe sinh sản
TC:	Tử cung
TTTON:	Thụ tinh trong ống nghiệm
TT:	Tình trùng
VS:	Vô sinh
VS I:	Vô sinh nguyên phát
VS II:	VS thứ phát
VSD:	Viêm sinh dục
VTC:	Vòi tử cung
WHO:	World Health Organization

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh (VS) - hiếm muộn trong cộng đồng hiện nay đang là một vấn đề báo động trong lĩnh vực sức khoẻ sinh sản không chỉ ở những nước phát triển mà ngay cả những nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Bên cạnh những báo động về nạn gia tăng dân số, nhất là tỷ lệ sinh con thứ 3, thì hạnh phúc của rất nhiều cặp vợ chồng lại đang bị đe dọa bởi tình trạng VS ngày một tăng, đặc biệt là VS do nguyên nhân vòi tử cung (VTC) [8], [17], [24].

Tỷ lệ VS do VTC dao động từ 20-25% trong tỷ lệ VS nói chung và chiếm tới trên 70% đối với VS thứ phát do nữ nói riêng, bao gồm cả dính, tắc nghẽn hay ú nước một hoặc hai VTC [6], [28], [91]. Có rất nhiều yếu tố được cho là yếu tố nguy cơ gây VS do nguyên nhân VTC, đặc biệt là mối liên quan giữa các yếu tố thuộc về tiền sử sản phụ khoa như tiền sử (TS) viêm nhiễm đường sinh dục (VSD), TS nạo phá thai (NPT), TS tránh thai bằng đặt dụng cụ tử cung (DCTC), TS các phẫu thuật vùng tiểu khung với VS do nguyên nhân VTC vẫn còn đang là vấn đề gây tranh cãi.

Việc xác định những yếu tố này có phải là yếu tố nguy cơ cho VS do VTC hay không rất quan trọng, vì đây là những nguyên nhân VS mắc phải nên có thể cảnh báo trước, có thể phòng tránh được, đặc biệt là để kiểm soát tốt viêm nhiễm và các thủ thuật, phẫu thuật trên phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ [37], [111], [131], [137].

VS do bệnh lý VTC, nhất là dính tắc cả 2 bên VTC, tương đối nan giải, điều trị tốn kém, thường phải mổ nội soi (NS) để giải quyết dính, tắc. Nếu phương pháp này không thành công, thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) là giải pháp cuối cùng. Nội VTC bị coi là kém hiệu quả hơn, vì phần VTC bị nối có thể bị hẹp, khó có thai và dễ đưa đến chữa ngoài tử cung (CNTC), và cũng chỉ có thể làm ở các trung tâm lớn cần BS có kỹ năng và tay nghề cao [15], [26], [58].

Như vậy, người phụ nữ bị VS do nguyên nhân VTC là một bệnh lý gây tổn thương nặng nề cả về kinh tế, tinh thần lẫn thể chất và rất cần sự điều trị cũng như sự nâng đỡ phối hợp của cả xã hội [46], [54], [89], nhất là trong một xã hội coi chức năng sinh sản là chức năng chính của người phụ nữ như ở một số nước đang phát triển trong đó có Việt Nam [7], [87]. Người phụ nữ bị VS ở những nước này thường liên quan đến những khó khăn về kinh tế do chi phí y tế quá cao, bị xã hội coi thường, xa

lánh và thậm chí bị bạo hành, ly hôn, thường là bởi những người thân mà hay gặp nhất là chính các ông chồng của họ [96], [140].

Tại Việt Nam, cho đến thời điểm này, những nghiên cứu đi sâu vào VS do nguyên nhân VTC, các yếu tố nguy cơ và ảnh hưởng của VS đến người phụ nữ còn chưa nhiều. Đặc biệt, cho đến nay, có rất ít nghiên cứu tiếp cận vấn đề VS nữ ở cả góc độ phòng chống làm giảm nguy cơ VS và giảm những hậu quả nặng nề của nó mặc dù VS do VTC ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống và hạnh phúc gia đình nhất là những gia đình nghèo, hơn nữa đây là loại VS có liên quan đến yếu tố giới là người phụ nữ.

Tại Thanh Hóa, tỷ lệ VS do nguyên nhân VTC gặp tương đối cao, ước tính chiếm khoảng trên 70% các trường hợp VS thứ phát ở nữ giới tại Thanh Hóa qua một nghiên cứu khảo sát [29], nhưng hiện tại chưa có nghiên cứu nào đi sâu vào những vấn đề đã nêu trên.

Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài ***“Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và ảnh hưởng của vô sinh do vòi tử cung đến phụ nữ tại Thanh Hóa”*** trong thời gian từ tháng 8/2007 đến tháng 5/2010.

Với 2 mục tiêu:

1. *Phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ trong tiền sử sản phụ khoa với vô sinh do nguyên nhân vòi tử cung*
2. *Đánh giá những ảnh hưởng tác động đến cuộc sống của phụ nữ bị vô sinh do nguyên nhân vòi tử cung tại Thanh Hóa*

# **Chương 1**

## **TỔNG QUAN**

### **1.1. ĐỊNH NGHĨA VỀ VÔ SINH**

Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO), một cặp vợ chồng được cho là VS khi hai vợ chồng có quan hệ tình dục thường xuyên, không dùng bất cứ biện pháp tránh thai nào trong vòng 12 tháng mà không có thai được, riêng với phụ nữ từ 35 tuổi trở lên, thời gian này chỉ tính 6 tháng, đối với phụ nữ từ 40 tuổi trở lên, thời gian này chỉ tính 3 tháng [137].

Những định nghĩa này chú trọng đến người phụ nữ nhiều hơn là người đàn ông, do đặc điểm sinh học của người phụ nữ chỉ có thể có khả năng sinh sản trong một giai đoạn nhất định, trong khi người đàn ông được xem là có khả năng sinh sản đến suốt đời [47], [76].

Các tài liệu sách vở của Việt Nam trước đây tính thời gian VS là 2 năm, tuy nhiên, qua một vài thập kỷ, tỷ lệ VS tăng lên, kèm theo tiên lượng điều trị phụ thuộc rất nhiều vào thời gian VS, nên các tài liệu gần đây ở Việt Nam đều tính theo cách tính của WHO là 12 tháng [3], [8], [17].

### **1.2. PHÂN LOẠI VÀ NGUYÊN NHÂN VÔ SINH**

VS được phân chia làm nhiều loại tùy theo tình trạng đã có thai hay chưa, nguyên nhân gây VS và tiên lượng dự phòng và điều trị.

#### **1.2.1. Vô sinh nguyên phát và vô sinh thứ phát**

Cách phân loại này dựa vào tình trạng đã từng có thai hay chưa của cặp vợ chồng, người ta chia làm 2 loại: VS nguyên phát (VS I) là khi cặp vợ chồng chưa có thai lần nào, VS thứ phát (VS II) là cặp vợ chồng đã có con hoặc có thai nhưng chưa có thai lại được sau lần có thai trước đó 12 tháng kể từ ngày mong muốn có thai, có quan hệ tình dục thường xuyên và không dùng bất cứ biện pháp tránh thai nào [137].

#### **1.2.2. Phân loại vô sinh theo nguyên nhân**

Tùy theo nguyên nhân gây VS, người ta có thể phân loại VS nam, nữ hoặc chưa rõ nguyên nhân. VS nam là loại VS hoàn toàn do chồng chiếm tỷ lệ khoảng

30%, VS nữ là loại VS nguyên nhân hoàn toàn cho vợ tỷ lệ gặp khoảng 30%, có thể phối hợp nguyên nhân cả vợ và chồng tỷ lệ gặp khoảng 20% trong số các cặp vợ chồng VS [87], [117], [137].

Nam giới nguyên nhân VS hay gặp nhất kể cả VS I và VS II là liên quan chất lượng tinh trùng (TT) như vô tinh, thiếu tinh; nữ giới nguyên nhân hay gặp nhất là không phóng noãn đối với VS I, khoảng 30%, bệnh lý gây tắc VTC đối với VS II khoảng 70% [3], [17], [137].

Ngoài ra, còn có VS không rõ nguyên nhân, tức là qua thăm khám cả vợ và chồng nhưng không tìm thấy nguyên nhân gây VS, tỷ lệ gặp khoảng 20% [3], [137].

Tuy nhiên một cặp vợ chồng có thể gặp nhiều hơn một nguyên nhân gây VS. Một số tác giả thấy rằng khi một cặp vợ chồng có vấn đề về VS thì có khoảng 15% các cặp vợ chồng có nhiều nguyên nhân VS hơn là một nguyên nhân, trong đó 25% số các cặp vợ chồng còn lại không xác định được nguyên nhân [48], [137].

### **1.2.3. Phân loại VS theo tiên lượng điều trị dự phòng**

Để có những phương pháp hữu hiệu trong điều trị và dự phòng VS, người ta có thể chia VS làm 2 nhóm: nhóm những nguyên nhân VS không thể dự phòng trước (VS do nguyên nhân bẩm sinh), và nhóm những nguyên nhân VS có thể dự phòng được (VS mắc phải) [17], [137].

Những nguyên nhân VS không thể ngăn chặn hay điều trị dự phòng được bao gồm các khiếm khuyết hay dị dạng đường sinh dục, các yếu tố về gen hay hormone hoặc các vấn đề về miễn dịch, nhóm này chỉ chiếm khoảng 5% toàn bộ các nguyên nhân gây VS [17], [137].

Phần lớn những nguyên nhân VS còn lại đều là những nguyên nhân có thể ngăn ngừa được, đặc biệt là các nguyên nhân VS do các bệnh viêm nhiễm lây lan qua đường tình dục (STDs- Sexually Transmitted Diseases) như Chlamydia, lậu, giang mai. Những viêm nhiễm như thế này có thể làm nhiễm khuẩn vùng chậu làm tắc nghẽn VTC hoặc gây dính vùng tiểu khung cản trở quá trình có thai [3], [68], [137]. Một số lớn những tai biến sau nạo phá thai (NPT) không an toàn hoặc các thủ thuật thao tác ở buồng TC không vô khuẩn đều có thể đưa đến viêm nhiễm cơ quan

sinh dục và vùng chậu dẫn đến hậu quả là VS thứ phát, đặc biệt là VS do nguyên nhân VTC [28], [79], [127].

### 1.3. VÔ SINH DO NGUYÊN NHÂN VÒI TỬ CUNG

#### 1.3.1. Đặc điểm về giải phẫu của vòi tử cung

VTC còn gọi là vòi trứng hay vòi Fallope là 2 ống dẫn đi từ sừng tử cung tới 2 buồng trứng, là đường dẫn tinh trùng tới gặp noãn để thụ tinh, thường ở 1/3 ngoài VTC. VTC có chiều dài trung bình 10-12cm, chia làm 4 đoạn [2], [4]:

- Đoạn kẽ: chạy trong lớp cơ tử cung, dài 1-1,5cm, đường kính 0,2-0,5mm, đổ vào buồng tử cung bằng 1 lỗ 1mm, gọi là lỗ vòi tử cung.
- Đoạn eo dài 2cm, đường kính 2-4mm.
- Đoạn bóng dài 5-8cm, đường kính 8-9mm.
- Đoạn loa là phần di động của vòi, có hình phễu, có lỗ mở vào ổ bụng đường kính 2-3mm, có 10-15 riềm loa, dài 10-15mm, riềm dài nhất gọi là riềm Richard dài tới 20-30mm

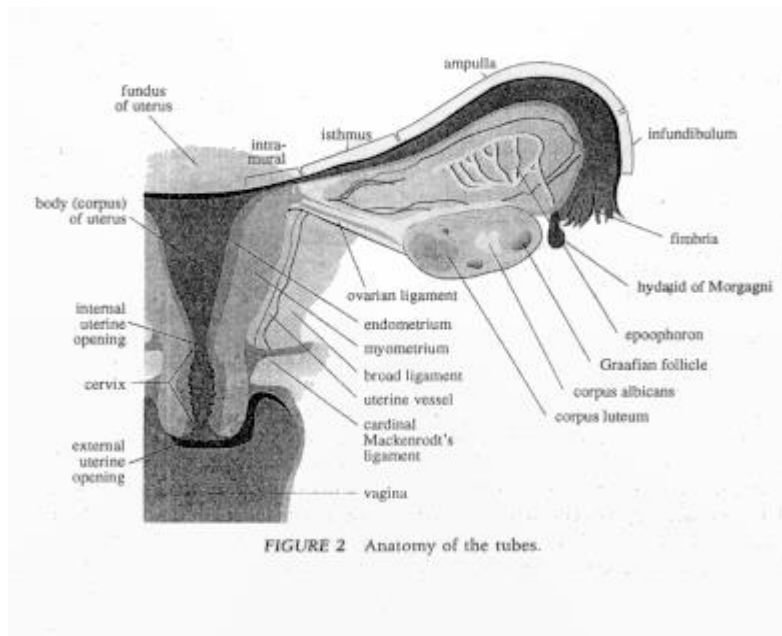


FIGURE 2 Anatomy of the tubes.

Hình 1.1: Giải phẫu học của VTC

Nguồn: [http://www.gfmer.ch/International\\_activities\\_En/El\\_Mowafi/Image38](http://www.gfmer.ch/International_activities_En/El_Mowafi/Image38)

[3.gif](#) [85]

### 1.3.2. Các tổn thương bệnh lý tại VTC, tần suất và nguyên nhân thường gặp

VS do VTC là tình trạng tổn thương tại VTC có thể một hoặc cả hai bên làm cho tắc nghẽn hoặc ứ dịch cản trở sự lưu thông của VTC, thể hiện trên phim chụp TC- VTC (HSG) hoặc quan sát qua mô nội soi [13], [19], [104].

*Bảng 1.1. Tổn thương bệnh lý thường gặp tại VTC [3], [13], [53]:*

<b>Vị trí tắc</b>	<b>Nguyên nhân có thể gặp</b>
<b>Tắc đoạn gần</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Viêm vùng chậu: viêm cấp hoặc mãn</li><li>- Các khối viêm u (Salpingitis isthmical nodosa-SIN): Nguyên nhân tạo nên những khối viêm nhỏ này chưa được rõ ràng những phần lớn bắt nguồn từ tình trạng viêm nhiễm vùng chậu, do khối u và có thể do khuyết tật từ thời kỳ bào thai</li><li>- Lạc NMTC: Lạc NMTC tại VTC và vùng chậu có thể làm rối loạn chức năng của VTC hoặc có thể trực tiếp làm tắc VTC</li><li>- Các khối u xơ hoặc polype làm tắc nghẽn đoạn gần của VTC</li></ul>
<b>Tắc đoạn giữa và tắc đoạn xa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Viêm nhiễm VTC</li><li>- Lạc NMTC</li><li>- Các phẫu thuật liên quan gây dính</li></ul>

VS do VTC có tần xuất gặp rất khác nhau tùy theo vùng, địa lý, thời điểm nghiên cứu, tác giả và thiết kế nghiên cứu. Nhìn chung, VS do nguyên nhân VTC chiếm khoảng 20-25% trong tổng số các nguyên nhân gây VS chung, khoảng 60-70% đối với VS thứ phát do nữ, bao gồm cả tắc nghẽn hoặc ứ nước 2 VTC hoặc VTC dính do có sẹo cũ tại vùng tiểu khung [13], [29], [140]. Người ta nhận thấy rằng trong khi nguyên nhân gây VS ở các nước phát triển chủ yếu liên quan nhiều đến nội tiết và tuổi tác của các cặp vợ chồng, thì nguyên nhân nguyên nhân VS ở các nước đang phát triển lại là do viêm nhiễm gây bệnh lý tại VTC [50], [140].

Theo tổng quan từ các nghiên cứu về VS, tỷ lệ VS do nguyên nhân VTC rất cao ở các nước thứ ba, đặc biệt là châu Phi. Các nghiên cứu từ Nigeria, Nam Phi và Ai cập cho thấy tỷ lệ vô sinh do VTC dao động từ 42-77% trong số VS nữ, chủ yếu

do viêm nhiễm vùng tiểu khung [67], [84], [87], [120]. Các tác giả đã ước tính khoảng 70% các viêm nhiễm vùng tiểu khung có nguồn gốc từ các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STDs-- sexually transmitted diseases), 30% còn lại có liên quan đến các viêm nhiễm sau thai nghén như NPT, sảy thai, thai chết lưu, sót rau sau đẻ [67], [143].

Trong khi đó, nghiên cứu tại Mỹ cho thấy tỷ lệ VS do VTC chiếm khoảng 30% trong số VS nữ [66], [90]. Tại Đan mạch, nguyên nhân do yếu tố VTC chiếm 14,2% tổng số các nguyên nhân gây VS chung [126]. Spyros và cộng sự nghiên cứu tại Anh cho thấy tỷ lệ VS do nguyên nhân VTC chiếm 31,4% trong tổng số các phụ nữ VS được kiểm tra VTC [123] (xem thêm bảng 1- phần phụ lục).

Những nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ VS do nguyên nhân VTC không những cao cả về tần suất mà còn tăng theo thời gian [11], [14]. Tỷ lệ VS do VTC theo một số nghiên cứu tại Việt nam năm 1992 chiếm 43% [13], năm 1995 chiếm 43,8% và năm 1998 chiếm 46,7% các nguyên nhân VS ở phụ nữ [14].

Nghiên cứu gần đây nhất tại Việt Nam của PN Thảo cho thấy tỷ lệ VS do tác VTC chiếm 58,6% VS nữ [30]. TH Dũng thấy tỷ lệ VS nữ do tác VTC chủ yếu là VS thứ phát chiếm 61,6% [6], và NT Thảo cho thấy hơn 70% các trường hợp VS II ở phụ nữ tại Thanh Hóa là do nguyên nhân VTC [27].

### **1.3.3. Những yếu tố nguy cơ có thể gây VS do nguyên nhân VTC**

#### ***1.3.3.1. Nhiễm khuẩn vùng chậu không do thai nghén***

Nhiễm khuẩn vùng chậu là một những nguyên nhân quan trọng nhất gây VS, đặc biệt là VS do VTC. Tổn thương VTC có thể do dính, tổn thương chất nhày tại lòng VTC, hoặc gây dính tắc, ú nước tại VTC cản trở quá trình trứng gặp TT [110].

Nguyên nhân gây viêm nhiễm vùng chậu không do thai nghén chủ yếu là do STDs, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất vẫn là Chlamydia và lậu [51], [98], [138].

***Nhiễm Chlamydia:*** Các nguyên nhân gây tổn thương VTC nghiêm trọng hiện tại đang được các nhà khoa học quan tâm hàng đầu là Chlamydia vì triệu chứng lâm sàng thoáng qua nhưng tổn thương tại VTC hầu như là vĩnh viễn, và điều quan trọng nữa là đây là một yếu tố nguy cơ có thể tầm soát và dự phòng được [53], [83], [107].



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 nên thường bị người phụ nữ bỏ qua [110], [114]. 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 [107], [114], [120].

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 VTC, có thể dẫn đến viêm dính vùng chậu. Những viêm dính này dẫn đến VS do VTC, CNTC, 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) [75], [98], [126].

**Lậu:** lậu cũng tương đối hay gặp đặc biệt ở những người phụ nữ trẻ tuổi, sống ở thành phố, thuộc nhóm có điều kiện kinh tế xã hội thấp và hay gặp trên những đối tượng có quan hệ tình dục với nhiều người. Thông thường bệnh thể hiện tại chỗ ở đường sinh dục dưới, sau đó có thể gây nhiễm trùng cấp ngược dòng lên đường sinh dục trên với triệu chứng râm rộ, hoặc cũng có thể có triệu chứng âm thầm trên một số trường hợp. Tỷ lệ nhiễm lậu tại Việt Nam tương đối thấp, chỉ chiếm <1% trong tổng số các trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh dục [21]. Có thể gặp nhiễm Chlamydia phối hợp trong số khoảng 30-50% các trường hợp bị viêm sinh dục do lậu [31], [138].

**Các bệnh do lao và ký sinh trùng:** ngoài các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục, lao là một trong những bệnh lý có thể dẫn đến nguyên nhân VS do VTC ở một số nước thứ ba [118], [119]. Theo các nhà nghiên cứu tại Ấn độ, có tới 39% phụ nữ bị VS do tác VTC có viêm dính vùng tiểu khung do lao [122].

Hậu quả từ viêm nhiễm do lao có thể dẫn đến chửa ngoài (CNTC), viêm nhiễm mãn tính vùng chậu, ứ dịch VTC hoặc áp xe VTC hoặc làm cho dính hẳn vùng tiểu khung hoặc dính lòng TC gây VS [138]. Tỷ lệ nhiễm lao đường sinh dục

tại Việt Nam tương đối thấp, chỉ chiếm khoảng 2,5% so với các loại vi khuẩn gây viêm nhiễm đường sinh dục [11].

### ***1.3.3.2. Nhiễm khuẩn vùng chậu liên quan đến thai nghén***

Nạo phá thai (NPT), sảy thai, đẻ và các thủ thuật có liên quan đến thai nghén nếu thực hiện trong điều kiện không vô khuẩn đều là nguy cơ đe dọa cho VS [18], [79], [139].

NPT được WHO định nghĩa như là đình chỉ sự phát triển của thai nghén hoặc loại bỏ thai nhi và rau thai ra khỏi tử cung của người mẹ [139]. Cũng theo WHO, NPT không an toàn được định nghĩa như là một qui trình loại bỏ thai không mong muốn trong điều kiện hoặc người làm thủ thuật thiếu kiến thức nghề nghiệp hoặc môi trường làm thủ thuật không đảm bảo điều kiện vệ sinh an toàn tối thiểu theo qui định của y tế, hoặc thiếu cả hai [139].

NPT theo nhiều tác giả không phải là nguyên nhân gây VS nhưng chủ yếu là hậu quả của NPT không an toàn gây nên nhiễm khuẩn đường sinh dục gây nên các bệnh lý tại VTC và lòng TC từ đó gây VS [91], [142]. Các tai biến này tương đối đa dạng, phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi thai (càng lớn tỷ lệ tai biến càng cao), phương pháp NPT, môi trường, trang thiết bị y tế sẵn có tại cơ sở NPT và kinh nghiệm của người cung cấp dịch vụ [139], [141].

Mối liên quan giữa VS và NPT vẫn đang có rất nhiều quan điểm khác nhau. Một số nhà nghiên cứu cho rằng có thể có mối liên quan NPT và VS nữ, đặc biệt là VS do nguyên nhân VTC [79], [136], [139], [145]. Trong khi đó, một vài nghiên cứu khác lại chỉ ra những kết quả ngược lại [52], [129].

Tác giả Cheong Y và cộng sự tại Trung quốc cho rằng có mối liên quan giữa một số các thủ thuật trong đó NPT là một yếu tố nguy cơ cao cho VS do nguyên nhân VTC [52], trong khi đó một số tác giả khác như Luisa và cộng sự lại không tìm thấy mối liên hệ giữa VS do VTC và NPT tại Mexico [129]. Tuy nhiên, nghiên cứu này lại chỉ ra mối liên hệ chặt chẽ giữa quan hệ tình dục quá sớm và viêm vùng chậu làm tăng nguy cơ VS do VTC [129].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của PH Tuấn đưa ra kết quả cho rằng NPT có làm

tăng nguy cơ VS thứ phát do nguyên nhân VTC (OR=2,5, 95% KTC=1,6-3,9), [32] và TH Dững cùng với các cộng sự trong một nghiên cứu mô tả cho thấy trong số 215 phụ nữ VS do nguyên nhân VTC, 29,8% trong số này có NPT chiếm 29,8% [6].

Ngoài ra, những thủ thuật có liên quan đến thai nghén như sót rau sau đẻ, sau sảy, đẻ thai lưu cũng liên quan đến VS do viêm nhiễm NMTC và viêm VTC nếu thực hiện trong điều kiện không đảm bảo vô khuẩn đều có thể đưa đến nhiễm khuẩn hậu sản và VS [3], [141]. Ngoài việc đe dọa trực tiếp đến tính mạng của người phụ nữ, những nhiễm khuẩn này còn có thể đưa đến hậu quả gián tiếp như gây dính buồng TC, còn gọi là hội chứng Asherman, và VS do dính tắc VTC [141]. HT Tâm trong một nghiên cứu năm 2006 cho thấy băng huyết sau sinh làm tăng nguy cơ VS 2,8 lần, nhiễm trùng sau sinh tăng nguy cơ VS 8,7 lần [25].

#### ***1.3.3.3. Nhiễm khuẩn vùng chậu liên quan đến đặt dụng cụ tử cung (DCTC)***

DCTC là một loại dụng cụ được đưa vào buồng TC để tránh thai. Một số nghiên cứu trước đây cho rằng đặt DCTC là yếu tố gây nguy cơ cho VS do VTC [73]. Tuy nhiên những nghiên cứu khác, đặc biệt là những nghiên cứu thời gian gần đây lại cho kết quả ngược lại [59], [81].

Một số nhà nghiên cứu đã đưa ra vài giả thuyết giải thích cơ chế gây viêm nhiễm vùng chậu dẫn đến tổn thương VTC khi dùng DCTC, ví dụ như DCTC là một vật lạ làm cho cơ thể giảm sự đề kháng với vi khuẩn gây viêm nhiễm, và sự viêm nhiễm này hoàn toàn khác nhau tùy theo sức đề kháng của từng người [59].

Hoặc như Grimes cho thấy DCTC không làm tăng nguy cơ VS do VTC nhưng chính các bệnh nhiễm khuẩn với các triệu chứng tiến triển âm thầm như lậu, Chlamydia... đã có sẵn trên người phụ nữ làm tăng tỷ lệ VS do VTC [80]. Đối với những phụ nữ có các bệnh lý này mà không được điều trị, nguy cơ VS do VTC là như nhau kể cả nhóm đặt DCTC hoặc không đặt DCTC [80].

Theo kết luận chung của nhiều tác giả, nếu DCTC được đặt bởi cán bộ y tế được đào tạo chuyên nghiệp, môi trường đặt DCTC đảm bảo vệ sinh, người phụ nữ không có bệnh lý viêm nhiễm từ trước và có mối quan hệ tình dục với một đối tác ổn định thì đây là một BPTT an toàn và không có nguy cơ gây VS [81], [127].

Tại Việt Nam, không có nhiều nghiên cứu đi sâu vào mối quan hệ giữa nguy cơ VS do VTC và đặt DCTC. Một vài tác giả như TH Dũng và cộng sự trong một nghiên cứu mô tả đã ước tính có khoảng 9,3% các trường hợp VS do VTC có nguyên nhân do đặt DCTC [6].

#### ***1.3.3.4. Các phẫu thuật vùng tiểu khung***

Các phẫu thuật vùng tiểu khung có thể gây co kéo, 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 dịch VTC, viêm phúc mạc ruột thừa; hoặc 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 NMTC [91], [110].

Tuy nhiên, Saraswat và cộng sự trong một nghiên cứu bệnh chứng so sánh giữa phụ nữ VS do VTC và phụ nữ mổ lấy thai cho thấy rằng mổ lấy thai không phải là nguy cơ cho VS thứ phát do nguyên nhân VTC (OR=1,27; 95% KTC=0,9-1,78; p=0,16) [116].

TH Dũng thì cho rằng các phẫu thuật vùng khung góp phần khoảng 7,4% các trường hợp VS do tắc VTC [6]. NT Thảo lại thấy ngoài tiền sử mổ CNTC, các phẫu thuật vùng tiểu khung không có mối liên quan với VS do nguyên nhân VTC [28].

#### ***1.3.3.5. Một số các yếu tố khác***

**Lạc NMTC:** Vai trò của lạc NMTC liên quan đến VS vẫn còn nhiều tranh cãi, tuy nhiên người ta thấy lạc NMTC gây dính vùng tiểu khung, buồng trứng và VTC, làm cho giảm khả năng phóng noãn và chất lượng hoàng thể kém [23], [20]. Đặc biệt, lạc NMTC làm giảm khả năng thụ thai của người phụ nữ. Nếu người ta thấy chỉ số thụ thai của những cặp vợ chồng bình thường là 0,15-0,2 mỗi chu kỳ thì trên người phụ nữ có bệnh lý lạc NMTC, chỉ số này chỉ còn 0,05 [20].

Tuy nhiên, cho đến nay, người ta vẫn chưa có kết luận thật sự lạc NMTC là nguyên nhân hay hậu quả của VS, chỉ thấy rằng lạc NMTC thường đi kèm với VS-hiếm muộn. Mổ NS trên bệnh nhân lạc NMTC thường thấy các tổ chức, giải phẫu trong vùng chậu bị biến dạng gây tắc VTC, dày dính co kéo VTC, buồng trứng, TC, ảnh hưởng đến quá trình phát triển bình thường của các nang noãn ở lớp vỏ của

buồng trứng và cản trở quá trình rụng trứng, gây rối loạn quá trình vận chuyển trứng và TT vào buồng TC [20].

***Quan hệ tình dục ở độ tuổi quá sớm và quá trễ, hoặc có nhiều bạn tình:***  
quan hệ tình dục sớm ở tuổi rất trẻ hoặc có nhiều hơn một bạn tình trong một thời gian ngắn được nhiều tác giả cho rằng có thể đưa đến nguy cơ VS do viêm nhiễm đặc biệt các viêm nhiễm lây truyền qua đường tình dục. Theo Torres-Sanchez và cộng sự, những người quan hệ tình dục ở độ tuổi càng trẻ thì càng có nguy cơ cao VS do VTC (OR=3,1, 95% KTC= 1,71-5,52) [129].

### **1.3.4. Các phương pháp chẩn đoán vô sinh do nguyên nhân VTC**

#### ***1.3.4.1. Chụp TC-VTC***

Chụp TC- VTC (HSG- Hysterosalpingogram) là phương pháp thăm dò tình trạng ống CTC, buồng TC và hai VTC nhờ bơm một chất cản quang từ ống CTC vào lòng TC [19]. Chất cản quang thường được dùng là loại có thể hòa tan trong nước (Telebrix hystero-hexabris 320).

Chụp TC-VTC được chỉ định chụp sau khi người phụ nữ sạch kinh 2 đến 5 ngày, không có thai, không rong kinh rong huyết, không có nhiễm trùng phụ khoa.

Đánh giá phim chụp TC-VTC gồm có:

- Đánh giá buồng TC: có thể quan sát được dị tật ở buồng TC hoặc u xơ TC dưới niêm mạc, tình trạng dính lòng TC hoặc các thương tổn khác ở buồng TC.
- Đánh giá VTC: Có thể quan sát được độ thông của VTC, hoặc vị trí tắc dính của VTC hoặc ứ dịch VTC.

Chụp TC-VTC là một phương pháp chẩn đoán VS đầu tay của hầu hết các trung tâm chẩn đoán và điều trị VS tại Việt Nam. Mặc dù không được xem như là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán VS do nguyên nhân VTC, nhưng đây lại là một phương pháp rẻ tiền, an toàn, dễ làm với 65% độ nhạy và 83% độ đặc hiệu để chẩn đoán bệnh lý tại 2 VTC [19], [104]. Tuy nhiên, chụp TC-VTC không thể tiên lượng được mức độ dính vùng chậu [19].

#### ***1.3.4.2. Mổ nội soi và thử nghiệm xanh methylen:***

Mổ nội soi (NS) là phương pháp có độ chính xác cao nhất, là “tiêu chuẩn vàng” để chẩn đoán VS do nguyên nhân VTC.

Tuy nhiên, phương pháp này tương đối đắt tiền, cần phải đầu tư cả trang thiết bị và con người nên chỉ có được ở những trung tâm lớn. Để có hiệu quả hơn, phương pháp này được kết hợp với nội soi buồng TC. Quan trọng hơn, ngoài việc dùng để chẩn đoán VS do VTC, phương pháp này thường được dùng kết hợp điều trị để gỡ dính những trường hợp dính ít hoặc lạc NMTC nhẹ [15], [16].

Tiêu chí đánh giá tổn thương VTC qua mổ NS hiện đang dùng theo cách đánh giá của Mage và Bruhat (Pháp) [74], dùng để tiên lượng điều trị cho bệnh nhân.

*Bảng 1.2: Bảng chỉ số đánh giá tổn thương VTC theo Mage & Bruhat [74]*

<b>Chỉ số</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
<b>VTC thông qua NS</b>	Bình thường	Dính loa	Ứ nước	
<b>NM VTC (qua HSG)</b>	Bình thường		Nếp gấp giảm	Teo, không còn nếp gấp
<b>Thành VTC</b>	Bình thường		Mỏng	Dày, xơ cứng

Tiên lượng điều trị có thể tóm tắt như sau:

- Giai đoạn 1 (2-5 điểm): Nội soi gỡ dính
- Giai đoạn 2 (6-10 điểm): Gỡ dính, tạo hình loa VTC
- Giai đoạn 3 (11-15 điểm): Tùy theo đánh giá tiên lượng của phẫu thuật viên để có thể gỡ dính, tạo hình loa vòi hay cắt bỏ chuyển sang TTTON.
- Giai đoạn 4 (>15 điểm): Cắt bỏ VTC nếu cần và chuyển sang TTTON.

#### **1.3.4.3. Một số phương pháp khác**

Có một số biện pháp khác nhưng hiện nay không còn thông dụng như bơm hơi chẩn đoán độ thông của 2 VTC, do độ chính xác thấp và giá trị nghèo nàn của nó trong tiên lượng điều trị vì không đáp ứng được yêu cầu đánh giá về VTC; hoặc siêu âm đầu dò âm đạo chỉ có giá trị khi có khối ú nước lớn ở hai VTC [13].

Ngoài ra, tại một số nước tiên tiến, một số tác giả cho rằng nên dùng test Chlamydia để đánh giá nguy cơ VS do VTC ở người phụ nữ như một phương pháp chẩn đoán sớm và không xâm lấn để không bị điều trị chậm trễ [37], [114]. Nếu xét nghiệm Chlamydia dương tính nên điều trị tích cực và mổ NS để thăm dò tiên lượng và gỡ dính sớm là những biện pháp thăm dò điều trị tích cực nhất [37], [83].

### **1.3.5. Các phương pháp điều trị VS do nguyên nhân VTC**

Tùy theo tổn thương của VTC mà bác sỹ có thể lựa chọn một trong số những chỉ định sau đây.

#### ***1.3.5.1. Phẫu thuật NS gỡ dính hoặc nối VTC***

Phẫu thuật NS không chỉ là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán VS do nguyên nhân VTC mà còn là phương pháp điều trị bằng phẫu thuật gỡ dính trong những trường hợp dính nhẹ hoặc vừa. Thành công của phẫu thuật còn dựa vào vị trí và mức độ tổn thương tại VTC. Nếu chỉ đơn thuần viêm dính gây tắc và tắc xa thì phẫu thuật NS tương đối có hiệu quả. Trong những trường hợp dính tắc nặng hoặc ứ nước nhiều làm hỏng niêm mạc VTC, người ta khuyên nên cắt bỏ 2 VTC để không ảnh hưởng đến kết quả TTTON [15], [20], [88].

#### ***1.3.5.2. Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON):***

Đây là phương pháp hiệu quả nhất cho tất cả các loại bệnh lý tại VTC. Phương pháp này giúp cho trứng và TT gặp nhau trong phòng tạo phôi để tạo thành phôi sau đó chuyển trở lại buồng TC cho người phụ nữ. Tuy nhiên kỹ thuật này tương đối đắt tiền và tỷ lệ thành công liên quan rất nhiều đến tuổi tác nên các cặp vợ chồng được khuyên nên điều trị càng sớm càng tốt [24], [132]. Ngày nay, TTTON được coi là phương pháp điều trị VS do VTC có hiệu quả nhất và được nhiều BS lựa chọn tư vấn cũng như được nhiều cặp vợ chồng chấp nhận nhất [109].

#### ***1.3.5.3. Nong VTC qua CTC***

Theo một vài tác giả tại Anh và Mỹ, nong VTC qua CTC là một phương pháp đơn giản, được coi như phương pháp đầu tay để điều trị VS do tắc gần VTC. Ngoài việc điều trị, phương pháp này còn dùng để tiên lượng những trường hợp nào nên chuyển sang TTTON, tránh những chi phí không cần thiết cho bệnh nhân [58], [123]. Tuy nhiên, hiện tại Việt Nam chưa áp dụng phương pháp này.

## **1.4. ẢNH HƯỞNG CỦA VÔ SINH DO NGUYÊN NHÂN VÒI TỬ CUNG TÁC ĐỘNG ĐẾN NGƯỜI PHỤ NỮ**

Từ điển tiếng Anh của trường Đại học Oxford định nghĩa những chấn thương về mặt tâm lý như là một tình trạng shock kéo dài tạo nên những ảnh hưởng có hại

hoặc cảm giác phiền muộn là nguyên nhân của những suy sụp tinh thần và lo âu căng thẳng. Một người phụ nữ bị VS một khi bị mất đi thiên chức làm mẹ sẽ bị một chuỗi hậu quả tổn thất nặng nề về tinh thần, kinh tế và xã hội bởi tình trạng không thể có con và gánh nặng chi phí điều trị của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (HTSS) và đây là một bệnh lý thật sự cần phải điều trị [56].

Tuy nhiên, có rất nhiều áp lực ảnh hưởng đến người phụ nữ bị VS trên hành trình tìm kiếm một đứa con để đảm bảo hạnh phúc gia đình và duy trì chất lượng cuộc sống. Những ảnh hưởng này có thể đến từ chồng và gia đình chồng, từ cộng đồng xã hội và tôn giáo, nhưng bản thân người phụ nữ cũng tự gây áp lực tương đối nặng nề cho mình kể cả về tinh thần và thể chất [40], [57], trong đó, gánh nặng về chi phí y tế và ảnh hưởng tinh thần do nguyên nhân VS do bản thân mình có lẽ là một áp lực quá lớn đối với phụ nữ trong quá trình điều trị.

#### **1.4.1. Những ảnh hưởng do áp lực từ cá nhân người phụ nữ**

##### ***1.4.1.1. Những ảnh hưởng do áp lực về mặt kinh tế lên người phụ nữ***

Những phụ nữ bị VS do nguyên nhân VTC chỉ có biện pháp điều trị hữu hiệu nhất là mổ NS hoặc làm TTON. Trong khi đó, những kỹ thuật này rất đắt tiền và chỉ có thể thực hiện ở các bệnh viện lớn, xa các vùng nông thôn nghèo.

Tuy nhiên, thu nhập trung bình của người dân còn xa mới có thể đủ khả năng chi trả cho những kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (HTSS) này nếu không có sự hỗ trợ, giúp đỡ của gia đình và người thân. Tại Thanh Hóa, chi phí trung bình cho một ca mổ NS khoảng trên dưới 7 triệu đồng, chi phí trung bình cho một ca TTON dao động từ 25- 50 triệu đồng cho một chu kỳ điều trị chưa kể các chi phí khác như ăn uống, đi lại [9]. Điều đó có nghĩa là ở các trung tâm lớn như Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh, chi phí còn đắt đỏ hơn nhiều, vượt xa chi phí có thể chi trả cho điều trị VS của một cặp vợ chồng nghèo. Tại Mỹ, theo tính toán của một số nhà khoa học, chi phí này có thể dao động từ 55000-73000 đô la Mỹ [65].

Nhưng như thế vẫn chưa hết kể cả đối với những phụ nữ VS có đủ khả năng chi trả cho chi phí cho kỹ thuật điều trị. Chẩn đoán và điều trị VS không phải là một qui trình nhanh gọn và có hiệu quả. Để có được một chẩn đoán tổng quát về nguyên



nhân gây VS, người bệnh cần phải có một thời gian dài nhất định để theo dõi và đánh giá. Thậm chí khi đã được chẩn đoán nguyên nhân do VTC, một qui trình điều trị theo đúng phác đồ khoa học cũng rất tốn kém thời gian.

Điều khó khăn nữa là cho dù có theo đuổi đúng như qui trình điều trị VS theo hướng dẫn, tỷ lệ thành công cũng chỉ có thể đạt tới trên dưới 50% [9], [36], [40], [108]. Một nghiên cứu đoàn hệ tương đối lớn của tác giả Oakley và cộng sự cho thấy 2,4% trong số 60000 phụ nữ lứa tuổi từ 40-55 vẫn còn ở trong tình trạng không có con, 1,9% đã từng có thai nhưng không giữ được [107]. Tại Thanh Hóa, 4,4% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ vẫn còn chưa có con mặc dù đã theo đuổi điều trị VS với thời gian ít nhất cũng phải 2 năm liền [29].

Chi phí cao nhưng tỷ lệ thành công lại thấp trong điều trị VS cũng là nguyên nhân quan trọng làm cho nhiều phụ nữ trên thế giới không tiếp cận được dịch vụ điều trị VS hoặc tiếp cận được nhưng điều trị không thành công. Do đó, rất nhiều phụ nữ cho đến hết độ tuổi sinh đẻ vẫn chưa có được đứa con mong ước của đời mình [29], [107], [132].

Một nguyên nhân nữa rất quan trọng làm cho người phụ nữ càng khó khăn khó tiếp cận được với kỹ thuật điều trị bởi nguyên nhân VS do người phụ nữ. Do yếu tố giới còn rất nặng nề ở Việt Nam, người phụ nữ bị VS hiếm khi được trợ giúp kinh tế từ gia đình chồng, phần lớn phải vay mượn, xin xỏ của gia đình mình. Những áp lực này càng làm cho việc tìm kiếm dịch vụ VS thường là bí mật, vì những người phụ nữ đi điều trị VS do mình mang nặng tâm lý mặc cảm, xấu hổ và cảm thấy tội lỗi, và gánh nặng kinh tế cũng là một vấn đề làm cho tỷ lệ phụ nữ bị VS được tiếp cận với dịch vụ điều trị thấp [5], [7]. Những người đàn ông và gia đình họ khi biết nguyên nhân VS do người phụ nữ, thường do dự không muốn đi điều trị, mặc cho người vợ và gia đình họ tự thu xếp lấy gánh nặng kinh tế nếu không muốn hôn nhân tan vỡ [69], [130].

Cộng thêm vào những khó khăn của người phụ nữ, điều trị VS, đặc biệt bằng những kỹ thuật HTSS không được ưu tiên cũng như không được nhận bất cứ sự hỗ trợ nào về phía bảo hiểm y tế cũng như các chương trình hỗ trợ y tế của những nước

đang phát triển. Ngay cả một số nước phát triển, VS cũng không được hưởng bất cứ hỗ trợ nào. Tuy nhiên, dường như phụ nữ ở các nước phát triển cũng không coi điều trị VS là điều quan trọng, trong khi phần lớn phụ nữ ở các nước đang phát triển lại ưu tiên điều trị VS trước hết, thậm chí còn hơn cả những bệnh lý khác của họ, mặc dù những bệnh lý này có thể dẫn đến tình trạng tồi tệ của sức khỏe thậm chí là cái chết [62], [63], [103].

Vì vậy, cũng không có gì ngạc nhiên khi chỉ trong vòng vài thập niên, một nước nghèo nhưng rất coi trọng việc có con trong một gia đình như Ai cập đã có tới trên 50 trung tâm HTSS, chưa kể tới một số trung tâm ở các trường đại học và một số bệnh viện công lập với giá cả hợp lý hơn [103].

Một nước nghèo khác nhưng tình trạng không con cái cũng không được xã hội chấp nhận như Ấn độ, từ năm 1999 đã có tới hơn 60 trung tâm HTSS, phần lớn là những trung tâm dịch vụ tư nhân. Hầu như những vấn đề liên quan đến đạo đức, luân lý và các vấn đề xã hội liên quan đến các kỹ thuật HTSS rất ít khi được thảo luận ở đây [140], [141]. Trong khi đó, theo tính toán, việc thành lập một trung tâm HTSS tối thiểu cũng tốn kém từ 400.000- 500.000 đô la Mỹ cho một trung tâm [72].

Ngay cả ở một nước mà hệ thống y tế chưa được hoàn thiện như Việt nam, chỉ 10 năm sau khi em bé đầu tiên trên thế giới ra đời bằng phương pháp TTTON năm 1978, thì kỹ thuật này đã được áp dụng thành công tại Việt nam và chỉ hơn một thập kỷ nữa, 15 trung tâm TTTON đã ra đời trên cả nước và hầu như trung tâm nào cũng đã triển khai được hầu hết các kỹ thuật HTSS hiện đại đang áp dụng trên thế giới [36].

Một nghiên cứu cho thấy rằng trong nỗ lực thậm chí đôi khi vô vọng để có thể có thai, chỉ có 51,7% phụ nữ cho biết họ đã tìm kiếm dịch vụ y tế và tư vấn của bác sỹ tại các hệ thống y tế, còn lại 19,6% cầu cứu ở các nhà thờ và các đấng thần linh, 13,7% tìm kiếm vận may ở các loại thảo dược và thuốc gia truyền, 10% đi cầu nguyện ở các nhà chùa [130].

Trong nghiên cứu của Boivin và cộng sự, tỷ lệ các cặp vợ chồng VS đến các trung tâm điều trị chỉ chiếm 42-76,3% ở các nước phát triển và 27-74,1% ở các nước đang phát triển, với tỷ lệ trung bình theo lần lượt là 56,1% và 51,1% ở các

nước phát triển và đang phát triển [45].

Vẫn còn xa vời nếu muốn cho dịch vụ điều trị VS đến được với từng người phụ nữ, vì WHO đã chỉ ra rằng mặc dù hệ thống CSSKSS tương đối nhiều và rộng khắp trên các nước đang phát triển, nhưng với chất lượng hết sức nghèo nàn kể cả về trang thiết bị và chất lượng cán bộ y tế, thậm chí những vấn đề như tỷ lệ tử vong mẹ còn cao, chỉ có 58% các bà mẹ được sinh con với sự chăm sóc của các cán bộ y tế đã từng được đào tạo thì những vấn đề được đặt ra với VS vẫn còn xa tầm tay với của hệ thống CSSKSS ban đầu [103].

Rõ ràng, người phụ nữ đã cố gắng trả bằng mọi giá khi tìm kiếm đến dịch vụ điều trị VS vì con cái đối với họ là thứ tài sản không thể thiếu được trong một gia đình, là cầu nối để đảm bảo hạnh phúc gia đình và vị thế của họ trong gia đình và xã hội.

Đã đến lúc cần cân nhắc đến những thiệt thòi mà người phụ nữ VS phải gánh chịu để đảm bảo sự bình đẳng về quyền làm mẹ của những phụ nữ, đặc biệt là những phụ nữ ở những nước thuộc thế giới thứ ba. Bởi vì người phụ nữ, đặc biệt những người phụ nữ mà nguyên nhân VS lại từ bản thân mình đang phải gánh chịu nhiều tổn thất nặng nề cả về tâm sinh lý, kinh tế và xã hội, trong khi đó sự quan tâm của xã hội về VS vẫn chưa được đầy đủ, cùng lắm chỉ mới là những kêu gọi để quan tâm hơn nữa về việc nâng đỡ tinh thần và tâm lý, hơn là sự giúp đỡ về kinh tế khi điều trị [108].

#### ***1.4.1.2. Những ảnh hưởng gây áp lực lên tinh thần và thể chất người phụ nữ***

Trên thế giới, hiện nay có khoảng 4% các cặp vợ chồng vẫn chưa có con mặc dù đã hết độ tuổi sinh đẻ [93], [102]. Trong số này, rất nhiều người không được sự hỗ trợ của xã hội một cách đúng đắn, cả về tâm lý và tinh thần cũng như chăm sóc y tế [29], [93]. Những tổn thương về mặt tâm lý và tinh thần thậm chí của họ có thể so sánh ngang với cảm giác mất mát người thân mà người ngoài không thể cảm nhận được [134].

Nhìn chung, các tác giả đều cho rằng mặc dù có nhiều điểm chung, thậm chí VS không cần biết nguyên nhân do ai, phụ nữ thường có tâm lý tuyệt vọng và chán nản hơn người chồng của họ, và có xu hướng tìm kiếm những sự hỗ trợ về tinh thần, trốn tránh những bình luận, đánh giá của xã hội hơn người bạn đời của họ rất nhiều

[7], [109].

Một khi bị VS, người phụ nữ thường rơi vào trạng thái tuyệt vọng, luôn cảm thấy chán nản buồn phiền, lo lắng, không tha thiết định hướng về tương lai và buông xuôi cho số phận [69], [109].

Sự khủng hoảng về mặt tinh thần, kèm theo thiếu sự động viên, hỗ trợ của xã hội sẽ đưa đến một trạng thái hoàn toàn ồm yếu về thể chất, tâm sinh lý, phiền muộn, âu sầu, những bệnh lý gây tổn thương nặng nề về mặt tâm lý [133], [134]. Theo nhiều nhà nghiên cứu, những ảnh hưởng tâm sinh lý này kéo dài đến hết cả cuộc đời những cặp vợ chồng bị VS và phụ nữ thường bị ảnh hưởng nặng nề hơn rất nhiều so với người đàn ông [7], [134].

Trong một nghiên cứu của Umezulike tại Nigeria, những ảnh hưởng lên tinh thần của người phụ nữ từ tình trạng VS tương đối đa dạng và nhiều mức độ: buồn chán chiếm tỷ lệ 66,7%, tức giận và thất vọng chiếm 92,9%, hôn nhân không hạnh phúc chiếm 59,5%, ân hận đau buồn chiếm 20,8%, thường xuyên cãi vã nhau chiếm 7,7% và đánh nhau với chồng chiếm 5,4%. Có tới 69% phụ nữ cho rằng tình trạng VS là một tình trạng tồi tệ nhất mà người phụ nữ có thể gặp phải, và có tới 10% muốn tự tử vì tình trạng VS của mình [130]. Cũng chính vì bị áp ực và lo lắng bởi tình trạng VS mà có tới 17,3% phụ nữ bị bệnh cao huyết áp, 8,9% bị trầm cảm, 1,8% phát triển những vết loét đường tiêu hóa mặc dù trước đó, những người phụ nữ này không có vấn đề gì về sức khỏe [130].

Đó là những dấu hiệu của sự mất cân bằng cả về trạng thái sinh lý và tinh thần của người phụ nữ những người bị VS, đặc biệt VS lại do nguyên nhân từ người phụ nữ. Tất nhiên, sự mất cân bằng này trầm trọng hay không trầm trọng rất khác nhau cả về mức độ thất vọng, chán nản, lo âu và hoàn toàn phụ thuộc vào khả năng tự điều chỉnh của từng người phụ nữ sống trong từng gia đình, tùy từng bối cảnh xã hội và điều kiện VS cụ thể cũng như những hy vọng về khả năng điều trị có thể có con hay không [61], [134].

Người phụ nữ để đối diện với vấn đề khó khăn này thường là có nhiều phản ứng ở những mức độ khác nhau như một số tác giả đã đề cập trong các nghiên cứu

tổng quan về tác động của VS trong cuộc sống [57], [115].

Một số có phản ứng tích cực là tìm kiếm những mối liên hệ đồng cảnh và chấp nhận tình trạng không có con, thay vào đó là những hoạt động tích cực để những phiền muộn vì không có con không có cơ hội làm họ bị sang chấn tinh thần. Đặc biệt, những phụ nữ có niềm tin rằng tình trạng VS của mình là do một đấng tối cao qui định thì những phụ nữ này có xu hướng tự cân bằng trạng thái VS của mình tốt hơn những người phụ nữ khác và họ cho rằng niềm vui để cân bằng trạng thái VS của mình là giúp đỡ những đứa trẻ của những người phụ nữ khác, do đó, họ dễ dàng chấp nhận tình trạng VS của mình và có thái độ sống tích cực hơn [117].

Tuy nhiên những phản ứng tích cực như thế ít gặp ở những phụ nữ sống ở những nước châu Á và những nước ở thế giới thứ ba, những nước mà tình trạng không con cái là điều không chấp nhận được. Những phụ nữ ở những nước này có xu hướng bị những tình cảm và phương thức tiêu cực làm trầm trọng hơn sang chấn tinh thần và ảnh hưởng nặng nề tới sức khỏe. Họ thường sống khép kín, thu mình, tránh những mối quan hệ trong cộng đồng và xã hội, đặc biệt những nơi hay nhắc đến vấn đề nhạy cảm là con cái [93].

Như vậy, phản ứng của từng cá nhân phụ nữ phụ thuộc vào quan niệm của từng cá nhân, gia đình và xã hội về tầm quan trọng của đứa con trong cộng đồng xã hội mà người phụ nữ đang sinh sống, đặc biệt là phản ứng của người chồng của họ đối với tình trạng VS. Tuy nhiên, tại Việt Nam, hiện không có nhiều nghiên cứu đi sâu vào lĩnh vực này. Nếu có chỉ là những nghiên cứu chung về ảnh hưởng của VS nói chung lên các cặp vợ chồng nhưng cũng tương đối ít [5], [7].

#### **1.4.2. Những ảnh hưởng do áp lực từ người chồng, gia đình, cộng đồng, xã hội và tôn giáo đến người phụ nữ**

Các nghiên cứu nhận thấy có mối liên hệ rất chặt chẽ về khả năng tự cân bằng tâm sinh lý của người phụ nữ bị VS với những yếu tố bên ngoài (tiêu cực hay tích cực), đặc biệt là những ảnh hưởng từ gia đình, người thân và cộng đồng, xã hội. Trong đó, ảnh hưởng của người bạn đời và gia đình là hai yếu tố quan trọng nhất có thể giúp người phụ nữ có khả năng cân bằng tình trạng tâm sinh lý hoặc làm nặng

nề thêm tình trạng khủng hoảng của người phụ nữ bị VS [46], [96].

Một số nhà nghiên cứu đã cho thấy rằng những phụ nữ có khả năng tự điều chỉnh tình trạng VS của mình tương đối kém là những người mà hầu như sự ủng hộ về phía gia đình, xã hội và kể cả người chồng cũng có ít thiện chí [96], [117].

Trong một nghiên cứu tại Nigeria, có 67,3% phụ nữ cho biết họ bị áp lực rất lớn về mặt tinh thần bởi chưa thể có khả năng có con, trong đó áp lực nhiều nhất là từ phía người chồng của họ (26%), từ bạn bè (24%), gia đình bên chồng (11,5%) và gia đình của bản thân họ (7,6%). Trong số những người này, luôn nhòm ngó xem họ có dấu hiệu có thai không chiếm 38%, hỏi thẳng họ đã có thai hay chưa chiếm 9% và tỏ ra thất vọng, buồn phiền, cô lập người phụ nữ khi họ chưa mang thai chiếm 10% [130].

Cùng trong một nghiên cứu tương tự, các tác giả thống kê thấy chấn thương tinh thần mà người phụ nữ VS phải chịu đựng lớn nhất là thái độ quan điểm của chính người chồng. Một nghiên cứu cho thấy, trong số những ông chồng của bà vợ bị VS, 39,9% có quan hệ ngoài luồng với những phụ nữ khác ngoài hôn nhân, 23,8% có kế hoạch cưới thêm vợ, 13,1% đã kết hôn với người phụ nữ khác và 12,5% có kế hoạch ly hôn với người vợ bị VS của mình [96].

Cho dù người phụ nữ bị VS có khả năng đối diện với vấn đề khủng hoảng tâm sinh lý của mình tốt như thế nào đi chăng nữa, sự hỗ trợ của gia đình, cộng đồng và những người xung quanh vô cùng quan trọng. Họ có thể có được niềm tin ở tương lai nếu có sự động viên hỗ trợ về tinh thần, họ cũng có thể bị nhấn chìm hơn vào sự khủng hoảng nếu thiếu đi sự hỗ trợ cần thiết hoặc nếu cảm thấy những sự hỗ trợ đó có tác dụng ngược lại sẽ làm cho tình trạng khủng hoảng tinh thần của họ thêm trầm trọng hơn [93], [134].

Bên cạnh đó, một số tác giả cho rằng vấn đề VS ảnh hưởng đến tâm lý phụ nữ không chỉ dừng lại ở trạng thái mất cân bằng tâm sinh lý, mà còn rất khó làm cho người phụ nữ tập trung vào công việc, hòa đồng với cộng đồng, bởi bản thân họ cảm thấy tổn thương ghê gớm ở tình trạng VS của mình, đặc biệt nếu môi trường họ sống lại là nơi con cái là mối quan tâm hàng đầu của từng gia đình và xã hội [55]. Ngược lại, bản thân việc ngại tiếp xúc với cộng đồng lại làm cho phụ nữ ngày càng

mất tự tin và làm cho trạng thái mất cân bằng tâm sinh lý thêm trầm trọng.

Do vậy, những phụ nữ bị VS rất cần sự sẻ chia không những của bản thân người chồng, gia đình mà còn cần sự chia sẻ, cảm thông ở cộng đồng xã hội nơi chính họ đang chung sống. Cần có sự giúp đỡ từng bước để người phụ nữ dần chấp nhận đương đầu được với tình trạng VS mà mình đang phải đối diện. Tuy nhiên, nhiều tác giả cho rằng ngay phương pháp giúp đỡ người phụ nữ cũng phải rất thận trọng để người phụ nữ không bị tác dụng ngược lại của sự quan tâm của cộng đồng [134].

Cũng chính quan niệm của xã hội về khả năng sinh đẻ của người phụ nữ là một trong những gánh nặng tinh thần đưa đến áp lực buộc người phụ nữ phải có con bằng mọi giá. Vấn đề này rất khác nhau ở từng xã hội và phản ánh mối liên quan chặt chẽ với các yếu tố về nhân chủng học, kinh tế địa lý, gia đình, chính sách y tế và các yếu tố có liên quan đến pháp lý. Ở những nước thuộc Trung Á, người ta thấy những quan điểm về văn hóa rất cân nhắc trong vấn đề VS [72].

Nghiên cứu của Jordan và cộng sự cho rằng hệ thống CSSKSS ban đầu thường là nơi người phụ nữ dễ tiếp cận nhất và cũng là nơi người ta có thể bộc lộ được nhiều nhất những suy nghĩ, cảm xúc và những triệu chứng kể cả về sức khỏe, tâm lý và tinh thần. Do đó, rất thiết thực và hiệu quả nếu hệ thống này được đầu tư hợp lý về những điều trị ban đầu trong đó có cả điều trị những sang chấn tâm lý ở mức độ từng cá nhân trước khi có những điều trị can thiệp cụ thể [89].

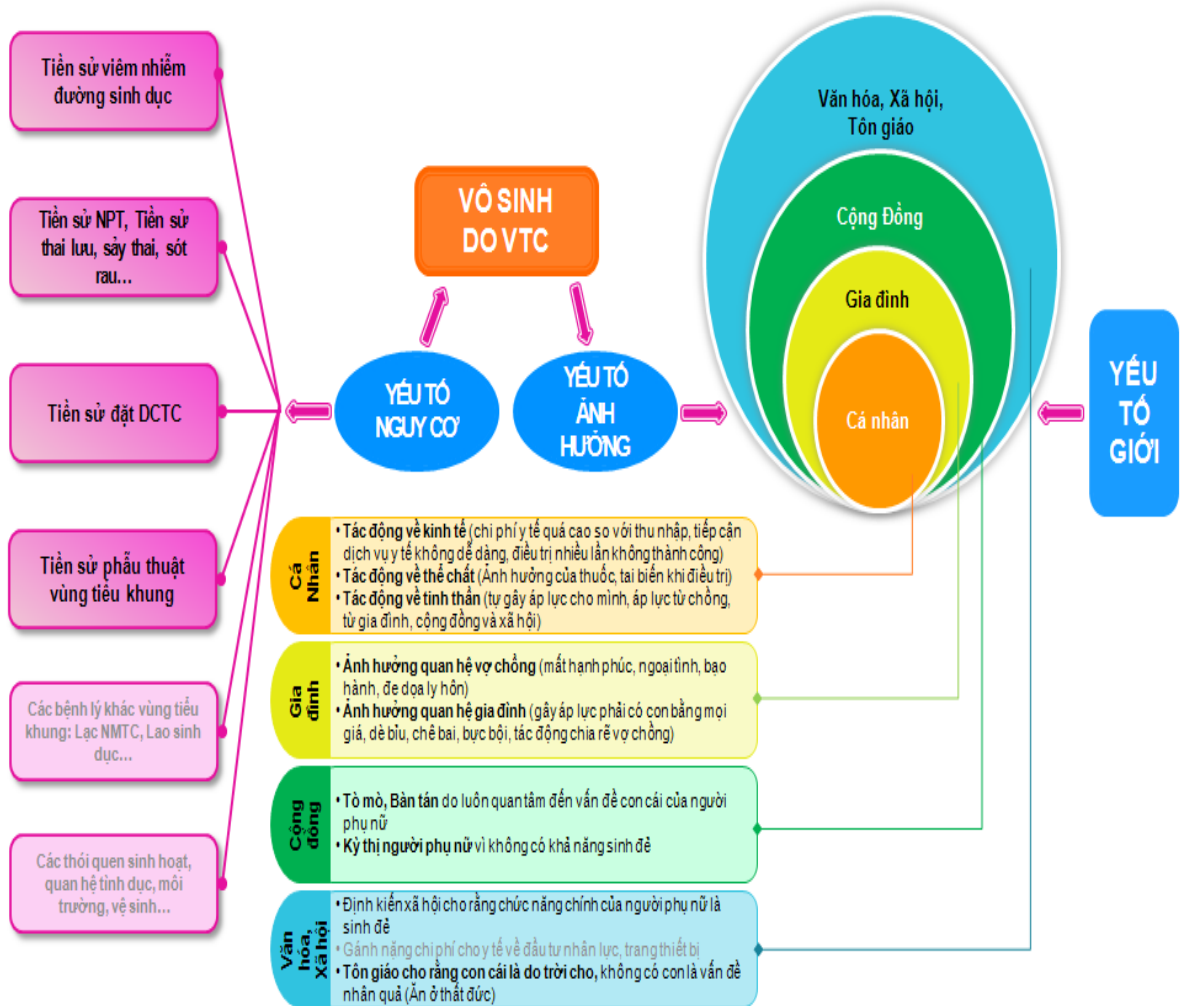
Nhưng dù sao, VS cũng là một tình trạng diễn biến tâm lý mang tính chất lâu dài, khó kiểm soát nên khó mà đánh giá về ảnh hưởng của nó đối với một người phụ nữ bị VS. Cần có thêm nhiều nghiên cứu mang tính chất chuyên nghiệp mới có thể đánh giá được thực chất của vấn đề mang tầm quan trọng đến mức độ nào [38]. Những nghiên cứu như thế còn đang hiếm gặp ở Việt Nam.

## **1.5. PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN DỪNG TRONG NGHIÊN CỨU**

### **1.5.1. Khung lý thuyết dùng trong nghiên cứu**

Khung lý thuyết dùng cho nghiên cứu theo sơ đồ 1.1 được kết hợp từ 2 mô hình: Mô hình các yếu tố nguy cơ trong module 12 của trường Đại học John

Hopkins [131] kết hợp với mô hình sinh thái với các yếu tố tác động ảnh hưởng qua lại của VS đến người phụ nữ.



### Sơ đồ 1.1. Khung lý thuyết dùng trong nghiên cứu

Theo sơ đồ 1.1, nghiên cứu đánh giá hai vấn đề đã được đặt ra: (1) yếu tố nguy cơ trong tiền sử sản phụ khoa có thể gây VS do VTC và (2) VS do VTC ảnh hưởng như thế nào đến bản thân những phụ nữ bị VS do VTC. Hai phương pháp tiếp cận được áp dụng là nghiên cứu định lượng (bệnh- chứng) và nghiên cứu định lượng (phỏng vấn sâu).

Nghiên cứu định lượng nhằm phân tích mối liên quan một số yếu tố nguy cơ trong tiền sử (TS) sản phụ khoa của người phụ nữ với VS do nguyên nhân VTC.

Nghiên cứu định tính nhằm đánh giá những ảnh hưởng của vô sinh do VTC đến người phụ nữ từ những áp lực của bản thân người phụ nữ liên quan đến gánh



nặng của chi phí y tế, ảnh hưởng về mặt thể chất, tinh thần đến người phụ nữ trong quá trình điều trị VS và những áp lực đến từ những yếu tố khác như chồng, gia đình, cộng đồng, định kiến văn hóa, xã hội và tôn giáo ảnh hưởng đến người phụ nữ bị VS do VTC như thế nào.

### **1.5.2. Phương pháp tiếp cận đối với nghiên cứu định lượng**

Như phần tổng quan đã cho thấy, có nhiều yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng đến cơ chế bệnh sinh của vô sinh do tắc VTC, bao gồm các yếu tố về tiền sử (TS) bệnh tật của người phụ nữ, TS viêm nhiễm, TS phẫu thuật vùng tiểu khung, TS có thủ thuật can thiệp buồng TC như NPT, nạo sót rau sau sảy đẻ, nạo thai lưu, đặt DCTC, TS viêm nhiễm đường sinh dục, các thói quen sinh hoạt và số bạn tình, môi trường và điều kiện sống... Như vậy, VS do tắc VTC là một bệnh có thể do nhiều yếu tố đưa đến. Khả năng tác động của từng yếu tố nguy cơ tiềm tàng lên VS do tắc VTC còn đang được tranh cãi và có một số yếu tố chưa rõ ràng.

Thực tế, đã có nhiều tác giả nghiên cứu các yếu tố nguy cơ bằng các phương pháp tiếp cận khác nhau để có thể rút ra nhiều kết luận có ý nghĩa thực tiễn, trong đó nhiều nhất là phương pháp nghiên cứu bệnh chứng. Ví dụ nghiên cứu về mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và VS [127], mối liên quan giữa TS NPT và VS [32], [129]; mối liên quan giữa nhiễm Chlamydia và VS do nguyên nhân VTC [92], [120]; mối liên quan giữa TS mổ lấy thai và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC [116]. Cũng có một số tác giả tiến hành nghiên cứu đoàn hệ hoặc tiến cứu, tương đối tốn kém cả về nhân lực và thời gian [64], [126], hoặc một số ít tác giả tiếp cận bằng nghiên cứu mô tả cắt ngang [41], [144].

Tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu đi sâu vào một nguyên nhân VS cụ thể như là VS do nguyên nhân VTC chưa nhiều. Có một vài nghiên cứu như của TH Dũng là nghiên cứu mô tả [6], còn PH Tuấn và cộng sự cũng tiếp cận theo phương pháp bệnh chứng khi nghiên cứu mối liên quan giữa VS và TS NPT [32].

Như vậy, nghiên cứu bệnh chứng là phương pháp tiếp cận hợp lý nhất để đánh giá các yếu tố nguy cơ [60], [113], [121] (xem thêm bảng 2, phần phụ lục).

Đối với nghiên cứu bệnh chứng, lý tưởng nhất là cân nhắc đến tất cả các yếu tố nguy cơ tiềm tàng có thể làm tăng khả năng VS do VTC [113].

Tuy nhiên, vì những lý do thực tế, một nghiên cứu thật chính xác và rõ ràng, thu thập đầy đủ tất cả các yếu tố được cho là yếu tố nguy cơ khó có thể khả thi do gánh nặng của việc thiết kế, lựa chọn nhóm nghiên cứu, đặc biệt là nhóm chứng và thu thập số liệu trong đối tượng nghiên cứu. Đây cũng là một trong những hạn chế của nghiên cứu bệnh chứng ngoài những hạn chế thường gặp của nghiên cứu hồi cứu.

Trong khuôn khổ của đề tài NCS, nghiên cứu này phù hợp với thiết kế nghiên cứu bệnh chứng, và chỉ đi sâu vào một số yếu tố nguy cơ nhất định liên quan tiền sử sản phụ khoa của người phụ nữ. Việc có hay không mối liên quan giữa các yếu tố thuộc về tiền sử sản phụ khoa như tiền sử (TS) viêm nhiễm đường sinh dục (VSD), TS nạo phá thai (NPT), TS tránh thai bằng đặt dụng cụ tử cung (DCTC), TS các phẫu thuật vùng tiểu khung với VS do nguyên nhân VTC vẫn còn đang là vấn đề gây tranh cãi.

Nghiên cứu để xác định những yếu tố này có phải là yếu tố nguy cơ cho VS do VTC hay không rất quan trọng, vì đây là những nguyên nhân VS mắc phải nên có thể cảnh báo trước, có thể phòng tránh được, đặc biệt là tầm quan trọng của việc kiểm soát tốt viêm nhiễm và các thủ thuật, phẫu thuật trên phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại hệ thống y tế tuyến cơ sở [37], [111], [131], [137].

Nghiên cứu cũng thu thập thêm những thông tin về chứng cứ y học hiện tại như tình trạng viêm nhiễm đường sinh dục (VSD) vào thời điểm thăm khám và kết quả mổ nội soi để đánh giá sự sai lệch thông tin và bổ sung vào giả thuyết nghiên cứu bằng cơ sở thực tiễn. Những yếu tố về nhân khẩu học cũng được phân tích để đánh giá xem những yếu tố này có là thực sự là nguy cơ VS cho VTC cho tất cả các phụ nữ ở các môi trường sinh thái và các yếu tố kinh tế xã hội khác nhau hay không.

### **1.5.3. Phương pháp tiếp cận đối với nghiên cứu định tính**

Thiết kế nghiên cứu giai đoạn 2 là thiết kế nghiên cứu định tính để đánh giá những ảnh hưởng tác động đến cuộc sống của người phụ nữ bị VS. Nhìn chung, để đánh giá những ảnh hưởng này, những nghiên cứu định tính chỉ ra một cách rõ ràng hậu quả những ảnh hưởng này đã tác động đến những cặp vợ chồng bị VS như thế

nào, đặc biệt ảnh hưởng lên người phụ nữ, rõ ràng hơn rất nhiều so với những nghiên cứu định lượng do một số các tác giả khác tiến hành [46], [78].

Tác giả Cousineau và cộng sự khi xem xét lại 24 nghiên cứu có liên quan đến những tác động về mặt tâm lý và tinh thần đến những cặp vợ chồng vô sinh cho thấy rằng mặc dù có những sai sót về mặt phương pháp luận, tuy nhiên có tới hai phần ba trong số những nghiên cứu này chỉ ra được mối liên hệ rất có ý nghĩa thống kê giữa giữa tình trạng chán thương tâm lý và VS [54], ngoại trừ một vài nghiên cứu định lượng đánh giá mối liên quan giữa những ảnh hưởng về tinh thần đến kết quả điều trị VS [95]. Phần lớn những nghiên cứu này đều đánh giá dựa trên những ảnh hưởng liên quan đến các yếu tố tâm lý có nguồn gốc từ những sang chấn về tâm thần và những giả thuyết về cách đối diện với vấn đề sang chấn tâm lý sau đó ứng dụng vào tình trạng VS cụ thể để đánh giá xem VS có thể được chấp nhận như là một tình trạng sang chấn cũng như những yếu tố có thể làm cản trở cho trạng thái cân bằng về tinh thần của những bệnh nhân VS [70]. Một số nghiên cứu dựa vào những thang đo như Fertility Adjustment Scale (FAS) [96], the SCL-90-R (một phương pháp đo lường hội chứng sang chấn tâm lý ở phụ nữ và nam giới [63]).

Tuy nhiên, không giống như những sang chấn tâm lý khác, VS được nhiều nhà nghiên cứu cho rằng không những đây là tình trạng sang chấn tâm lý kéo dài và khó kiểm soát mà còn có thể phát triển thành một cuộc khủng hoảng tâm lý kéo dài đến suốt đời [78], [102]. Thực tế, nhiều nghiên cứu khi phân tích những yếu tố sang chấn tâm lý trong bệnh nhân VS đã dựa vào khung lý thuyết của những sang chấn tâm lý chung từ đó tìm ra những điểm khác biệt cho bệnh nhân VS. Nói một cách khác, cách tiếp cận của những phương pháp luận trong nghiên cứu về VS trên thế giới đều dựa trên cách tiếp cận của những sang chấn về tâm lý chung (xem thêm bảng 3, phần phụ lục).

Tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá về VS không nhiều, chủ yếu là những nghiên cứu có liên quan đến các kỹ thuật điều trị và tỷ lệ thành công. Cũng có một vài nghiên cứu đánh giá về ảnh hưởng VS nhưng còn ít và cũng sử dụng các phương pháp tiếp cận chủ yếu bằng phương pháp nghiên cứu định tính (phỏng vấn

sâu và thảo luận nhóm) [5], [7].

Nghiên cứu này cũng dựa vào cách tiếp cận trong một tình trạng sang chấn tâm lý chung sau đó phát triển thêm những mối quan tâm đặc biệt về VS. Vì tính nhạy cảm của đề tài và sự khác biệt về yếu tố địa lý đa dạng tại Thanh Hóa, để thu thập những yếu tố ảnh hưởng đến người phụ nữ bị VS là những yếu tố mang tính chất riêng tư nên phỏng vấn sâu là phương pháp thích hợp để có thể thu được tối đa những thông tin liên quan đến chủ đề nhạy cảm [82]. Tuy nhiên, do đây là đề tài nghiên cứu định tính lần đầu tiên được thực hiện tại Thanh Hóa và đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân đến khám tại bệnh viện, do đó chưa thực hiện được những tiêu chuẩn đo lường để đánh giá được mức độ ảnh hưởng của vô sinh đến người phụ nữ một cách chuẩn mực.

Thảo luận nhóm cũng là phương pháp tiếp cận được nhiều tác giả lựa chọn. Tuy nhiên, là một bác sỹ lâm sàng trực tiếp điều trị cho những phụ nữ bị VS, NCS nhận thấy phỏng vấn sâu là phương pháp tiếp cận thích hợp hơn, người phụ nữ cũng dễ dàng bộc lộ cảm xúc của mình hơn, nhất là khi phương pháp phỏng vấn sâu được tiến hành song song trong quá trình điều trị [89]. Đây cũng là một phương pháp phát huy thế mạnh của bác sỹ lâm sàng để khắc phục những điểm yếu trong một nghiên cứu định tính liên quan nhiều đến vấn đề tâm lý học.

## **Chương 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Để phục vụ cho 2 mục tiêu nghiên cứu đã đề ra, luận án chia ra làm 2 giai đoạn dựa trên đối tượng nghiên cứu được lựa chọn tại bệnh viện Phụ sản Thanh hoá: giai đoạn 1 là nghiên cứu lượng (bệnh chứng (case- control study)) tiến hành từ tháng 8/2007 đến tháng 7/2009 và giai đoạn 2 là nghiên cứu định tính (phỏng vấn sâu (in depth- interview)) tiến hành tháng 12/2009 đến tháng 5/2010.

#### **2.2. NGHIÊN CỨU ĐỊNH LƯỢNG**

##### **2.2.1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu**

###### **2.2.1.1. Thiết kế nghiên cứu:**

Nghiên cứu bệnh chứng (case- control study) có ghép cặp cơ bản theo nhóm tuổi với tỷ lệ 1 bệnh: 1 chứng

###### **2.2.1.2. Đối tượng tham gia nghiên cứu**

###### **\* Tiêu chuẩn lựa chọn**

###### **Đối tượng lựa chọn nhóm bệnh:**

- Là những phụ nữ đến điều trị VS tại khoa Hỗ trợ sinh sản (HTSS)- BVPS Thanh Hóa từ tháng 8/2007 đến tháng 7/2009 đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

- Được chẩn đoán là VS do nguyên nhân VTC từ kết quả chụp TC-VTC và đã được mổ NS phù hợp với chẩn đoán (tắc, dính, ú nước cả 2 VTC)

- Cam kết tự nguyện tham gia nghiên cứu.

###### **Đối tượng lựa chọn nhóm chứng:**

- Là những phụ nữ có thai tự nhiên, không liên quan đến các phương pháp điều trị VS, đến khám thai định kỳ tại Khoa Khám bệnh- BVPS Thanh Hoá.

- Cùng nhóm tuổi với nhóm bệnh, cùng thời điểm với thời điểm lựa chọn nhóm bệnh.

- Cam kết tự nguyện tham gia nghiên cứu.

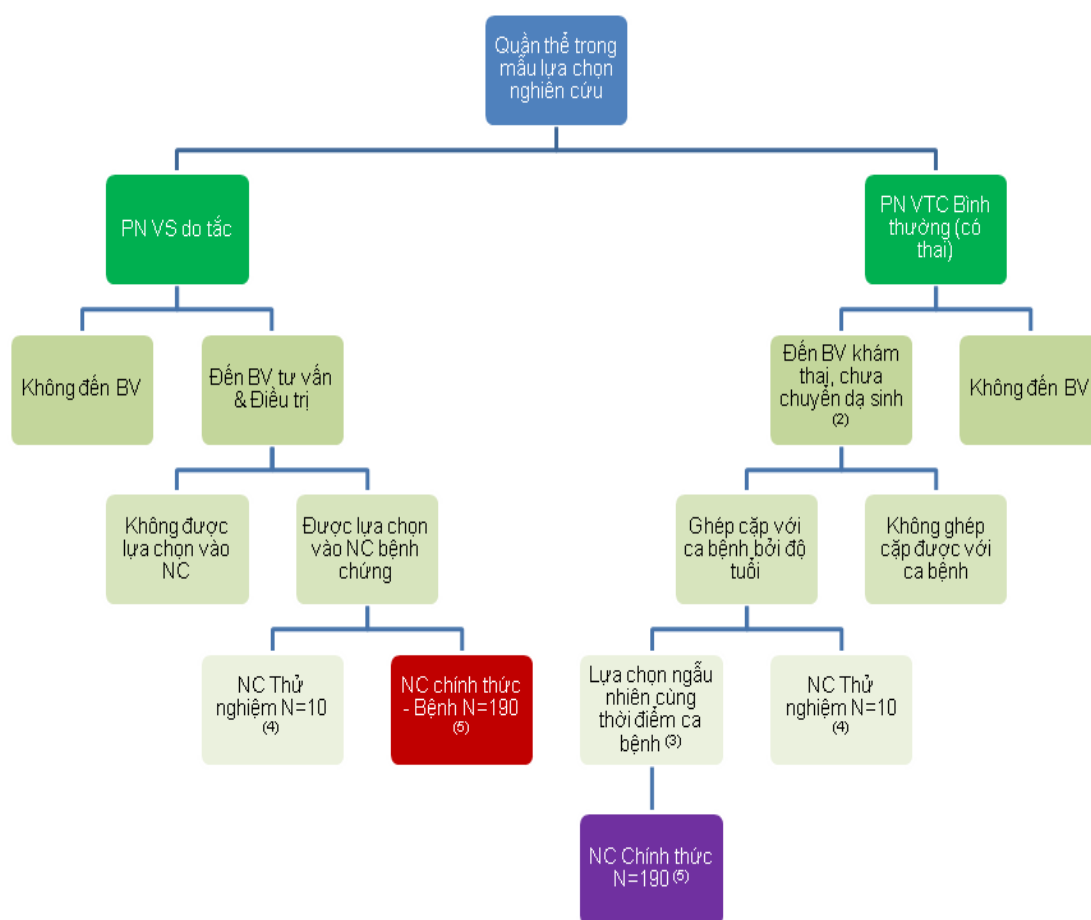
Mỗi khi có ca bệnh được lựa chọn tại khoa HTSS, một ca chứng khác có cùng nhóm tuổi với ca bệnh ( $\pm 2$  năm) tại khoa Khám bệnh, sẽ được lựa chọn. Nếu có trường hợp nào từ chối tham gia nghiên cứu, ca tiếp theo đáp ứng được những tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu sẽ được chọn tiếp theo.

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đạt một trong những tiêu chí của đối tượng nghiên cứu
- Có rối loạn tâm thần hoặc đang có các bệnh nội ngoại khoa cấp tính
- Có phẫu thuật tại VTC như mổ GEU, thắt cắt VTC, mổ tạo hình VTC, di dạng sinh dục

#### 2.2.1.3. Quy trình tuyển chọn đối tượng tham gia nghiên cứu

Các bước của quy trình tuyển chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu :



Sơ đồ 2.1: Sơ đồ lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu định lượng

#### 2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được chọn ngẫu nhiên trong số bệnh nhân đến khám tại BVPS Thanh Hoá trong thời gian từ tháng 08/2007 cho đến khi đủ cỡ mẫu cần nghiên cứu vào tháng 7/2009.

Các thông số dùng để ước tính cỡ mẫu bao gồm tỷ suất chênh (OR), tỉ lệ vô

sinh do VTC trong quần thể những phụ nữ vô sinh chung. Công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu bệnh chứng được xác định như sau [49]:

$$n = \frac{(1+r)2C}{r(\ln OR)^2 p(1-p)}$$

Trong đó  $C = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$

$r$  = Tỷ lệ bệnh/chứng. Trong nghiên cứu này, sử dụng cỡ mẫu trong nhóm bệnh bằng với nhóm chứng. Do đó,  $r = 1$

OR: Tỷ suất chênh, chọn OR = 2

$p$ : tỉ lệ vô sinh do VTC trong quần thể những phụ nữ VS chung. Do chưa có số liệu chính thức của tỉ lệ này, chọn  $p = 0,5$ .

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ , tương ứng với độ tin cậy 95%.

$Z_{\beta} = 1,2816$ , tương ứng với power 90%.

Tính toán được  $n = 350$ .

Để dự phòng những trường hợp không đủ dữ liệu để phân tích, chọn thêm 10% đối tượng. Kết quả cho  $n = 385$ , làm tròn 380.

Như vậy, sẽ chọn 190 phụ nữ cho nhóm bệnh và 190 phụ nữ cho nhóm chứng.

### **2.2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu**

#### **2.2.3.1. Thu thập số liệu từ thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng**

Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn theo tiêu chí phù hợp và tuân theo qui trình thu thập số liệu qua các bước thăm khám, xét nghiệm cận lâm sàng và hỏi bệnh, thu thập thông tin từ hồ sơ.

Qui trình thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng:

- Thăm khám bằng mỏ vịt và bằng tay qua đường âm đạo để đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn đường sinh dục hiện tại
- Gửi mẫu dịch âm đạo soi tươi để xác định loại vi khuẩn gây bệnh
- Gửi mẫu dịch âm đạo làm test nhanh tìm phản ứng với Chlamydia
- Siêu âm xác định TC và 2 phần phụ
- Các xét nghiệm cơ bản để loại trừ các bệnh lý nội ngoại khoa nếu có

### **2.2.3.2. Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án**

- Kết quả chụp TC-VTC
- Kết quả phẫu thuật mổ NS

### **2.2.3.3. Thu thập số liệu từ phỏng vấn**

NCS trực tiếp tham gia phỏng vấn 100% đối tượng nghiên cứu theo bộ công cụ thu thập số liệu đã được chuẩn bị sẵn để đảm bảo sự thống nhất về các thông tin cần thu thập tại phòng riêng được bố trí tại khoa HTSS. Các cuộc phỏng vấn của hai nhóm nghiên cứu đều được thu xếp ưu tiên thuận tiện tối đa cho đối tượng tham gia nghiên cứu sau khi thu thập kết quả thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng.

Trong quá trình phỏng vấn, chỉ có đối tượng phỏng vấn, không có mặt của người nhà hoặc chồng và đã được chấp thuận từ phía đối tượng nghiên cứu và người nhà. Không có đối tượng tham gia phỏng vấn nào từ chối bất cứ câu hỏi nào trong bộ câu hỏi thu thập số liệu đã được chuẩn bị sẵn.

### **2.2.4. Các biến số nghiên cứu**

#### **2.1.4.1. Biến số phụ thuộc**

- VS do VTC: dựa vào kết quả chụp TC-VTC và kết quả mổ NS
- VTC bình thường: Các trường hợp có thai tự nhiên đến khám định kỳ

#### **2.1.4.2. Biến số độc lập**

##### **\* Những đặc điểm về nhân khẩu học**

- Tuổi: tính theo năm dương lịch, phân nhóm tuổi theo tiêu chuẩn quốc tế ( $\leq 24$ , 25-29, 30-34, 35-39,  $\geq 40$ ).

- Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu: theo các nhóm (không biết chữ, tiểu học, trung học cơ sở (THCS), trung học phổ thông (THPT), trên THPT (đại học, cao đẳng, trung cấp chuyên nghiệp).

- Nơi ở: thành thị, nông thôn hay miền núi (được phân chia theo khu vực hành chính của tỉnh Thanh Hóa)

- Nghề nghiệp: phân theo nhóm căn cứ theo Tổng cục thống kê: Cán bộ công chức, công nhân và nhóm nghề khác.

- Dân tộc: dân tộc Kinh và dân tộc thiểu số



- Điều kiện kinh tế: đối tượng nghèo (căn cứ theo chuẩn nghèo được cấp thẻ hộ nghèo) và bình thường hoặc trên mức bình thường.

**\* Tiền sử phụ khoa**

- TS viêm nhiễm đường sinh dục (VSD): dựa vào tiền sử có 3 triệu chứng chính: đau vùng chậu, ra khí hư bất thường, hôi, có thể có sốt. Hoặc dựa vào sổ khám bệnh, đơn thuốc đã được khám và chẩn đoán trước đó nếu có.

- Thời gian bị VSD.

- Số đợt bị VSD.

**\* Tiền sử sản khoa**

- Số lần có thai: Tổng số lần mang thai bao gồm đẻ, phá thai, thai lưu, sảy thai

- Tiền sử NPT: bao gồm cả thai bệnh lý và thai ngoài ý muốn, gồm có: số lần NPT, tuổi thai vào thời điểm NPT, địa điểm NPT, trình độ người NPT, có hay không tai biến sau NPT, có hay không dùng kháng sinh sau NPT.

**\* Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung:** Bao gồm các phẫu thuật vùng tiểu khung như mổ lấy thai, mổ viêm phúc mạc ruột thừa, mổ các khối u phụ khoa. Loại trừ các phẫu thuật mổ liên quan đến VTC như tạo hình hoặc thắt cắt VTC, mổ cắt VTC do GEU.

**\* Tiền sử áp dụng BPTT bằng đặt DCTC:** Số lần đặt DCTC, thời gian, địa điểm và người đặt DCTC

**\* Các biến dùng để so sánh đánh giá những hạn chế của nghiên cứu hồi cứu:**

- Tình trạng viêm nhiễm hiện tại: đánh giá qua thăm khám, soi tươi dịch âm đạo tìm vi khuẩn gây bệnh và xét nghiệm Chlamydia bằng phương pháp miễn dịch sắc ký

- Tình trạng VTC sau khi mổ NS

**2.2.5. Câu hỏi nghiên cứu**

***Có hay không mối liên quan giữa các yếu tố: tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục, tiền sử NPT, tiền sử đặt DCTC tránh thai, và tiền sử các phẫu thuật vùng tiểu khung (trừ các vết mổ trên VTC) với VS do nguyên nhân VTC?***

Các giả thuyết về mối liên quan sẽ được cho là có ý nghĩa thống kê ở mức độ

95% khoảng tin cậy (KTC), 5% sai lầm loại 1 với two-tailed test. Yếu tố nguy cơ được cho là có mối liên quan với bệnh khi giá trị p có ý nghĩa thống kê ( $<0,05$ ) và tỷ suất nguy cơ (OR)  $>1,5$

#### **2.2.6. Kiểm định tính giá trị của công cụ nghiên cứu với các chuyên gia (Face-validity) và nghiên cứu thử nghiệm**

Bộ câu hỏi dùng để thu thập số liệu phục vụ cho nghiên cứu được góp ý của giáo viên hướng dẫn, và thống nhất đồng ý cho tiến hành nghiên cứu.

Bộ công cụ thu thập số liệu đã được thử nghiệm trên 20 ca bệnh và 10 ca chứng để kiểm tra sự rõ ràng và tính khả thi của các câu hỏi, đặc biệt là nhóm chứng.

Phân tích số liệu của nhóm bệnh nhân thử nghiệm cũng đã đánh giá tính khả thi khi phân tích số liệu với các giả thuyết. Những kinh nghiệm rút ra từ kết quả thử nghiệm đã được áp dụng chỉnh sửa lại trên bộ công cụ thu thập số liệu, đồng thời cũng đã ước tính được tỷ lệ chấp nhận và từ chối nghiên cứu, tỷ lệ từ chối hoặc bỏ câu trả lời để số cỡ mẫu cần thiết khi làm nghiên cứu chính thức.

#### **2.2.7. Nhập, xử lý và phân tích số liệu**

- Số liệu được phân tích với phần mềm Stata 10.0 (Stata Corporation, College Station, TX, USA).

- Sử dụng phân tích đơn biến để tìm hiểu mối liên quan giữa các nhóm yếu tố nguy cơ đối với vô sinh do VTC bằng cách tính toán và phân tích tỉ suất chênh (Odd Ratio: OR) trong nghiên cứu.

- Sử dụng hồi quy đa biến logistic để phân tích các yếu tố liên quan trong từng nhóm yếu tố nhằm tìm ra các yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê.

- Cuối cùng, sử dụng hồi quy đa biến logistic cho tất cả các biến là yếu tố nguy cơ để tìm ra mô hình liên quan đến nguy cơ VS do VTC. Sử dụng phương pháp maximum likelihood estimation trong mô hình hồi quy logistic và test likelihood ratio để kiểm định ý nghĩa thống kê, các test thống kê được xem như có ý nghĩa khi giá trị p  $<0,05$  [60].

#### **2.2.8. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu**

- Các đối tượng được giải thích về mục đích nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện.

- Đảm bảo bí mật danh tính và thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu.
- Kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## 2.3. NGHIÊN CỨU ĐỊNH TÍNH

### 2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Phỏng vấn sâu (indepth- interview)

### 2.3.2. Cỡ mẫu và đối tượng tham gia nghiên cứu

\* **Đối tượng nghiên cứu:** Những phụ nữ nhóm bệnh đã tham gia nghiên cứu ở giai đoạn 1.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Lựa chọn có mục đích đối tượng nghiên cứu dựa theo độ tuổi và kết quả điều trị, phỏng vấn thực hiện trong thời gian từ tháng 12/2009 đến tháng 5/2010.

- Đồng ý trả lời phỏng vấn

#### Tiêu chuẩn loại trừ

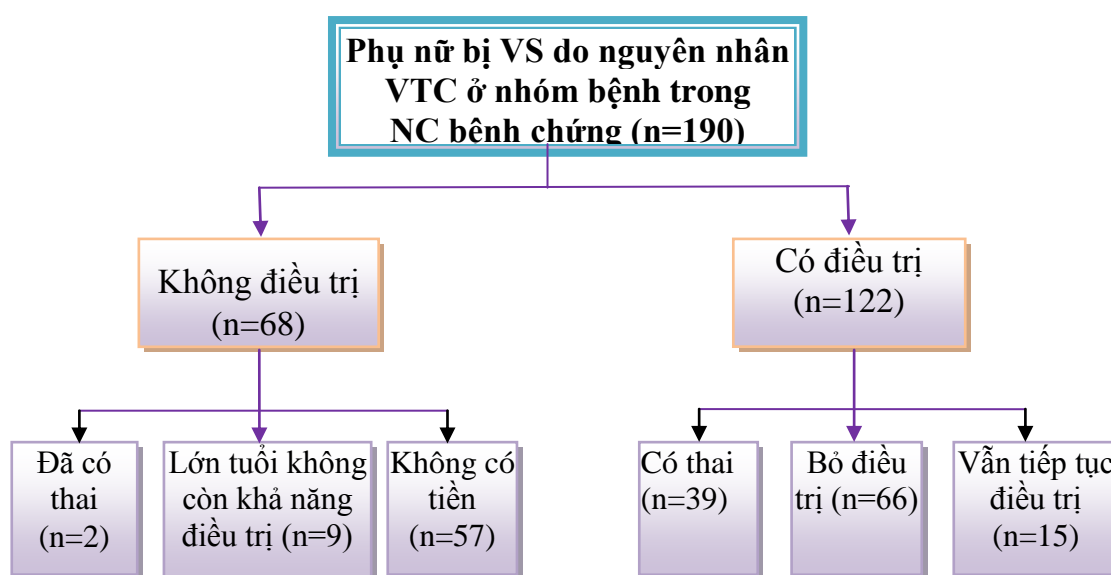
- Không tham gia nghiên cứu giai đoạn 1

- Không đồng ý trả lời phỏng vấn

\* **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu không xác suất, đối tượng nghiên cứu được chọn có mục đích để có nhiều thông tin cho nghiên cứu sâu.

#### \* Chiến lược chọn mẫu:

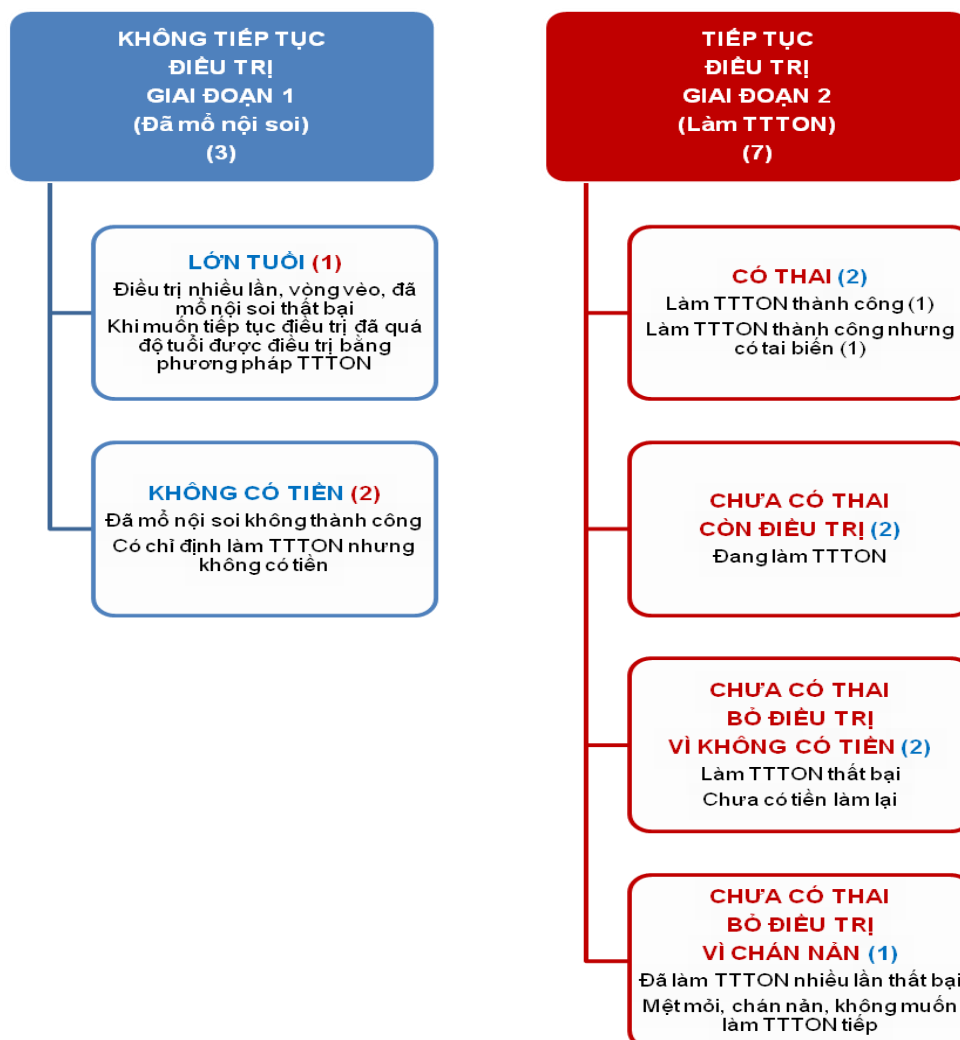
- **Bước một:** phân nhóm đối tượng. Đối tượng được phân nhóm theo sơ đồ 2.2



Sơ đồ 2.2. Lựa chọn đối tượng NC giai đoạn 2

- **Bước 2:** Lựa chọn đối tượng phỏng vấn theo sơ đồ 2.3

10 phụ nữ trong số trên được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu có mục đích theo sơ đồ 2.3



### Sơ đồ 2.3. Lựa chọn các đối tượng tham gia phỏng vấn sâu

#### 2.3.3. Kỹ thuật thu thập số liệu

10 phụ nữ được lựa chọn theo sơ đồ 2.3 được hẹn ngày giờ cụ thể do đối tượng thu xếp, được phỏng vấn trong phòng riêng để đảm bảo tính riêng tư và để đối tượng phỏng vấn cảm thấy thoải mái để có thể bộc lộ hết những cảm xúc của mình theo bản hướng dẫn bán cấu trúc chuẩn bị sẵn. Không ghi âm những câu hỏi và trả lời mà đối tượng phỏng vấn yêu cầu. Trong quá trình phỏng vấn được đóng cửa phòng, tắt điện thoại để tránh ngắt quãng cuộc phỏng vấn. Trung bình một cuộc phỏng vấn kéo dài 70 phút, cuộc dài nhất 95 phút, ngắn nhất 55 phút.

#### **2.3.4. Các biến số thu thập:**

- **Những ảnh hưởng do áp lực từ bản thân người phụ nữ**
  - Những ảnh hưởng liên quan đến gánh nặng về kinh tế (chi phí điều trị, điều kiện thu nhập so với chi phí điều trị, cách tiếp cận dịch vụ các dịch vụ y tế và các phương pháp khác, thời gian và số lần đi điều trị, kết quả)
  - Những ảnh hưởng liên quan đến thể chất (sức khỏe, tai biến...)
  - Những ảnh hưởng đến tinh thần (lo lắng, mặc cảm, tự ti, niềm khao khát có con và động cơ có con)
- **Những ảnh hưởng do áp lực từ chồng và gia đình của người phụ nữ:**
  - Ảnh hưởng đến quan hệ vợ chồng theo thời gian (tình cảm, bạo hành, ngoại tình, ly hôn)
  - Ảnh hưởng đến kinh tế gia đình (do gánh nặng chi phí điều trị, ảnh hưởng đến công việc)
  - Sự kỳ thị và bạo lực gia đình do không có con liên quan đến vấn đề giới (bực bội, nguyên rủa do nguyên nhân vô sinh do vợ, sức ép gia đình buộc chồng ly hôn)
- **Những ảnh hưởng do áp lực từ cộng đồng:**
  - Thái độ và ảnh hưởng của cộng đồng khi biết nguyên nhân VS do vợ (yếu tố giới)
  - Quan điểm của cộng đồng về chức năng sinh đẻ của người phụ nữ
- **Những ảnh hưởng do định kiến của văn hóa xã hội và tôn giáo**
  - Định kiến xã hội cho rằng trách nhiệm sinh sản là của người phụ nữ (yếu tố giới)
  - Xa lánh người phụ nữ không có con do ăn ở thất đức, hư hỏng bị trừng phạt
  - Tôn giáo cho rằng con cái là do trời cho, không sinh được con là do trời phạt

#### **2.3.5. Nhập và phân tích số liệu**

Các cuộc phỏng vấn được ghi âm và “gỡ băng” ghi âm để nhập và phân tích bằng phần mềm N-Vivo trên cơ sở xây dựng tree nodes.

### **2.3.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu**

- Đối tượng tự nguyện tham gia, được bảo vệ bí mật về danh tính và có quyền từ chối bất cứ câu hỏi nào của người phỏng vấn.
- Những phụ nữ tham gia phỏng vấn được mời vào phòng riêng, kín đáo, không có sự có mặt của bất cứ thành viên nào trong gia đình để tăng khả năng chia sẻ thông tin, đặc biệt là các thông tin kín đáo và tế nhị.
- Kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## Chương 3

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỊNH LƯỢNG

##### 3.1.1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu bệnh chứng

Phân tích thống kê mô tả trên phần mềm Stata, phân phối tần suất những đặc điểm về nhân khẩu học được thể hiện như sau.

**Bảng 3.1: Một số đặc điểm về nhân khẩu học**

Các thông số	Bệnh (n=190) Tần suất (%)	Chứng (n=190) Tần suất (%)	Chung Tần suất (%)	Giá trị p
<i>Độ tuổi trung bình</i>	30,7 (SD=5,4)	30,5 (SD=5,3)	30,6 (SD=5,4)	
<i>Nhóm tuổi</i>				0,94
<25	26 (13,7)	27 (14,2)	53 (13,9)	
25-34	113 (59,5)	116 (59,5)	229 (60,3)	
35-39	43 (22,6)	38 (20,0)	81 (21,3)	
≥ 40	8 (4,2)	9 (4,7)	17 (4,5)	
<i>Vị trí địa lý</i>				0,09
Thành thị	55 (28,9)	63 (33,2)	118 (31,1)	
Nông thôn	99 (52,1)	106 (55,8)	205 (53,9)	
Miền núi	36 (18,9)	21 (11,1)	57 (15,0)	
<i>Nghề nghiệp</i>				0,48
Cán bộ công chức	68 (35,8)	72 (37,9)	140 (36,8)	
Nông dân	75 (39,8)	64 (33,7)	139 (36,6)	
Nghề khác	47 (24,7)	54 (28,4)	101 (26,6)	
<i>Trình độ học vấn</i>				0,70
Không biết chữ	1 (0,5)	2 (1,0)	3 (0,8)	
Tiểu học	10 (5,3)	8 (4,2)	18 (4,7)	
THCS	56 (29,5)	50 (26,3)	106 (27,9)	
THPT và cao hơn	123 (64,7)	130 (68,4)	253 (70,3)	
<i>Dân tộc</i>				<b>0,03*</b>
Kinh	170 (89,5)	181 (95,3)	351 (92,4)	
Thiểu số	20 (10,5)	9 (4,7)	29 (7,6)	
<i>Điều kiện kinh tế</i>				0,63
Nghèo	23 (12,1)	20 (10,5)	43 (11,3)	
Bình thường và trên bình thường	167 (87,9)	170 (89,5)	337 (88,7)	

(\*: giá trị p có ý nghĩa thống kê)

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là 30,6, trong đó độ tuổi trung bình của nhóm chứng là 30,5, trẻ nhất là 18, lớn nhất là 42 (SD ± 5,3). Tuổi trung bình của nhóm bệnh là 30,7, trẻ nhất 19, lớn nhất 44 (SD ±5,4).

Theo bảng phân tích số liệu 3.1, không có sự khác biệt đáng kể của hai nhóm bệnh và chứng về vị trí địa lý, nghề nghiệp, trình độ học vấn, dân tộc và điều kiện kinh tế với  $p > 0,05$ . Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa người Kinh và người dân tộc thiểu số giữa nhóm bệnh và nhóm chứng. Người dân tộc thiểu số đến khám điều trị VS do VTC chiếm 10,5% nhóm bệnh so với 4,7% đến khám thai tại bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa.

### 3.1.2. Phân tích mối liên quan giữa VS do nguyên nhân VTC và các yếu tố nguy cơ

#### 3.1.2.1. Phân tích mối liên quan giữa tiền sử đặt DCTC và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC

Sử dụng phương pháp phân tích đơn biến cho nghiên cứu bệnh chứng để kiểm định mối liên quan giữa TS đặt DCTC và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cho thấy phụ nữ có TS đặt DCTC không phải là yếu tố nguy cơ cho VS do nguyên nhân VTC (bảng 3.2).

**Bảng 3.2: Mối liên quan giữa TS đặt DCTC và nguy cơ VS do VTC**

TS đặt DCTC	Bệnh (n=190)(%)	Chứng (n=190)(%)	Tổng số (n=380)(%)	OR thô (95% KTC)	Giá trị p
Có	64 (33,7)	70 (36,8)	134 (35,3)	0,9 (0,57-1,32)	0,52
Không	126 (66,3)	120 (63,2)	53 (71,7)		

(OR: Tỷ suất chênh; KTC: Khoảng tin cậy)

Tiếp tục phân tích đa biến một số các yếu tố liên quan đến TS đặt DCTC và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cho thấy số lần đặt DCTC có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ VS do nguyên nhân VTC (bảng 3.3).

Kết quả phân tích cho thấy các yếu tố như trình độ người cung cấp dịch vụ y tế và số năm đặt DCTC không có mối liên hệ với VS do VTC.

Tuy nhiên, số lần đặt DCTC lại có mối liên hệ chặt chẽ với VS do nguyên



nhân VTC và có ý nghĩa thống kê. Phụ nữ chỉ đặt DCTC 1 lần không là yếu tố nguy cơ cho VS do nguyên nhân VTC, nhưng phụ nữ đặt DCTC từ 2 lần trở lên có nguy cơ VS do VTC gấp 2,2 lần so với phụ nữ không có TS đặt DCTC (bảng 3.3). Biến số này sẽ được đưa vào phân tích ở mô hình hồi qui đa biến logistic tiếp theo.

**Bảng 3.3: Các yếu tố liên quan đến TS đặt DCTC và nguy cơ VS do VTC**

Các yếu tố liên quan	Bệnh (%)	Chứng (%)	OR (95% KTC)	Giá trị p
<i>Người đặt DCTC</i>				
BS	35 (18,4)	42 (22,1)	0,8 (0,47-1,32)	0,38
NHS hoặc không chắc	29 (15,3)	28 (14,7)	0,9 (0,55-1,75)	0,96
<i>Số lần đặt DCTC</i>				
1 lần	39 (60,9)	59 (84,3)	0,6 (0,39-1,01)	0,06
≥ 2 lần	25 (39,1)	11 (15,7)	2,2 (1,13-4,62)	<b>0,04*</b>
<i>Số năm đặt DCTC</i>				
≤2 năm	8 (12,5)	8 (11,4)	0,9 (0,34-2,62)	0,92
> 2 năm	56 (87,5)	62 (88,6)	0,5 (0,55-1,33)	0,50

(\*: giá trị p có ý nghĩa thống kê)

### 3.1.2.2. Phân tích mối liên quan giữa tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC

Sử dụng phương pháp phân tích đơn biến cho nghiên cứu bệnh chứng để kiểm định mối liên quan giữa TS phẫu thuật vùng tiểu khung và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cho thấy kết quả như sau (bảng 3.4).

**Bảng 3.4: Mối liên quan giữa TS phẫu thuật vùng tiểu khung và VS do VTC**

Loại phẫu thuật	Bệnh (%) n=190	Chứng (%) n=190	Tổng số n=380	OR (95% KTC)	Giá trị p
<i>TS mổ lấy thai</i>					
Có	19 (10,0)	50 (26,3)	69 (18,2)	0,3 (0,2-0,6)	<b>&lt;0,0001*</b>
Không	171 (90,0)	140 (73,7)	311 (81,8)		
<i>TS mổ VPMRT</i>					
Có	8 (4,2)	2 (1,1)	10 (2,6)	4,1 (0,8-40,3)	0,05
Không	182 (95,8)	188 (98,9)	370 (97,4)		
<i>TS mổ khối u BT</i>					
Có	9 (4,7)	19 (10,0)	28 (7,4)	0,4 (0,19-1,02)	0,05
Không	181 (95,3)	171 (90,0)	352 (92,6)		
<i>TS mổ lạc NMTC</i>					
Có	13 (6,8)	3 (1,6)	16 (4,2)	4,6 (1,2-25,4)	<b>0,01*</b>
Không	177 (93,2)	187 (98,4)	364 (95,8)		

(\*: giá trị p có ý nghĩa thống kê)

Số liệu từ bảng 3.4 từ kết quả phân tích đơn biến của nghiên cứu bệnh chứng cho thấy TS mổ lấy thai và mổ lạc NMTC có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với VS do nguyên nhân VTC. Trong đó, TS mổ lạc NMTC có mối liên quan chặt chẽ với VS do nguyên nhân VTC. Phụ nữ có TS mổ lạc NMTC có nguy cơ VS do VTC gấp 4,5 lần so với phụ nữ không có TS mổ lạc NMTC. Phụ nữ có TS mổ lấy thai có vẻ giảm nguy cơ VS do nguyên nhân VTC xuống còn 0,4 lần so với phụ nữ không có TS mổ lấy thai.

Các biến số TS mổ lấy thai, TS mổ lạc NMTC sẽ được cho vào mô hình phân tích hồi qui đa biến logistic tiếp theo.

### **3.1.2.3. Phân tích mối liên quan giữa tiền sử NPT và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC**

Sử dụng phương pháp phân tích đơn biến cho nghiên cứu bệnh chứng tính tỷ suất chênh OR cho thấy những phụ nữ có TS NPT có nguy cơ VS do VTC cao gấp 2,2 lần so với những phụ nữ không có TS NPT (bảng 3.5).

**Bảng 3.5: Mối liên quan giữa tiền sử NPT và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC**

<b>Tiền sử NPT</b>	<b>Bệnh (n=190)(%)</b>	<b>Chứng (n=190)(%)</b>	<b>Tổng số (n=380)(%)</b>	<b>OR thô (95% KTC)</b>	<b>Giá trị p</b>
<b>Có</b>	104 (54,7)	67 (35,3)	171 (45)	2,2 (1,45-3,48)	<b>0,0001*</b>
<b>Không</b>	86 (45,3)	123 (64,7)	209 (55)		

(\*: giá trị p có ý nghĩa thống kê)

Tiếp tục phân tích đa biến mối liên hệ giữa một số yếu tố liên quan đến TS NPT với nguy cơ VS do nguyên nhân do VTC cho thấy phụ nữ có TS NPT 1 lần có nguy cơ VS do VTC tăng gấp 2,4 lần, NPT  $\geq 2$  lần có nguy cơ VS do VTC tăng gấp 2 lần so với phụ nữ không có TS NPT; phụ nữ có TS NPT ở tuổi thai 9-12 tuần làm tăng nguy cơ VS do VTC gấp 4,2 lần trong khi NPT ở tuổi thai  $\leq 8$  tuần và  $>12$  tuần không làm tăng nguy cơ VS do VTC so với phụ nữ không có TS NPT; phụ nữ có TS NPT bằng phương pháp NPT không phải bằng hút thai làm tăng nguy cơ VS do VTC gấp 2,8 lần so với phụ nữ không có TS NPT; phụ nữ có TS NPT tại PK tư nhân có

nguy cơ VS do VTC tăng gấp 3,4 lần so với phụ nữ không có TS NPT; phụ nữ có TS NPT được cung cấp dịch vụ bởi BS có nguy cơ VS do VTC tăng gấp 1,8 lần và được cung cấp dịch vụ bởi những người không phải là BS có nguy cơ VS do VTC tăng gấp 3,6 lần so với phụ nữ không có TS NPT; phụ nữ có TS NPT không dùng kháng sinh sau NPT có nguy cơ VS do VTC tăng gấp 7,9 lần so với phụ nữ không có TS NPT; phụ nữ có TS NPT không có tai biến có nguy cơ VS do VTC tăng gấp 1,6 lần và có tai biến sau NPT có nguy cơ VS do VTC tăng gấp 4,9 lần so với phụ nữ không có TS NPT (bảng 3.6).

**Bảng 3.6: Mối liên quan giữa các yếu tố trong TS NPT và nguy cơ VS do VTC**

Đặc điểm	Bệnh	Chứng	Tổng số	OR thô (95% KTC)	Giá trị p
<i>Số lần NPT</i>					
1 lần	62 (59,6)	37 (55,2)	99 (57,9)	2,4 (1,45-3,96)	<b>0,0004*</b>
≥ 2 lần	42 (40,6)	30 (44,8)	72 (42,1)	2,0 (1,15-3,47)	<b>0,01*</b>
<i>Tuổi thai</i>					
≤ 8 tuần	25 (24,0)	28 (41,8)	53 (31,0)	1,3 (0,69-2,34)	0,43
9-12 tuần	68 (65,4)	23 (34,3)	91 (53,2)	4,2 (2,37-7,52)	<b>&lt;0,0001*</b>
>12 tuần	11 (11,1)	16 (23,9)	27 (15,8)	1,0 (0,43-2,22)	0,96
<i>Phương pháp NPT</i>					
Hút thai	37 (52,9)	33 (49,3)	70 (40,9)	1,6 (0,92-2,77)	0,08
Nạo BTC hoặc phương pháp khác	67 (64,4)	34 (50,7)	101 (59,1)	2,8 (1,69-4,70)	<b>&lt;0,0001*</b>
<i>Nơi NPT</i>					
Bệnh viện	19 (18,3)	15 (22,4)	34 (19,9)	1,8 (0,86-3,78)	0,11
YT cơ sở	25 (24,0)	28 (41,8)	53 (31,0)	1,3 (0,69-2,34)	0,43
PK tư nhân	55 (52,9)	23 (34,3)	78 (45,6)	3,4 (1,91-6,11)	<b>&lt;0,0001*</b>
Không biết	5 (4,8)	1 (1,5)	6 (3,5)	7,2 (0,79-63,99)	0,04
<i>Trình độ người NPT</i>					
Bác sỹ	64 (61,5)	51 (76,1)	115 (67,3)	1,8 (1,13-2,85)	<b>0,01*</b>
Không phải BS	40 (38,5)	16 (23,9)	56 (32,7)	3,6 (1,84-6,94)	<b>0,0001*</b>
<i>Kháng sinh sau NPT</i>					
Có dùng	54 (51,9)	58 (86,6)	112 (65,5)	1,3 (0,84-2,11)	0,22
Không dùng	50 (48,1)	9 (13,4)	59 (34,5)	7,9 (3,51-18,00)	<b>&lt;0,0001*</b>
<i>Tai biến sau NPT</i>					
Không	41 (39,4)	12 (17,9)	53 (31,0)	1,6 (1,03-2,59)	<b>&lt;0,05*</b>
Có	63 (60,6)	55 (82,1)	118 (69,0)	4,9 (2,34-10,17)	<b>&lt;0,0001*</b>

(\*: giá trị p có ý nghĩa thống kê)

Như vậy, những biến số có mối liên hệ chặt chẽ trong TS NPT và làm tăng

nguy cơ VS do nguyên nhân VTC gồm có số lần NPT, tuổi NPT từ 9-12 tuần, NPT không phải bằng phương pháp hút thai, NPT tại các cơ sở y tế tư nhân, trình độ người NPT, không dùng kháng sinh sau NPT và không có hay có tai biến sau NPT. Đây là những biến sẽ được đưa vào phân tích ở mô hình hồi qui đa biến logistic.

#### 3.1.2.4. Phân tích mối liên quan giữa TS VSD và VS do nguyên nhân VTC

**Bảng 3.7 : Mối liên quan giữa tiền sử VSD và nguy cơ VS do VTC**

Các thông số	Bệnh (n=190) (%)	Chứng (n=190)(%)	Tổng số (n=380(%))	OR (95% KTC)	Giá trị p
<i>Tiền sử VSD</i>					
Có	138 (72,6)	106 (55,8)	244 (64,2)	2,1(1,36-3,25)	<b>0,0006*</b>
Không hoặc không chắc chắn	52 (27,4)	84 (44,2)	136 (35,8)		
<i>TS nhiễm Chlamydia</i>					
Có	15 (7,9)	2 (1,1)	17 (4,5)	8,1(1,77-36,56)	<b>0,001*</b>
Không hoặc không chắc chắn	175 (92,1)	188 (98,9)	363 (95,5)		

(\*: giá trị p có ý nghĩa thống kê)

Kết quả phân tích đơn biến ở bảng 3.7 cho thấy phụ nữ có TS VSD và phụ nữ có TS bị nhiễm Chlamydia là những yếu tố nguy cơ cho VS do VTC. Phụ nữ có TS VSD có nguy cơ VS do VTC tăng gấp hơn 2 lần so với phụ nữ không có TS VSD và phụ nữ có TS nhiễm Chlamydia có nguy cơ VS do VTC tăng gấp hơn 8 lần so với phụ nữ không có TS nhiễm Chlamydia.

**Bảng 3.8: Mối liên quan giữa các yếu tố trong TS VSD và nguy cơ VS do VTC**

Các thông số	Bệnh	Chứng	Tổng số	OR (95% KTC)	Giá trị p
<i>Thời gian VSD</i>					
≤ 1 năm	4 (2,9)	16 (15,1)	20 (8,2)	0,4 (0,12-1,29)	0,11 <b>0,0001*</b>
> 1 năm	134 (97,1)	90 (84,9)	224 (91,8)	2,4 (1,54-3,76)	
<i>Số đợt VSD</i>					
1-2 đợt	63 (45,7)	68 (64,2)	113(46,3)	1,5 (0,91-2,44)	0,10 <b>&lt;0,0001*</b>
≥ 3 đợt	75 (54,3)	38 (35,8)	131 (53,7)	3,2 (1,85-5,49)	

(\*: giá trị p có ý nghĩa thống kê)

Phân tích đa biến các yếu tố có liên quan đến TS VSD ở bảng 3.8 cho thấy phụ nữ có thời gian VSD từ 1 năm trở lên có nguy cơ VS do VTC tăng gấp 2,4 lần

so với phụ nữ không có TS VSD; phụ nữ có số đợt VSD từ 3 đợt trở lên có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC tăng gấp 3,2 lần so với phụ nữ không có TS VSD. Những biến số ngày sẽ được đưa vào phân tích trong mô hình hồi qui đa biến logistic tiếp theo.

### **3.1.3. Phân tích hồi qui đa biến logistic kiểm định mối liên hệ của từng yếu tố nguy cơ với VS do nguyên nhân VTC**

#### **3.1.3.1. Phân tích hồi qui đa biến logistic mối liên quan giữa TS số lần đặt DCTC và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC**

Tiếp tục dùng mô hình hồi qui đa biến logistic để phân tích yếu tố nguy cơ giữa số lần đặt DCTC và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC có kiểm soát các yếu tố gây nhiễu cho thấy phụ nữ sống ở thành thị có TS đặt DCTC có nguy cơ VS do VTC cao hơn phụ nữ có TS đặt DCTC sống ở vùng nông thôn và miền núi. Tuy nhiên số lần đặt DCTC lại không có mối liên hệ chặt chẽ có ý nghĩa thống kê trong mô hình này (bảng 3.9).

**Bảng 3.9. Phân tích mối liên quan giữa TS số lần đặt DCTC và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC bằng mô hình hồi qui đa biến logistic**

<b>Yếu tố nguy cơ</b>	<b>OR hiệu chỉnh</b>	<b>95% KTC</b>	<b>Giá trị p sau hiệu chỉnh</b>
Phụ nữ sống ở thành thị	1,9	1,03-3,38	<b>0,04*</b>
Đặt DCTC 1 lần	0,6	0,37-0,98	<b>0,04*</b>
Đặt DCTC $\geq 2$ lần	2,0	0,95-4,3	0,07

(\*: giá trị p có ý nghĩa thống kê)

Như vậy, TS đặt DCTC không là yếu tố nguy cơ cho VS do nguyên nhân VTC. Tuy nhiên, yếu tố địa lý là yếu tố gây nhiễu đã được đưa vào kiểm soát trong bảng này. Phụ nữ sống ở thành thị có TS đặt DCTC tăng nguy cơ VS do VTC gấp 1,9 lần so với phụ nữ có TS đặt DCTC sống ở các khu vực khác. Phụ nữ chỉ đặt DCTC 1 lần có vẻ giảm nguy cơ VS do VTC 0,6 lần so với phụ nữ có TS đặt DCTC từ 2 lần trở lên có cùng địa bàn cư ngụ trong nghiên cứu này. Những biến có ý nghĩa thống kê sẽ được đưa vào phân tích ở mô hình cuối cùng.

#### **3.1.3.2. Phân tích hồi qui đa biến logistic mối liên quan giữa TS mổ lấy thai**

### **và mổ lạc NMTC với nguy cơ VS do nguyên nhân VTC**

Dùng mô hình hồi qui đa biến logistic kiểm soát yếu tố gây nhiễu trong TS mổ lấy thai và mổ lạc NMTC cho thấy kết quả phân tích của mô hình (bảng 3.10).

**Bảng 3.10: Kiểm định mối liên quan giữa TS mổ lấy thai và mổ lạc NMTC với nguy cơ VS do VTC bằng mô hình hồi qui đa biến logistic**

<b>Yếu tố nguy cơ</b>	<b>OR hiệu chỉnh</b>	<b>95% KTC</b>	<b>Giá trị p sau hiệu chỉnh</b>
TS mổ lạc NMTC	4,8	1,31-17,29	<b>0,02*</b>
TS mổ lấy thai	0,3	0,16-0,53	<b>&lt;0,0001*</b>
Phụ nữ sống ở thành thị	2,2	1,18-3,96	<b>0,01*</b>

(\*: giá trị p có ý nghĩa thống kê)

Kết quả phân tích của mô hình cho thấy phụ nữ có TS mổ lạc NMTC có nguy cơ VS do VTC tăng gấp gần 4,8 lần so với phụ nữ không có TS mổ lạc NMTC sống cùng địa bàn cư ngụ. Phụ nữ có TS mổ lấy thai làm giảm nguy cơ VS do VTC xuống 0,3 lần so với phụ nữ không có TS mổ lấy thai sống cùng địa bàn cư ngụ. Phụ nữ sống ở thành thị có TS phẫu thuật tiểu khung có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cao hơn gấp hơn 2 lần so với nhóm phụ nữ có TS phẫu thuật tiểu khung sống ở các vùng khác (bảng 3.10). Những biến này sẽ được đưa vào phân tích ở mô hình hồi qui đa biến logistic cuối cùng.

### **3.1.3.3. Phân tích hồi qui đa biến logistic mối liên quan giữa TS NPT với nguy cơ VS do nguyên nhân VTC**

**Bảng 3.11. Kiểm định mối liên quan giữa tiền sử NPT và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC bằng mô hình hồi qui đa biến logistic**

<b>Các yếu tố nguy cơ</b>	<b>OR hiệu chỉnh</b>	<b>95% KTC</b>	<b>Giá trị p sau hiệu chỉnh</b>
NPT không có tai biến	10,4	4,30-25,35	<b>&lt;0,0001*</b>
NPT có tai biến	46,1	13,96-152,34	<b>&lt;0,0001*</b>
Phương pháp NPT là hút thai	0,5	0,24-1,10	0,09
Nơi NPT là bệnh viện tuyến tỉnh	0,4	0,16-0,77	<b>0,009*</b>
Phụ nữ NPT sống ở thành thị	2,6	1,36-4,83	<b>0,003*</b>
Có dùng kháng sinh sau NPT	0,2	0,06-0,36	<b>&lt;0,0001*</b>

(\*: giá trị p có ý nghĩa thống kê)

Sau khi dùng mô hình hồi qui đa biến logistic kiểm soát các yếu tố gây

hiều, những biến số làm tăng nguy cơ VS do nguyên nhân VTC gồm có: phụ nữ có TS NPT không có tai biến tăng nguy cơ VS do VTC gấp hơn 10 lần so với phụ nữ không NPT, phụ nữ có TS tai biến sau NPT có nguy cơ VS do VTC gấp hơn 46 lần so với phụ nữ không có TS NPT ở cùng địa bàn cư ngụ. Phụ nữ sống ở thành thị có TS NPT có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC tăng gấp 2,6 lần so với phụ nữ có TS NPT sống ở các vùng khác.

Phụ nữ có TS NPT bằng phương pháp NPT là hút thai, được cung cấp dịch vụ NPT tại tuyến tỉnh, trình độ người cung cấp dịch vụ NPT là BS và có dùng kháng sinh sau NPT sẽ làm giảm nguy cơ VS do VTC so với phụ nữ có TS NPT không bằng phương pháp hút thai, NPT tại các cơ sở y tế không phải là tuyến tỉnh, người cung cấp dịch vụ NPT không phải là BS và không dùng kháng sinh sau NPT có cùng địa bàn cư ngụ (bảng 3.11). Những biến số có ý nghĩa thống kê sẽ được đưa vào phân tích trong mô hình hồi qui đa biến logistic cuối cùng.

#### **3.1.3.4. Phân tích hồi qui đa biến logistic mối liên quan giữa TS VSD với nguy cơ VS do nguyên nhân VTC**

**Bảng 3.12. Kiểm định mối liên quan giữa TS VSD và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC bằng mô hình hồi qui đa biến logistic**

Các yếu tố nguy cơ	OR hiệu chỉnh	95% KTC	Giá trị p sau hiệu chỉnh
TS VSD < 3 đợt	0,5	0,31-0,84	<b>0,008*</b>
Thời gian VSD > 1 năm	3,4	2,12-5,59	<b>&lt;0,0001*</b>
Phụ nữ sống ở thành thị	2,0	1,07-3,58	<b>0,03*</b>
Phụ nữ có TS nhiễm Chlamydia	9,8	2,06-46,37	<b>0,004*</b>

(\*: giá trị p có ý nghĩa thống kê)

Sau khi dùng mô hình hồi qui đa biến logistic để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, phụ nữ có TS VSD sống ở thành thị có nguy cơ tăng VS do nguyên nhân VTC cao gấp hơn 2 lần so với phụ nữ có TS VSD sống ở các khu vực khác. Phụ nữ có TS nhiễm Chlamydia tăng nguy cơ VS do nguyên nhân VTC 8 lần so với phụ nữ không có TS nhiễm Chlamydia có cùng địa bàn cư ngụ. Phụ nữ có TS VSD > 1 năm có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cao gấp hơn 2 lần so với phụ nữ có TS VSD

<1 năm, và phụ nữ có TS VSD < 2 đợt trở lên giảm nguy cơ VS do VTC chỉ còn một nửa so với phụ nữ có TS VSD  $\geq 2$  đợt có cùng địa bàn cư ngụ (bảng 3.12).

### 3.1.4. Phân tích hồi qui đa biến logistic kiểm định mối liên hệ giữa các yếu tố nguy cơ với VS do nguyên nhân VTC

Sau khi phân tích hồi qui đa biến logistic kiểm định mối quan hệ độc lập của từng yếu tố nguy cơ, những yếu tố có ý nghĩa thống kê được đưa vào mô hình cuối cùng để kiểm định mối liên hệ giữa các yếu tố nguy cơ.

Những biến được đưa vào phân tích ở mô hình cuối cùng này gồm có nhóm phụ nữ sống ở thành thị, tiền sử mổ lạc NMTC, TS mổ lấy thai, TS đặt DCTC 1 lần, phương pháp NPT, nơi NPT, có tai biến sau NPT và dùng KS sau NPT, số đợt VSD, thời gian VSD và TS nhiễm Chlamydia.

**Bảng 3.13. Phân tích hồi qui đa biến logistic mối liên hệ giữa các yếu tố nguy cơ với VS do nguyên nhân VTC**

Các yếu tố nguy cơ	OR hiệu chỉnh	95% CI	Giá trị p sau hiệu chỉnh
Phụ nữ sống ở thành thị	2,8	1,41-5,54	<b>0,003*</b>
TS mổ lấy thai	0,3	0,17-0,64	<b>0,001*</b>
TS mổ lạc NMTC	4,6	1,11-19,13	<b>0,04*</b>
TS đặt DCTC 1 lần	0,5	0,27-0,91	<b>0,02</b>
NPT không có tai biến	5,7	2,38-13,90	<b>&lt;0,0001*</b>
NPT có tai biến	28,3	8,27-96,71	<b>&lt;0,0001*</b>
NPT bằng phương pháp hút thai	0,4	0,15-0,81	<b>0,01*</b>
Có dùng kháng sinh sau NPT	0,2	0,62-0,38	<b>&lt;0,0001*</b>
TS VSD >1 năm	4,8	2,61-8,91	<b>&lt;0,0001*</b>
TS VSD < 3 đợt	0,4	0,24-0,77	<b>0,004*</b>
TS nhiễm Chlamydia	9,4	1,88-47,51	<b>0,006*</b>

(\*: giá trị p có ý nghĩa thống kê)

Kết quả phân tích hồi qui đa biến ở mô hình hồi qui đa biến cuối cùng ở bảng 3.13 cho thấy, phụ nữ sống ở thành thị có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cao gấp 2,8 lần phụ nữ có cùng những yếu tố nguy cơ sống ở các khu vực khác. Phụ nữ



có TS mổ lạc NMTC làm tăng nguy cơ VS gấp 4,6 lần so với phụ nữ không có TS mổ lạc NMTC có cùng địa bàn cư ngụ.

Phụ nữ có TS mổ lấy thai giảm nguy cơ VS do nguyên nhân VTC còn 0,3 lần so với phụ nữ không có TS mổ lấy thai có cùng địa bàn cư ngụ.

Phụ nữ chỉ đặt DCTC 1 lần giảm nguy cơ VS do nguyên nhân VTC còn 0,5 lần so với phụ nữ đặt DCTC từ 2 lần trở lên có cùng địa bàn cư ngụ.

Phụ nữ có TS NPT không có tai biến có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC tăng gấp 5,7 lần so với phụ nữ không có TS NPT, nhưng phụ nữ có TS NPT có tai biến lại tăng nguy cơ lên gấp 28,3 lần so với phụ nữ không có TS NPT có cùng địa bàn cư ngụ. Phụ nữ được dùng kháng sinh sau NPT làm giảm nguy cơ VS do nguyên nhân VTC còn 0,4 lần so với phụ nữ có TS NPT nhưng không dùng kháng sinh ở cùng địa bàn cư ngụ.

Phụ nữ NPT bằng phương pháp hút thai giảm nguy cơ VS do VTC còn 0,4 lần so với phụ nữ NPT bằng phương pháp khác ở cùng địa bàn cư ngụ.

Phụ nữ có thời gian VSD > 1 năm có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC tăng gấp 4,8 lần phụ nữ không có TS VSD, phụ nữ có TS VSD < 3 đợt VSD giảm nguy cơ VS do nguyên nhân VTC còn 0,4 lần phụ nữ có TS VSD  $\geq$  3 đợt có cùng địa bàn cư ngụ.

Phụ nữ có TS nhiễm Chlamydia có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC tăng gấp 9,4 lần so với phụ nữ không có TS nhiễm Chlamydia có cùng địa bàn cư ngụ.

### **3.2. KẾT QUẢ PHÂN TÍCH NGHIÊN CỨU ĐỊNH TÍNH**

#### **3.2.1. Một số đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu**

Mẫu nghiên cứu gồm có 10 đối tượng đều bị VS do nguyên nhân tắc VTC đã được tham gia trong NC bệnh chứng giai đoạn 1.

- 5 trong số 10 đối tượng có độ tuổi  $\geq$  35
- 6 trong 10 đối tượng có trình độ PTTH hoặc cao hơn
- Duy nhất 1 đối tượng kinh tế khá, số còn lại có điều kiện kinh tế trung bình và nghèo
- 6 đối tượng là CBCC, 2 đối tượng là nông dân và 2 đối tượng làm nghề buôn bán nhỏ và nội trợ

- 3 đối tượng sống ở thành thị, 7 đối tượng sống ở các khu vực khác
- Có 2 đối tượng đã có thai trong quá trình điều trị, trong đó có 1 đối tượng bị tai biến trong quá trình điều trị.

### **3.2.2. Những ảnh hưởng do áp lực cảm nhận từ cá nhân người phụ nữ**

#### **3.2.2.1. Áp lực kinh tế từ chi phí điều trị**

Có tới 9 trong số 10 phụ nữ thuộc đối tượng có thu nhập trung bình và thấp, là nhóm bị ảnh hưởng nặng nề nhất bởi chi phí y tế trong quá trình điều trị.

Kết quả phỏng vấn cho biết, 90% thu nhập từ đồng lương và tiền bán hoa màu không đủ chi phí, tiền đi điều trị chỉ mong chờ vào bán hoa màu, trâu bò, bán đất kèm theo xin xỏ, vay mượn, và sự hỗ trợ của gia đình, chủ yếu là gia đình bên ngoại (lý do được cho biết do nguyên nhân VS là của người phụ nữ).

Các đối tượng này gồm cả CBCC, nông dân và người buôn bán nhỏ. Thu nhập của họ rất khiêm tốn, từ “*một năm mấy vụ lúa*”, rồi “*bán trâu, bán bò*” (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi). Hoặc từ đồng lương của cán bộ công chức “*Lương em một tháng được 1.383.000đ*” (phụ nữ 27T, nhân viên thư viện, nông thôn), “*Lương cơ bản của cháu có 2 triệu thôi, tất tần tật có 2 triệu rưỡi*” (phụ nữ 27T, được tá, thành thị).

Ngoài chi phí y tế, những chi phí đi kèm mà các đối tượng còn phải chi trả tiền tàu xe đi lại, nhà trọ, ăn uống, các khoản chi phát sinh cũng không phải là con số nhỏ. Do đó hầu hết các đối tượng đều không tính được cụ thể tổng chi phí cả quá trình theo đuổi điều trị VS của họ.

*“Cho đến giờ cháu cũng không tính được đâu cô ạ, chỉ biết rằng rất là nhiều, bởi vì không phải là lần nào cũng phải vài ba chục triệu để cộng dồn được, mà lúc thì vài trăm, lúc thì vài triệu, lần mổ nội soi thì hơn chục triệu. Có nghĩa là cứ có đồng nào bọn cháu dồn vào đấy hết”* (phụ nữ 28T, giáo viên, thành thị).

Hơn thế nữa, nghỉ nhiều, nghỉ dài ngày làm họ mất thu nhập, đặc biệt những phụ nữ có nghề nghiệp thường mất hết cơ hội thăng tiến trong nghề nghiệp và càng làm cho thu nhập của họ thấp hơn.

*“...mình cứ nay nghỉ, mai nghỉ, các cô các chú thương cứ dạy bù giờ cho chứ còn mọi khen thưởng ở trường cháu đâu có dám nghĩ gì, không bị phê bình là may lắm rồi, họ không nói nhưng mình cũng phải tự hiểu chứ”* (phụ nữ 28T, giáo viên, thành thị).

Những phụ nữ nông thôn thì nếu nghỉ đi điều trị VS sẽ không thể làm thêm để kiếm thêm từ mùa màng hay nuôi gà lợn trâu bò hoặc buôn bán để kiếm thêm thu nhập như người phụ nữ 36T, nông dân, nông thôn và người phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn cho biết.

*“BS bảo phải ra Hà Nội mới làm được, mà em không đi được xa, với lại ở nhà còn trông nhà trông cửa, làm ruộng thì mới có tiền.”* (phụ nữ 36T, nông dân, nông thôn).

Chi phí y tế cao, tiếp cận dịch vụ khó do xa các vùng nông thôn và tỷ lệ thành công thấp là lý do chính đối với hầu hết các đối tượng điều trị VS do VTC. Do đó rất nhiều phụ nữ tìm kiếm những phương pháp điều trị vòng vèo, không đúng phác đồ.

Trong số 10 đối tượng nghiên cứu này, tất cả đều đã ít nhất có một lần mổ NS, 7 trong số họ đã làm TTTON, trong đó có 1 đối tượng đã làm TTTON tới lần thứ 3 (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn) mà mới chỉ có 2 đối tượng đã có thai.

Tỷ lệ thành công thấp đến nỗi có bệnh nhân đã quan niệm đi điều trị VS như là “đánh số đề”: *“...anh ấy cứ khuyên em người ta đi đánh đề trăm số mới trúng một số mà người ta còn theo nữa là đây là cả tương lai của mình...”* (Phụ nữ 36T, nông dân, nông thôn).

Một số thì kinh phí đã cạn kiệt, không còn đủ tiền để theo đuổi, mặc dù *“sẵn sàng làm bất cứ điều gì để có thể có được đứa con”*. Vì thế, nhiều phụ nữ quá sốt ruột lại còn chạy vạy hết từ cơ sở y tế này đến cơ sở y tế khác, điều trị hết phương pháp này đến phương pháp khác, các cơ sở điều trị thuốc nam, thuốc bắc, đông y, gia truyền, thậm chí cầu nguyện, chữa mẹo, xin thánh ban lộc..

Một vài đối tượng sống ở nông thôn, không có chút hiểu biết về nguyên nhân bệnh lý của mình vì đã qua một lần sinh và kinh nguyệt thì đều đặn.

*“Em nói thật với chị chứ bây giờ em mới biết em bị tắc 2 vòi trứng chứ ngày trước em cứ đi uống thuốc rồi bơm thuốc lung tung, anh ấy thấy em kinh nguyệt cũng đều nên cũng tưởng em không việc chi” (phụ nữ 36 tuổi, nông dân, nông thôn).*

Có người thì không đơn thuần chỉ là sự thiếu hiểu biết hay thiếu thông tin, mà còn là hậu quả của một quá trình điều trị lâu dài không có kết quả, tốn kém tiền nong nên đã phải lựa chọn những phương pháp không có cơ sở khoa học, thậm chí để giải quyết vấn đề tư tưởng trong khi dồn tiền để đi điều trị theo phương pháp khoa học nhưng quá đắt tiền.

Một số đối tượng có trình độ lại mang tâm lý ngại ngùng không muốn đi xác định nguyên nhân của VS, sợ phải xác định nguyên nhân VS thật sự của mình.

*“trước đây cháu mới đi uống thuốc bắc, thuốc lá nhiều, nhưng rồi uống mãi chả được, thực ra lúc ấy là nản lắm rồi, cho nên uống mãi không được nên cháu mới quay về chụp tử cung vòi trứng, lúc ấy mới biết là một bên thì bị ứ nước, một bên thì bị lưu thông hạn chế” (phụ nữ 28T, giáo viên, thành thị).*

Thậm chí có đối tượng đã biết nguyên nhân VS do mình nhưng không chịu chấp nhận sự thật, vẫn cố tình điều trị vòng vèo, theo đuổi những phương pháp không có cơ sở khoa học, mặc dù rất có kiến thức và trình độ về y tế.

*“...chụp tử cung cho em thì bảo là em bị tắc 1 bên ống dẫn trứng, thế rồi em điều trị 1 thời gian, cũng nhiều đấy, 4,5 tháng là em cứ đi bơm thuốc, xong rồi em về nhà theo dõi 1 năm, không có rồi em lại quay lại bệnh viện tỉnh và họ vẫn bảo là em vẫn tắc vòi trứng..” (phụ nữ 27T, dược tá, thành thị).*

Có đối tượng vì mặc cảm vì yếu tố giới (nguyên nhân VS do mình), sợ bị coi thường, chê bai là hư hỏng, là bị “điếc”, “đàn bà không sinh nở được là con cá rô”, mà đã không đến bệnh viện mà cố tìm những phương pháp điều trị khác hy vọng có thể có thai mà mọi người xung quanh không biết được nguyên nhân VS do mình cho đến khi không còn hy vọng mới chịu cầu cứu đến phương pháp TTTON như người phụ nữ 29T, giáo viên, nông thôn.

### **3.2.2.2. Ảnh hưởng do áp lực tác động đến thể chất**

Qua một thời gian dài điều trị, mong chờ hết tháng này đến tháng khác mà

không thể có thai làm cho người phụ nữ kiệt quệ. Ảnh hưởng đến thể chất tác động đến người phụ nữ liên quan đến nhiều yếu tố khác nhau.

Phần lớn các đối tượng nghiên cứu đều cho biết quá lo lắng, căng thẳng vì nguyên nhân VS do mình (yếu tố giới), khóc lóc, mất ngủ, ăn uống kém.

Người thì cứ đến khi có kinh lại vào toa lét khóc lóc một mình như người phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn tâm sự. Người thì sút cân, mất ngủ như người phụ nữ 27T, nhân viên thư viện, nông thôn, người thì gần như rơi vào trạng thái suy nhược cơ thể hoàn toàn.

*“Nói chung là cứ nghĩ đến không được (con) là em lại lo, nhiều lúc em thấy lo quá mà em tưởng tượng như đau cả lên ngực”* (phụ nữ 36T, nông dân, nông thôn).

Một số đối tượng khác, chủ yếu là đối tượng sống ở nông thôn, suy nhược cơ thể do quá vất vả, lam lũ để kiếm tiền hay tiết kiệm chi tiêu cá nhân quá mức để dành tiền cho điều trị.

Đi lại quá xa xôi, vất vả, không đủ tiền để chi phí cho tiền nhà trọ, tiền ăn, lại còn say xe, mệt mỏi do phải lang thang chờ đợi ở những trung tâm lớn càng làm tăng thêm chi phí không đáng có và sự mệt mỏi, suy sụp sức khỏe của những người phụ nữ đi điều trị VS.

Thêm vào đó, vì nguyên nhân VS do mình (yếu tố giới) mà người phụ nữ có mặc cảm tội lỗi, người phụ nữ phải lặn ra làm hết mọi công việc trong gia đình, lam lũ cả ngày đêm, một phần để kiếm tiền đi điều trị bệnh như người phụ nữ 37T, nông dân, miền núi, một phần như để “chuộc” lại lỗi lầm do mình không đẻ được con mà lại làm suy giảm kinh tế gia đình, để gia đình chồng ít nhất còn cảm thấy mình còn chút giá trị để không bị đuổi ra khỏi nhà.

*“Chị bảo bao nhiêu công việc không làm thì để ai, thì mình cũng phải cứ làm để người ta thương mình, đã không có con là có tôi rồi, lại còn đánh đá, bẻ trể công việc thì ai người ta thương, người ta đuổi đi thì mình ở với ai.”* (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).

Ảnh hưởng làm suy nhược cơ thể còn liên quan đến việc quá tiết kiệm chi phí cá nhân, nhịn ăn nhịn mặc, ăn uống kham khổ để dành tiền cho chi phí điều trị.

“...mỗi lần đi khám cứ giống như tiền nó bay đi đâu ấy chị ạ, mà em tiết kiệm từng tý một chả dám ăn mặc vẫn không đủ.” (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi).

Ảnh hưởng đến thể chất còn liên quan đến tai biến trong quá trình điều trị. Do quá khao khát có con cộng với việc hiểu biết hạn chế, nhiều người còn điều trị cả những phương pháp không khoa học gây biến chứng nặng nề ảnh hưởng không những đến chức năng của cơ quan sinh sản mà còn ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe của bản thân mình như uống quá nhiều thuốc nên có đối tượng bị tai biến do uống thuốc như gãy sút, phù nề, thậm chí ảnh hưởng đến cơ quan sinh sản do bơm thuốc từ cơ sở y tế không chuyên môn gây đau đốn, nhiễm khuẩn, sút cân, sốt, đau bụng đi ngoài do tai biến.

“Thì ngày xưa có thể đâu, có như bây giờ đâu mỗi lần thấy kinh đau như thế này đâu, ngày xưa cứ thấy kinh nguyệt bình thường rồi nó đổ lắm chị ạ, rồi chạy vậy uống thuốc nam, thuốc bắc, đi Thái bình bơm cả vào trong đó, bơm rồi mỗi lần bơm, rát, khổ lắm, nhưng cứ nghĩ bơm như thế về có con em lại cố gắng, bây giờ mới như thế này đây, đến với chị thân tàn ma dại.” (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).

Bản thân những kỹ thuật HTSS điều trị VS tại bệnh viện cũng không phải là không có tai biến. Một trong hai đối tượng được phỏng vấn đã có thai cũng đã phải giảm thai do đa thai, cũng bị biến chứng nhiễm khuẩn, sốt và rối loạn tiêu hóa làm cho đối tượng này không những chỉ bị sút cân mà tinh thần còn hết sức hoang mang lo lắng do sợ không giữ được thai. Và người phụ nữ mới 27T, nhân viên thư viện, nông thôn đã phải thốt lên rằng chỉ đến khi được bế con trên tay, được nghe con khóc thì nỗi lo lắng của mình mới giảm được 80%.

### **3.2.2.3. Ảnh hưởng do áp lực tác động đến tinh thần**

Đối với phụ nữ còn trẻ, có nghề nghiệp, là CBCC thì nguyên nhân VS do VTC làm cho mặc cảm tội lỗi do nguyên nhân VS do mình, hoặc cảm thấy “*vô cùng hụt hẫng*”, hoặc không muốn chấp nhận mình không có khả năng sinh con mặc dù có khả năng kinh tế rất khá, đủ sức đáp ứng nhu cầu làm TTTON. “*Nếu làm*

*TTTON nó không chỉ là chi phí về mặt kinh tế nó còn chi phí về mặt tinh thần. Nó rất nhiều, nó rất nặng nề đối với một người phụ nữ.*” (phụ nữ 35T, biên tập viên, thành thị).

Theo thời gian, mỗi năm, nỗi lo lắng, căng thẳng càng tăng dần lên, ngay cả những phụ nữ tuổi đang còn trẻ như người phụ nữ 29T, giáo viên, sống ở nông thôn và người phụ nữ 28T, giáo viên, sống ở thành thị.

*“Cháu suy nghĩ rất nhiều những không phải là sợ tốn kém mà sợ mỗi lần đi điều trị là mỗi lần mình cảm thấy hụt hẫng thôi chứ còn kinh phí tất nhiên bọn cháu sẽ dốc hết sức. Nhưng cái cảm giá hụt hẫng, thất vọng đâm ra bọn cháu bi quan nên khi đi điều trị mình cũng chán nản không muốn đi nữa.”* (29T, giáo viên, nông thôn).

Những phụ nữ lớn tuổi, sống ở nông thôn sau một quá trình theo đuổi rất dài mà không thể có con được, hầu như người phụ nữ không còn biết dùng từ gì để diễn tả sự thất vọng cùng cực của mình *“Chính em bây giờ cũng thấy chán nản lắm rồi, chán vô cùng rồi, em không biết còn làm cách gì được nữa.”* (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi), thậm chí còn luôn luôn có những cơn ác mộng làm thay đổi tâm sinh lý như người phụ nữ 36T, nông dân, sống ở nông thôn cho biết.

Nhóm phụ nữ lớn tuổi, chủ yếu là ngoài 35 tuổi, thậm chí có người 41 tuổi, đã theo đuổi quá trình tìm kiếm một đứa con đến 21 năm trời mà vẫn còn nuôi ước vọng có một đứa con trong tuyệt vọng, và cũng không còn có phép màu nào có thể giúp cho mình có được một đứa con, còn thất vọng đến mức độ chỉ muốn chết nếu không thể có con.

Nhiều phụ nữ không hề giấu diếm quan điểm của mình là nếu như nguyên nhân VS do chồng thì áp lực đối với mình sẽ bớt nặng nề đi nhiều, mặc dù hy vọng có con vẫn không thay đổi. *“Nói thật là nếu nguyên nhân vô sinh là tại chồng mà không phải tại mình, cháu lại không cảm thấy nặng nề như vậy...”* (phụ nữ 28T, giáo viên, thành thị).

Hầu hết đều lo lắng khi vợ chồng còn trẻ còn có hy vọng có thai thì còn có thể giữ được hạnh phúc, đến khi lớn tuổi chồng sẽ bỏ mình đi lấy người khác, hoặc

ngoại tình là điều không thể tránh khỏi bởi vì nguyên nhân VS do mình.

Những đối tượng còn lại đều cho rằng không có cuộc hôn nhân nào có thể tồn tại được nếu hai vợ chồng không thể có con, mà nguyên nhân VS lại do người vợ chứ không phải người chồng. Đây cũng là thực tế xảy ra ở hầu hết các cặp vợ chồng tại Thanh Hóa, vì vậy áp lực có con lúc nào cũng nặng nề trong đầu người phụ nữ, bởi vì còn trẻ còn có hy vọng có con, khi không có con được nữa thì ly hôn là điều không tránh khỏi. “...*với lại không có con người ta cũng bỏ nhau thôi, còn trẻ thì chưa nhưng lớn tuổi là bỏ nhau, quê nhà cháu ai cũng thế.*” (phụ nữ 27T, được tá, thành thị).

Nhóm đối tượng lo lắng bị áp lực từ phía gia đình chồng chủ yếu là nhóm đối tượng sống ở nông thôn, trình độ văn hóa thấp, thu nhập rất thấp từ nghề làm ruộng và sống chung với gia đình nhà chồng. Những đối tượng khác có nghề nghiệp ổn định tự tin hơn nhưng cũng rất ngại khi phải tiếp xúc với gia đình nhà chồng đặc biệt là những ngày lễ tết.

Theo thời gian, thái độ của nhà chồng càng ngày càng trở nên công khai hắt hủi, đặc biệt đối với những đối tượng phải sống chung với gia đình nhà chồng. Mới đầu chỉ là tỏ thái độ khó chịu, nói gần nói xa như một số đối tượng phụ nữ 27T, nhân viên thư viện, sống ở nông thôn và người phụ nữ 23T, nội trợ, sống ở nông thôn cho biết.

Sau đó là tình trạng đánh chố, chửi mào (phụ nữ 39T, giáo viên mầm non, sống ở nông thôn kể lại), rồi công khai tỏ thái độ hắt hủi, nhieéc móc như người phụ nữ 39T, giáo viên mầm non, sống ở nông thôn và người phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn tâm sự.

Như để chuộc lại “tội lỗi” không sinh được con, người phụ nữ đã phải làm việc đầu tắt mặt tối không ngơi tay, nhưng không có con thì vẫn bị gia đình coi như một vật vô giá trị, không phải thành viên trong gia đình. “*Người ta thấy mình không có con là coi như người dung nước lã rồi, ở nông thôn là thế*” (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).



Một số ít chủ yếu là phụ nữ nông thôn tự mình mặc cảm với nguyên nhân VS do mình nên rất nhạy cảm mỗi khi bị cộng đồng chê bai, nhieéc móc.

*“Bản thân mình không mang hạnh phúc cho chồng mình như những người khác, xung quanh người ta con bông cháu bé, mình còn trẻ lại như cái cây không có quả, sợ đến nhà người ta mang họa ra, nhất là cưới hỏi tết nhất, ý như người ta muốn tránh đi, mình đến người ta không thích, đi chợ người ta còn sợ xui xẻo nữa là”* (phụ nữ 23T, nội trợ, nông thôn).

Không những thế, đau lòng hơn, nhiều người còn xoáy vào nỗi đau của người phụ nữ không có con làm cho họ đã tủi cực lại thêm tủi cực hơn *“...đi ra ngoài người ta cứ bảo là em không biết đẻ, rồi vô phúc, rồi thế này thế kia...”* (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi), hay là *“Con trâu, con bò đi qua ăn cái rom, cái cỏ mình đâu có dám đuổi sợ họ lại chửi mình là đồ không có con”* (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).

Trong khi những phụ nữ còn trẻ chỉ mong có con để có sự gắn kết quan hệ vợ chồng như người phụ nữ 27T, được tá, thành thị và người phụ nữ 28T, VS I, giáo viên, thành thị cho biết, thì những phụ nữ lớn tuổi hơn đặc biệt sống ở nông thôn lại rất lo lắng để có người nuôi dưỡng, thờ cúng (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi), chăm sóc lúc ốm đau (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn), và lo lắng ma chay thờ cúng khi chết (phụ nữ 36T, nông dân, nông thôn).

*“Thì có con vợ chồng mới sống được với nhau, mình lặn ra làm lụng để nuôi con, sau này mình già nó lại nuôi lại mình. Nếu không có con chết già chẳng ai đoái hoài đến đâu.”* (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi).

Nguyên nhân VS làm cho phần lớn các đối tượng cảm thấy tự ti, tránh xa các hoạt động cộng đồng, đặc biệt những dịp có trẻ nhỏ tham gia, xa dần các hoạt động xã hội do lo lắng sẽ bị hỏi thăm về tình hình con cái.

*“Ngày trước thì em cũng có đi, em tham gia công việc của hội phụ nữ, thanh niên, còn đi văn nghệ nữa đấy, thế nhưng mà lâu nay cứ ra đến chỗ đông người, mọi người cứ khoe con mình thế nọ, con mình thế kia, trong khi đấy em lại chưa có con, ai cũng hỏi sao đi khám mãi mà chưa thấy gì, nên em*

*cũng buồn. .. Em muốn đi đâu cũng được, đừng ai biết em, đừng ai hỏi em. Rồi khó khăn đủ thứ nên em cũng không tham gia nữa, chả đi đâu, chỉ cảm mặt đi làm suốt ngày thôi.”* (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi).

Phần lớn phụ nữ chưa có con đều mang tâm trạng chung như vậy, ngày càng chán chường, chẳng còn tha thiết với các sinh hoạt, hội hè của cộng đồng (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn), thậm chí còn tủi thân, mặc cảm, trốn tránh về quê những dịp lễ tết vì đây là dịp để con cháu trong nhà quây quần (phụ nữ 28T, giáo viên, thành thị), hoặc không muốn tham gia những hoạt động cộng đồng trong những dịp có trẻ nhỏ tham gia như tết trung thu (phụ nữ 29T, giáo viên, nông thôn).

Không chỉ xa lánh cộng đồng vì mặc cảm, tủi thân, người phụ nữ VS còn e ngại sự có mặt của mình sẽ mang họa đến cho người khác.

*“Bản thân mình không mang hạnh phúc cho chồng mình như những người khác, xung quanh người ta con bồng cháu bé, mình còn trẻ lại như cái cây không có quả, sợ đến nhà người ta mang họa ra, nhất là cưới hỏi tết nhất...”* (phụ nữ 23T, nội trợ, nông thôn).

### **3.2.3. Ảnh hưởng do áp lực từ người chồng**

Nhóm đối tượng còn trẻ, thời gian VS chưa dài, có nghề nghiệp ổn định và đặc biệt đều có sự hỗ trợ kinh tế từ phía gia đình bên ngoài cho biết còn nhận được sự động viên, an ủi của chồng.

*“...chồng cháu nói nếu trong trường hợp bất khả kháng không thể có con, thì miễn là 2 vợ chồng sống tốt với nhau, yêu thương nhau là được, con cái cũng rất quan trọng, nhưng tình cảm vợ chồng cũng rất quan trọng”* (phụ nữ 28T, giáo viên, thành thị).

Tuy nhiên, nếu phân tích kỹ tất cả những cuộc phỏng vấn của những đối tượng khác khi hỏi về thái độ của chồng trong quá trình điều trị VS, thì có một điều rất rõ ràng là thay đổi của người chồng theo tiến trình thời gian, kể cả thay đổi tích cực hay tiêu cực.

Nhóm đối tượng còn trẻ cho biết áp lực ban đầu chỉ là sự khao khát mong mong của người chồng *“...cháu biết ý nguyện của chồng cháu, không nói nhưng anh*

*ấy rất thích có đứa con, nhìn anh ấy nhìn con người khác là cháu hiểu, làm cho chuyện khao khát của cháu càng khao khát hơn, mới đầu là không như thế này...”* (phụ nữ 29T, giáo viên, nông thôn).

Tuy nhiên, theo thời gian, quá trình điều trị VS khiến cho người chồng bức bối, khó chịu, thường gặp ở nhóm đối tượng thời gian VS kéo dài, đã qua quá nhiều đợt điều trị. Hầu hết các đối tượng được phỏng vấn khi nói về chồng đều có chung cảm giác chồng mình đã thay đổi nhiều theo thời gian.

Mới đầu là động viên, an ủi, hào hứng điều trị, nhưng sau đó là sự thờ ơ, khó chịu, chán nản vì mệt mỏi, tốn kém mà hy vọng có thai ngày càng mất dần. 7/10 đối tượng phỏng vấn cho biết có sự thay đổi này ở chồng, đặc biệt là khi biết rõ nguyên nhân VS từ phía vợ, đã từ chối không hợp tác điều trị, thậm chí còn không muốn cho vợ đi điều trị nữa. *“Lúc đầu thì đi cả hai vợ chồng, sau đó đi mãi ông ấy khùng lên không đi nữa,, rồi các lần sau này đi em điều trị đi một mình, có nịnh nọt thì ông ấy mới đi cùng...”* (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).

Nhóm lớn tuổi hơn, thời gian VS lâu hơn, cho biết chồng họ luôn lo lắng vợ không có khả năng sinh con và đã bắt đầu tỏ ý định ngoại tình, hoặc công khai ngoại tình, hoặc dọa ly hôn (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).

Thậm chí có đối tượng còn trẻ nhưng do sống ở nông thôn thì người chồng đã bắt đầu gợi ý xa xôi ngoại tình để có được một đứa con (theo lời của người phữ 27T, nhân viên thư viện, sống ở nông thôn).

Hầu hết các ông chồng sống ở nông thôn đều không muốn gánh chịu áp lực kinh tế do chi phí điều trị VS, muốn gia đình vợ tự chi trả, đặc biệt các đối tượng sống ở nông thôn.

Lý do những người chồng không muốn là đối tượng chính chi trả về mặt kinh tế cho người vợ do nguyên nhân VS không phải do mình. Hầu hết các đối tượng tham gia phỏng vấn cho biết phải tự lo gánh nặng chi phí điều trị với sự giúp sức của gia đình bên vợ, người chồng không muốn tốn kém do nguyên nhân VS từ phía vợ. Yếu tố giới từ truyền thống xã hội của Việt Nam đã làm cho người phụ nữ không cảm thấy có sự bất thường trong vấn đề này. *“...bọn em vẫn còn một cái mục*

*tiêu là đi làm IVF nên anh ấy không nói gì và về kinh tế thì có ông ngoại lo cho...”* (phụ nữ 27T, nhân viên thư viện, nông thôn).

Và chuyện gia đình vợ phải dành dụm, tiết kiệm tiền để cho con mình đi điều trị như một điều hiển nhiên, không nghe đến sự đóng góp của người chồng trong quá trình điều trị. *“Bố mẹ em thì cũng biết nguyên nhân là ở em cho nên cũng thương em lắm chị ạ. Có bao nhiêu tiền là gom góp lại để cho em đi điều trị.”* (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).

Sau giai đoạn chán nản, thờ ơ, thiếu quan tâm là đến giai đoạn chửi bới, đánh đập, bạo lực gia đình, thậm chí ngoại tình, đe dọa ly hôn. Phần nhiều cũng gặp ở nhóm đối tượng sống ở nông thôn, có trình độ văn hóa thấp, sống chung cùng với gia đình, bị gia đình và bạn bè, người xung quanh kích động.

*“..dần dần xung quanh hàng xóm bạn bè lấy chồng có con hết, đi ra đi vào, người ta cứ hỏi là sao vợ mày lâu đẻ thế, hoặc là lúc đi ăn uống ấy, bạn bè lại khích bác, mọi người xung quanh chúng nó cũng khích bác bảo em không biết đẻ, rồi bảo thế nọ thế kia, rồi lại trêu anh ấy đi kiếm vợ mới rồi đôi lúc anh ấy về anh ấy cũng chán. Anh ấy chán rồi anh ấy đi uống rượu uống chè...”* (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi).

Đặc biệt, những phụ nữ đã lớn tuổi, thời gian VS kéo dài, hầu như không còn hy vọng có thai là những người phải hứng chịu tình trạng bạo lực gia đình này nặng nề nhất.

*“Gần đây thôi chị ạ, trước đây thì không bao giờ. Bây giờ hơi trái ý là chửi bới, đập phá đồ đạc, tát vào mặt em, có hôm còn lấy gậy đập vào người em, mà có việc gì to tát đâu, chỉ là chuyện anh ấy rượu chè cờ bạc, em cũng góp ý thôi.”* (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).

#### **3.2.4. Ảnh hưởng do áp lực từ gia đình chồng**

Yếu tố gia đình tác động gây áp lực nhiều nhất ở nhóm phụ nữ sống ở nông thôn, sống cùng gia đình chồng và đặc biệt nếu phụ thuộc vào kinh tế nhà chồng thì người phụ nữ VS sẽ bị gánh chịu những áp lực rất nặng nề.

Cho dù có nai lưng ra làm hết mọi công việc từ trong nhà đến ngoài đồng ruộng không lúc nào ngơi tay do mặc cảm không thể sinh được con, chăm chỉ làm việc để “chuộc” lại “tội lỗi”, nhưng vẫn bị chì chiết cạnh khốe, bị so sánh với những người con dâu khác. *“Người ta có con cái còn có tý quyền, em không có con bố mẹ lườm nguýt, đá chó mắng mèo, mình biết nhưng nhịn đi cho xong, tức ứa nước mắt”* (39T, giáo viên mầm non, nông thôn).

Vì nguyên nhân VS do người phụ nữ nên gia đình người chồng rất thờ ơ đến việc điều trị để có con của người con dâu. Điều này thể hiện ở việc nhà chồng không bao giờ gọi điện thoại, quan tâm khi con dâu đi điều trị bệnh ở xa (phụ nữ 27T, nhân viên thư viện, nông thôn).

Khi người con dâu đi điều trị VS về, cũng không thêm quan tâm hỏi han quá trình điều trị cũng như kết quả điều trị như thế nào, đã có thai hay chưa, quá trình điều trị sẽ tiếp tục như thế nào (phụ nữ 23T, nội trợ, nông thôn).

Nguồn gốc của sự thờ ơ, thiếu quan tâm này cũng chỉ do gia đình quan niệm không có con là do người con dâu, con trai mình vẫn có khả năng có con bình thường, do đó nếu điều trị không khả quan thì họ vẫn có thể cưới vợ khác cho con trai mình.

Nhiều gia đình chồng cho rằng là điều rất tự nhiên nếu phụ nữ không có con thì không được coi là người trong gia đình, không có tiếng nói trong gia đình, không ai đoái hoài đến.

*“Có giỗ tết thì chỉ lăn ra nấu ăn, ngồi dưới bếp, không bao giờ được lên nhà trên, ai nói gì mình cũng không được góp ý hay có ý kiến gì đâu, mà cũng chả ai thêm hỏi mình. Người ta thấy mình không có con là coi như người dưng nước lã rồi, nông thôn là thế đấy chị ạ.”* (phụ nữ 39T, giáo viên mầm non, nông thôn).

Nguồn chi phí đi điều trị của hầu hết phụ nữ trong nhóm phỏng vấn chủ yếu xin trợ giúp kinh tế từ gia đình bên ngoài (do nguyên nhân VS từ vợ).

Cho nên dù nghèo, gia đình bên người vợ vẫn phải dành dụm tiền cho con gái mình đi chữa bệnh.

*“...bởi lấy chồng là hạnh phúc của con, khi mà xác định tìm được bệnh là do con mình thì ông bà cũng có đủ tính toán, cháu đi điều trị thế này là do ông bà ủng hộ tiết kiệm tiền dành cho bọn cháu từng tý”* (phụ nữ 29T, giáo viên, nông thôn).

*“... lương bọn cháu làm sao mà điều trị. Bố mẹ cháu bên ngoại thấy bệnh tật như thế nên tuy không giàu nhưng cũng cố gắng hỗ trợ cho cháu”* (phụ nữ 28T, giáo viên, thành thị).

Hoặc phải bán đất, bán tài sản dành dụm, hoặc vay nợ lãi (phụ nữ 36T, nông dân, nông thôn; phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).

*“...các bác (họ bên vợ) gửi về cho mỗi người 10 triệu, được 2 bác gửi cho vay mỗi người 10 triệu nhưng mà em cũng chưa lấy được mà cái đợt đi điều trị này là em phải đi vay...”* (phụ nữ 36T, nông dân, nông thôn)

Nếu có sự chia sẻ kinh tế bên chồng, mà chủ yếu do kinh tế là chung nhau, có nghĩa là kinh tế gia đình cũng có sự đóng góp của người con dâu, thì số tiền nhận được cũng rất là ít ỏi, kèm theo sự kêu ca phàn nàn, bực bội làm cho người phụ nữ cảm thấy rất khó khăn khi nhận tiền hoặc không dám nhận theo lời kể của người phụ nữ 39T, giáo viên mầm non, nông thôn và phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn, phụ nữ 23T, nội trợ, nông thôn.

Những phụ nữ nông thôn sống cùng gia đình chồng, kể cả những người có học vấn cao, nghề nghiệp ổn định, vẫn bị gia đình chồng tác động làm chia rẽ vợ chồng do con dâu không có khả năng sinh đẻ.

Có tới 6/10 phụ nữ cho biết mình bị gia đình chồng nói thẳng cho biết điều đó hoặc tác động đến người chồng để tìm người phụ nữ khác có khả năng sinh con. Thông thường, quan điểm gia đình chồng muốn con trai bỏ bỏ vợ, lấy người phụ nữ khác có khả năng sinh nở dễ dàng.

*“Ông bà suốt ngày bây giờ cứ nói thôi thì không đẻ được thì kiếm cái chị ở làng dưới đấy, lấy quách cái chị bên dưới ấy đi, với lại giục chồng bỏ vợ đi để lấy vợ khác để kiếm lấy đứa con để nối dõi vì anh ấy là con trai đầu”* (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi).

Phụ nữ có nghề nghiệp, công việc ổn định hẳn hoi mà không có khả năng sinh đẻ cũng không còn giá trị đối với gia đình chồng, và gia đình chồng vẫn muốn lấy người vợ khác, không cần trình độ văn hóa, nghề nghiệp, chỉ cần có khả năng sinh con. “...có lần ông nói với chị gái cần gì phải lấy anh có nghề có nghiệp, mà lấy những người ở nhà, làm ruộng mà đẻ con sòn sòn cũng được.” (phụ nữ 27T, nhân viên thư viện, nông thôn).

### **3.2.5. Ảnh hưởng do áp lực từ cộng đồng xã hội**

Nhóm đối tượng bị cộng đồng, xa lánh kỳ thị do không có khả năng sinh con hầu hết là sống ở nông thôn và có trình độ văn hóa thấp.

Theo quan niệm của cộng đồng, trách nhiệm của người phụ nữ là sinh con đẻ cái, vì vậy một người phụ nữ không sinh đẻ được không thể chấp nhận được, là một điều không được xem là bình thường và cộng đồng có thái độ kỳ thị, coi thường những người phụ nữ này.

*“Hàng xóm thì chị bảo, người nhà quê thì chị cũng biết rồi đấy. Nhiều lúc chẳng chịu được, có cái việc con gà chạy sang mà mình có đuổi thì người ta bảo là: “Mi ăn mi để làm gì để cho gà nhà tau ăn với, mi có con đâu mà phải này nọ”... Người ta cứ lấy việc không có con của mình ra để nhieć móc, chửi rủa.”* (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).

Thậm chí, không những có trách nhiệm sinh con, mà phải sinh được con trai thì người phụ nữ ấy mới thật sự có giá trị.

*“...ở quê thì tục phong kiến đang còn nhiều, nó không được như ở các chỗ khác và họ rất quan trọng về vấn đề con cái. Nhất là độc đĩnh mà không có con trai thì phải ngồi mâm dưới với đàn bà.”* (phụ nữ 27T, nhân viên thư viện, nông thôn).

Một điều gây áp lực rất mạnh với người phụ nữ nữa là quan niệm của xã hội, nếu người phụ nữ không có khả năng sinh con thường là những phụ nữ hư hỏng, chơi bời, NPT nhiều bị viêm nhiễm nên từ đó mới mất khả năng sinh con. Quan niệm ấy làm cho người phụ nữ vô cùng hoang mang lo sợ khi nguyên nhân VS lại rơi vào mình như tâm sự của người phụ nữ 29T, giáo viên, sống ở nông thôn.

Nhiều đối tượng cho biết mình luôn luôn bị cộng đồng bàn tán nhòm ngó, đặc biệt khi biết nguyên nhân VS là do mình. Nhóm đối tượng này đa dạng không kể trình độ học thức cao hay thấp, sống ở nông thôn hay thành thị.

Thông thường, người ta không nói thẳng với người phụ nữ mà chỉ bàn tán, bình luận phía sau càng làm cho người phụ nữ căng thẳng, ức chế.

*“...nhưng phần nhiều người ta nói ở sau lưng hay nói ở đâu chứ trước mặt mình người ta cứ làm như vẻ xót xa cho mình nhưng thực tế sau lưng người ta cũng ích kỷ, cũng nói to nhỏ xì xào”* (phụ nữ 36T, nông dân, nông thôn).

Nhưng người ta cũng chỉ tò mò, bàn tán nếu nguyên nhân VS là do người vợ, còn nếu nguyên nhân VS do chồng thì lại không ai bình luận gì vì họ không nghĩ đến chuyện VS do chồng là có tội. Do đó, người phụ nữ càng cảm thấy muốn xa lánh cộng đồng vì không muốn ai hỏi han, tò mò về chuyện con cái của mình (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi).

### ***3.2.6. Ảnh hưởng do áp lực từ yếu tố văn hóa, xã hội và định kiến về tôn giáo***

Nhóm đối tượng VS bị ảnh hưởng do định kiến của xã hội nhiều nhất vẫn là nhóm phụ nữ sống ở vùng nông thôn. VS ở đây là điều thường không được xã hội chấp nhận, thậm chí kể cả sinh con gái một bề cũng là một điều khó chấp nhận.

*“...ở quê thì tục phong kiến đang còn nhiều, nó không được như ở các chỗ khác và họ rất quan trọng về vấn đề con cái. Nhất là độc đinh mà không có con trai thì phải ngồi mâm dưới với đàn bà.”* (phụ nữ 27T, nhân viên thư viện, nông thôn).

Nguyên nhân VS mà do phụ nữ thì những định kiến này còn nặng nề rất nhiều. Những phụ nữ bị VS này thường bị cho là do chơi bời hư hỏng nên mất khả năng sinh con.

Thậm chí, kể cả ở thành thị, khi một gia đình chậm có con, không cần biết việc chậm có con là do ai, nhưng lỗi đầu tiên bao giờ cũng thuộc về người phụ nữ, người phụ nữ bao giờ cũng phải đi khám kiểm tra mình trước, vì không mấy khi xã hội lại nghĩ rằng lỗi không có con lại thuộc về người chồng (phụ nữ 28T, giáo viên, thành thị).



Khi không có con, không những người ta đổ lỗi cho người phụ nữ, mà còn cho rằng do vô phúc thất đức nên mới mất khả năng sinh đẻ (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi). Hơn nữa, lỗi của người phụ nữ cũng có thể do quan hệ nhân quả, chơi bời hư hỏng mới bị VS do tắc 2 VTC. “...*người ta bảo mình ngày xưa hư hỏng nên mới bị tắc vòi trứng...*”(phụ nữ 29T, giáo viên, nông thôn).

Hoặc những người phụ nữ không có con là một cái họa mà ra đường ai cũng cần phải tránh, đặc biệt là những ngày tết nhất, lễ hội, vì sợ những người này sẽ mang họa, mang vô phúc đến cho nhà mình. “...*mình còn trẻ lại như cái cây không có quả, sợ đến nhà người ta mang họa ra, nhất là cưới hỏi tết nhất...*” (phụ nữ 23T, nội trợ, nông thôn).

Vì thế, rất nhiều phụ nữ đã tìm đến yếu tố tâm linh để cầu khẩn, xin xỏ, mong có phép màu nào để cho mình có thể có con được. Hầu hết các đối tượng dù ở nông thôn hay thành thị, có trình độ văn hóa cao hay thấp đều có cầu cứu đến yếu tố tâm linh này.

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. BÀN LUẬN VỀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TRONG TIỀN SỬ SẢN PHỤ KHOA CÓ THỂ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VÔ SINH DO NGUYÊN NHÂN VÒI TỬ CUNG**

Như trong khung lý thuyết nêu ở phần tổng quan mục 1.5, VS do nguyên nhân VTC là loại bệnh lý có rất nhiều yếu tố nguy cơ khó có thể đánh giá hết được trong khuôn khổ của một nghiên cứu. Nghiên cứu này đi sâu vào phân tích 4 yếu tố nguy cơ chính đã được y văn đề cập trong tiền sử sản phụ khoa của người phụ nữ: (1) tiền sử dùng BPTT bằng DCTC; (2) tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung; (3) tiền sử NPT; và (4) tiền sử viêm đường sinh dục (VSD).

##### **4.1.1. Bàn luận tóm tắt về đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng tham gia nghiên cứu**

Theo số liệu được mô tả ở bảng 3.1, nhìn chung, không có sự khác biệt về nơi ở, nghề nghiệp, trình độ học vấn và điều kiện kinh tế ở 2 nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu với giá trị  $p \geq 0,05$  không có ý nghĩa thống kê. Điều này chứng tỏ sự tương hợp giữa nhóm bệnh và nhóm chứng, khẳng định kết quả chọn mẫu là phù hợp. Riêng đối với biến về dân tộc, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa người Kinh và người dân tộc thiểu số đến khám tại bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa cũng do điều kiện tiếp cận của người dân tộc (thường là sống ở vùng sâu, vùng xa) và thường là kinh tế khó khăn nên việc tiếp cận với dịch vụ điều trị y tế tại tuyến tỉnh cũng khó khăn và cũng là một hạn chế của nghiên cứu trong điều kiện địa lý, xã hội phức tạp tại Thanh Hóa.

##### **4.1.2. Bàn luận về mối liên quan giữa tiền sử đặt DCTC và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC**

Kết quả phân tích đơn biến ở bảng 3.2 cho thấy, DCTC là một BPTT được nhiều phụ nữ lựa chọn tại Thanh Hóa. Khoảng một phần ba số phụ nữ có tiền sử đặt DCTC (33,7% phụ nữ nhóm bệnh và 36,8% phụ nữ nhóm chứng). Phân phân tích đơn biến cho thấy không có mối liên quan chặt chẽ giữa nguy cơ VS do VTC và

dùng BPTT bằng đặt DCTC với OR = 0,9 và giá trị  $p > 0,05$  không có ý nghĩa trong thống kê (bảng 3.2).

Tuy nhiên, theo mô hình phân tích đa biến ở bảng 3.3 cho thấy nguy cơ VS do VTC có liên quan đến số lần đặt DCTC. Phụ nữ chỉ đặt DCTC một lần không có mối liên quan với VS do nguyên nhân VTC nhưng nếu đặt DCTC từ 2 lần trở lên làm tăng nguy cơ VS do VTC gấp 2,2 lần so với phụ nữ không đặt DCTC (95% KTC=1,13-4,62,  $p < 0,05$ ). Nhưng sau khi dùng mô hình hồi qui đa biến logistic có kiểm soát yếu tố gây nhiễu thì số lần đặt DCTC lại không có mối liên hệ chặt chẽ với VS do nguyên nhân VTC (bảng 3.9). Như vậy, DCTC không phải là yếu tố nguy cơ cho VS do nguyên nhân VTC. Tuy nhiên, phụ nữ có TS đặt DCTC sống ở thành thị lại có nguy cơ cao hơn phụ nữ có cùng TS đặt DCTC sống ở các khu vực khác gần 2 lần (95% KTC=1,03-3,38,  $p < 0,05$ ).

Kết quả nghiên cứu về mối liên quan giữa TS đặt DCTC và VS do nguyên nhân VTC phù hợp với một số nghiên cứu, đặc biệt khi mối liên quan này lại có quan hệ chặt chẽ với nhóm phụ nữ sống ở thành thị. Người ta vẫn cho rằng phụ nữ sống ở thành thị sẽ có điều kiện tiếp cận những dịch vụ y tế tốt hơn, tuy nhiên các bệnh STDs lại thường cao hơn ở những đối tượng sống ở khu vực này [12]. Có thể độ tuổi sinh hoạt tình dục, số lượng bạn tình và các bệnh STDs có liên quan đến sự khác nhau trong mối liên quan với các yếu tố nguy cơ giữa các khu vực sinh sống. Những phần phân tích tiếp theo có liên quan đến viêm nhiễm sẽ đề cập thêm đến vấn đề này.

Theo tổng quan y văn trên thế giới, trước đây, một số tác giả vẫn cho rằng DCTC có thể làm tăng nguy cơ VS do nguyên nhân VTC [59], [86].

Tuy nhiên, để giải thích tại sao không phải tất cả phụ nữ đặt DCTC đều bị VS do nguyên nhân VTC, những tác giả này lý giải sự khác nhau về nguy cơ này bằng cách giải thích cơ chế gây viêm nhiễm vùng chậu dẫn đến tổn thương VTC của BPTT bằng DCTC, trong đó DCTC có vai trò như một vật lạ làm cho cơ thể giảm sự đề kháng với vi khuẩn gây viêm nhiễm, và sự viêm nhiễm này hoàn toàn khác nhau tùy theo sức đề kháng của từng người [59], [86].

Một số tác giả khác lại cho rằng DCTC nếu đặt trên những phụ nữ có bệnh lý viêm nhiễm, đặc biệt trên một số bệnh như bệnh lậu triệu chứng không rõ ràng, hoặc nhiễm Chlamydia nếu đặt DCTC sẽ có nguy cơ viêm nhiễm ngược dòng rất cao dẫn đến tắc VTC cao hơn rất nhiều so với nhóm phụ nữ không có viêm nhiễm [81], [80]. Tuy nhiên, nguy cơ này cũng ngang với phụ nữ có viêm nhiễm như trên mà không đặt DCTC. Như vậy theo tác giả này, DCTC không phải là yếu tố nguy cơ làm tăng VS do VTC mà chính là viêm nhiễm trên phụ nữ đặt DCTC mới làm tăng nguy cơ VS do VTC [81].

Điều này cũng phù hợp với kết quả phân tích của luận văn, khi kết quả phân tích cho thấy tiền sử đặt DCTC không phải là yếu tố nguy cơ cho VS do nguyên nhân VTC, tuy nhiên phụ nữ sống ở thành thị có TS đặt DCTC lại có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cao hơn phụ nữ sống ở những khu vực khác có TS đặt DCTC gấp gần 2 lần. Kết quả có vẻ nghịch lý, nhưng cũng có thể giải thích được bởi những yếu tố có thể liên quan đến viêm nhiễm vì thời gian đặt DCTC không làm tăng mối nguy cơ này.

Tác giả Grimes và cộng sự cũng cho thấy DCTC không làm tăng nguy cơ VS do VTC nhưng các bệnh nhiễm khuẩn với các triệu chứng tiến triển âm thầm như lậu, Chlamydia mới làm tăng tỷ lệ VS do VTC. Đối với những phụ nữ có các bệnh lý này mà không được điều trị, nguy cơ VS do VTC là như nhau kể cả nhóm đặt DCTC hoặc không đặt DCTC [79].

Tác giả Doll và cộng sự còn cho rằng, DCTC làm phụ nữ sao nhãng với việc phòng tránh các bệnh STDs do không còn nỗi lo lắng có thai ngoài ý muốn so với các biện pháp tránh thai khác như dùng bao cao su hay uống thuốc tránh thai, nguy cơ viêm nhiễm cũng tăng lên và từ đó dẫn đến mối liên quan giữa DCTC và VS do nguyên nhân VTC [59].

Yếu tố thời gian đặt DCTC không có mối liên hệ chặt chẽ với VS do nguyên nhân VTC cũng phù hợp với 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 [80], [81], [128].

Tương tự như vậy, kết quả nghiên cứu từ tác giả Khalaf cho thấy 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 [91].

Như vậy, tình trạng nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục của người phụ nữ vào thời điểm đặt DCTC vẫn là vấn đề có nhiều mối quan tâm nhất, đặc biệt nhóm nguy cơ cao lại là nhóm phụ nữ sống ở thành thị, nơi có những mối quan hệ tình dục tương đối phức tạp và tỷ lệ viêm nhiễm do các bệnh STDs cũng cao [12]. Nhưng khó có thể đánh giá tình trạng viêm nhiễm bộ phận sinh dục của người phụ nữ bằng mắt thường, cần phải có những kỹ năng lâm sàng nhất định và những xét nghiệm đơn giản nhất. Trong quá trình phỏng vấn đối tượng tham gia nghiên cứu thì được biết, việc đánh giá tình trạng viêm nhiễm hoàn toàn phụ thuộc vào quan sát và kinh nghiệm chủ quan của người cán bộ y tế, có nghĩa là rất ít người được làm các loại xét nghiệm để đánh giá tình trạng viêm nhiễm của mình tại tuyến cơ sở. Đây cũng là một vấn đề cần quan tâm tại Thanh Hóa, bởi vì trình độ chuyên môn của cán bộ y tế tại tuyến cơ sở tương đối hạn chế và hầu như rất ít tuyến y tế cơ sở có hỗ trợ chẩn đoán bằng các xét nghiệm cho dù là những xét nghiệm soi tươi tìm vi khuẩn gây bệnh đơn giản nhất [29].

Cần nhắc về tỷ lệ VS thứ phát, đặc biệt VS do nguyên nhân VTC tăng lên đáng kể trong vài thập kỷ gần đây cho thấy chúng ta cần phải quan tâm đến nhiều yếu tố có liên quan đến DCTC, đặc biệt là khi DCTC có dây được thay thế toàn bộ DCTC không dây trong vài thập niên gần đây, khi mà tất cả phụ nữ trong nhóm nghiên cứu này đều được đặt DCTC có dây loại chữ T hoặc Multiload.

Mặc dù một nghiên cứu tổng hợp do Gareen và cộng sự xem xét lại 36 nghiên cứu khác đưa ra kết luận rằng bất cứ dùng một loại DCTC nào cũng có thể liên quan đến nguy cơ của viêm nhiễm vùng chậu [73], tuy nhiên với tỷ lệ VS thứ phát tăng nhanh gần đây đòi hỏi các nhà nghiên cứu không nên bỏ qua một chi tiết nào để làm giảm nguy cơ VS do nguyên nhân VTC.

Nhiều tác giả cho rằng nếu DCTC được đặt bởi cán bộ y tế được đào tạo chuyên nghiệp, môi trường đặt DCTC đảm bảo vệ sinh và người phụ nữ không có viêm nhiễm từ trước, có mối quan hệ tình dục với một đối tác ổn định thì đây là một BPTT an toàn và không có nguy cơ gây VS do VTC [91]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, không có mối liên quan giữa trình độ người đặt DCTC và nguy cơ VS do VTC (bảng 3.3).

Từ kết quả thu được trong nghiên cứu và so sánh với các nghiên cứu khác của các tác giả trong và ngoài nước cho thấy kết quả của nghiên cứu phù hợp với giả thuyết cho rằng DCTC là một yếu tố nguy cơ VS do VTC nếu DCTC đặt vào thời điểm người phụ nữ đang bị viêm nhiễm, đặc biệt do các bệnh lây lan qua đường tình dục, và qui trình đặt DCTC không vô khuẩn. Nếu đặt DCTC đúng qui trình, người phụ nữ đã được tầm soát các bệnh viêm nhiễm phụ khoa thì DCTC không là yếu tố làm tăng nguy cơ VS do VTC.

Cho dù kết quả phân tích của mô hình hồi qui đa biến logistic không tìm ra mối liên hệ chặt chẽ giữa TS đặt DCTC từ 2 lần trở lên như trong các mô hình hồi quy đa biến (bảng 3.9 và bảng 3.13), nhưng dù sao cũng nên cảnh báo cho những phụ nữ trẻ đang còn muốn sinh thêm con không nên đặt DCTC nhiều lần. Và có lẽ nên tiến hành thêm những nghiên cứu liên quan đến độ tuổi quan hệ tình dục, số bạn tình và các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục sẽ làm sáng tỏ hơn trong mối liên quan giữa TS đặt DCTC với các nhóm phụ nữ sống ở các vùng địa lý khác nhau.

Một số yếu tố nữa có lẽ cũng nên cân nhắc khi tỷ lệ VS thứ phát tăng lên thời gian gần đây, trong đó có cả nhiều phụ nữ sống ở nông thôn có TS đặt DCTC, đó là có hay không sự khác nhau của các loại DCTC (có dây và không dây).

Năm 2002 cũng có vài tác giả nghiên cứu về hiệu quả và tính an toàn của vòng Tcu 380A đã từng có nhận xét là tỷ lệ nhiễm nấm và nhiễm khuẩn đều tăng lên sau khi đặt loại DCTC có dây nhưng sau đó cũng không có nghiên cứu nào đối chứng với loại DCTC không dây [35]. Cho đến nay cũng rất ít nghiên cứu đi sâu vào những vấn đề này tại Việt Nam, có lẽ do sự nhạy cảm của những vấn đề có liên quan đến chính sách dân số và KHHGD. Một vài tác giả như TH Dũng cho rằng

9,3% các trường hợp VS do tác VTC có liên quan đến đặt DCTC [6]. Tuy nhiên, cách đánh giá của tác giả chỉ dựa vào khai thác tiền sử, chủ yếu là mô tả thống kê, không phân tích sâu để tìm mối liên hệ giữa các yếu tố.

#### **4.1.3. Bàn luận về mối liên quan giữa tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung và nguy cơ VS do VTC**

Số liệu từ bảng 3.4 cho thấy TS mổ viêm phúc mạc ruột thừa, TS mổ khối u BT và TS mổ lấy thai không phải là yếu tố nguy cơ cho VS do nguyên nhân VTC. Phụ nữ có TS mổ lấy thai thậm chí còn giảm nguy cơ VS do VTC xuống còn 0,3 lần (OR=0,3 với  $p<0,001$ ). Nguyên nhân VS nhiều khi rất phức tạp, nên có thể, phụ nữ có TS mổ lấy thai đã chứng minh được khả năng có thai của mình là bình thường và vết mổ lấy thai trên TC không ảnh hưởng đến tình trạng của VTC.

Riêng phụ nữ có tiền sử mổ lạc NMTC tăng nguy cơ VS do nguyên nhân VTC gấp 4,6 lần so với phụ nữ không có TS mổ lạc NMTC (bảng 3.4). Sau khi được đưa vào phân tích ở mô hình đa biến logistic kiểm soát yếu tố gây nhiễu thì phụ nữ có TS mổ lạc NMTC vẫn làm tăng nguy cơ VS do nguyên nhân VTC gấp 4,8 lần so với phụ nữ không có TS mổ lạc NMTC có cùng nơi cư ngụ (bảng 3.10).

Ở mô hình hồi qui đa biến cuối cùng trong mối liên quan với những yếu tố nguy cơ khác, TS mổ lạc NMTC vẫn là yếu tố nguy cơ cho VS do nguyên nhân VTC. Phụ nữ có TS mổ lạc NMTC tăng nguy cơ VS do nguyên nhân VTC gấp 4,6 lần so với phụ nữ không có TS mổ lạc NMTC có cùng nơi cư ngụ (bảng 3.13).

Những phụ nữ có TS phẫu thuật vùng tiểu khung sống ở thành thị có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC tăng gấp 2,2 lần so với phụ nữ sống ở các vùng địa lý khác (bảng 3.10). Ở mô hình hồi qui đa biến cuối cùng có kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, phụ nữ sống ở thành thị vẫn có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cao hơn phụ nữ sống ở các vùng khác gấp 2,8 lần (bảng 3.13).

Như vậy, kết quả nghiên cứu có những điểm trùng hợp và có những điểm không trùng hợp với một số nghiên cứu khác trên thế giới và tại Việt Nam.

Mặc dù theo tổng quan y văn và lý thuyết cơ bản, TS phẫu thuật vùng tiểu khung có thể gây sẹo dính co kéo làm tổn thương dẫn đến tắc dính VTC [17], [140], nhưng một số nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam lại có những quan điểm khác nhau.

Theo Saraswat và cộng sự trong một nghiên cứu bệnh chứng so sánh giữa phụ nữ VS do VTC và phụ nữ có TS mổ lấy thai cho thấy TS mổ lấy thai không phải là nguy cơ cho VS thứ phát do nguyên nhân VTC (OR=1,27; 95% KTC= 0,9-1,78;  $p > 0,05$ ) [116]. Nhận xét của tác giả Saraswat phù hợp với kết luận rút ra từ nghiên cứu này là phụ nữ có TS mổ lấy thai làm giảm nguy cơ VS do nguyên nhân VTC so với những phụ nữ không có TS mổ lấy thai (bảng 3.4, 3.10, 3.13).

Tuy nhiên, nghiên cứu của Saraswat và cộng sự lại cho thấy rằng mổ lấy thai trên những bệnh nhân có TS viêm nhiễm vùng tiểu khung lại có mối liên quan chặt chẽ với VS do nguyên nhân do VTC. Những phụ nữ có TS mổ lấy thai có TS viêm nhiễm vùng tiểu khung có nguy cơ VS do VTC tăng gấp hơn 17 lần so với phụ nữ có TS mổ lấy thai nhưng không có TS viêm nhiễm vùng tiểu khung (OR=17,3; 95% KTC= 10,9-27,6) [116].

Tại Việt Nam, liên quan đến TS các phẫu thuật vùng tiểu khung, một số tác giả đưa ra những bằng chứng khác nhau so với kết quả nghiên cứu này. TH Dũng và cộng sự cho rằng TS có phẫu thuật vùng tiểu khung, trong đó có TS mổ lấy thai, góp phần khoảng 7,4% các trường hợp VS do tắc VTC [6]. Tuy nhiên đây chỉ là nghiên cứu mô tả nên khó có thể đánh giá được độ tin cậy của những kết quả này.

Riêng đối với những phụ nữ có TS mổ lạc NMTC, kết luận từ nghiên cứu trùng với hầu hết những nghiên cứu khác [23], [20]. Lạc NMTC là nguyên nhân hay hậu quả của VS vẫn chưa được chứng minh qua nhiều nghiên cứu, người ta chỉ thấy rằng lạc NMTC thường đi kèm với VS- hiếm muộn. Tuy nhiên, vấn đề quan trọng là làm thế nào để tránh được nguy cơ này thì vẫn còn đang trong quá trình nghiên cứu do cơ chế gây bệnh lý lạc NMTC chưa rõ ràng [20], [33], [64].

Như vậy, mặc dù TS mổ lạc NMTC được xem là một yếu tố nguy cơ trong kết quả nghiên cứu và có mối liên quan chặt chẽ với VS, đặc biệt là nguyên nhân VS do VTC ở tất cả các mô hình đã được phân tích, nhưng do cơ chế bệnh lý chưa rõ ràng,



cho nên chưa có biện pháp phòng ngừa nào hợp lý. Những cảnh báo để phòng ngừa bệnh lý này chỉ là tăng cường đi khám phụ khoa để có thể xử lý can thiệp sớm những trường hợp lạc NMTC cho phụ nữ đang độ tuổi sinh đẻ, có thể hạn chế được tình trạng tổn thương VTC do điều trị muộn, giảm nguy cơ tắc VTC cho người phụ nữ khi các tổn thương lạc NMTC còn chưa lan rộng.

#### **4.1.4. Bàn luận về mối liên quan giữa tiền sử NPT và nguy cơ VS do VTC**

Như bảng 3.5 đã trình bày, tần suất NPT của cả phụ nữ nhóm bệnh và nhóm chứng đều tương đối cao, đặc biệt là nhóm bệnh (54,7% nhóm bệnh và 35,3% nhóm chứng). Nhìn chung, khảo sát cũng tại Thanh Hóa cho thấy tần suất NPT tương đối cao, đặc biệt nhóm đối tượng bị VS [27].

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy phụ nữ có tiền sử NPT có nguy cơ VS do VTC cao gấp 2,2 lần so với những người không có tiền sử NPT (95% KTC= 1,4-3,4,  $p<0,001$ ) (bảng 3.5).

Các yếu tố khác như số lần NPT, phương pháp NPT, tuổi thai vào thời điểm NPT, địa điểm NPT, trình độ người NPT, có hay không dùng kháng sinh sau NPT và có tai biến sau NPT cũng có mối liên quan chặt chẽ có ý nghĩa thống kê với VS do nguyên nhân VTC (bảng 3.6).

Sau khi dùng mô hình hồi qui đa biến logistic kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, NPT vẫn là một yếu tố nguy cơ cho VS do nguyên nhân VTC (bảng 3.11). Phụ nữ có TS NPT nhưng không có tai biến có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cao gấp 10,4 lần phụ nữ không có TS NPT ở cùng nơi cư ngụ (95% KTC =4,30-25,35;  $p<0,0001$ ), phụ nữ có TS NPT có tai biến có nguy cơ VS tăng gấp hơn 46 lần so với phụ nữ không có TS NPT ở cùng địa bàn cư ngụ (95% KTC=13,96-152,34;  $p<0,0001$ ). Phụ nữ sống ở thành thị có TS NPT có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC tăng gấp 2,6 lần so với phụ nữ có TS NPT sống ở các vùng khác (95% KTC = 1,36-4,83;  $p<0,01$ ).

Phụ nữ có TS NPT bằng phương pháp hút thai làm giảm nguy cơ VS do nguyên nhân VTC so với phụ nữ có TS NPT bằng các phương pháp khác ở cùng nơi cư ngụ (OR=0,5; 95% KTC=0,24-1,10), tuy nhiên mối liên hệ này không có ý

nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Phụ nữ có TS NPT được cung cấp dịch vụ NPT tại bệnh viện tuyến tỉnh và có dùng kháng sinh sau NPT làm giảm nguy cơ VS do nguyên nhân VTC so với phụ nữ có TS NPT tại các cơ sở khác và không dùng kháng sinh sau NPT ở cùng nơi cư ngụ (OR lần lượt là 0,4 và 0,2; 95% KTC=0,16-0,77 và 0,06-0,36). Phụ nữ sống ở thành thị có TS NPT cũng tăng nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cao 2,6 lần so với phụ nữ sống ở các vùng địa lý khác (OR=2,6; 95% KTC=1,36-4,83) (bảng 3.11).

Ở mô hình hồi quy đa biến cuối cùng, phụ nữ có TS NPT không có tai biến có nguy cơ VS do VTC cao gấp gần 6 lần so với phụ nữ không có TS NPT (95% KTC =2,38-13,90;  $p < 0,0001$ ) và phụ nữ có TS NPT có tai biến có nguy cơ VS do VTC tăng gấp hơn 28 lần so với phụ nữ không có TS NPT ở cùng nơi cư ngụ (95% KTC =8,27-96,71;  $p < 0,0001$ ).

Phụ nữ có TS NPT bằng phương pháp hút thai không làm tăng nguy cơ VS do nguyên nhân VTC (OR=0,4; 95% KTC =0,15-0,81) và có dùng kháng sinh sau NPT sẽ làm giảm nguy cơ VS do nguyên nhân VTC xuống 0,2 lần (OR= 0,2; 95% KTC =0,62-0,38) so với phụ nữ có TS NPT không phải bằng phương pháp hút thai và phụ nữ có TS NPT nhưng không dùng kháng sinh sau NPT có cùng nơi cư ngụ (bảng 3.13).

Như vậy, phụ nữ có TS NPT trong nghiên cứu này có thể nói là đã được cung cấp bởi dịch vụ phá thai “không an toàn”, theo quan điểm của WHO [139]. Những yếu tố nguy cơ liên quan đến TS NPT trong nghiên cứu này phần lớn là có liên quan nhiễm khuẩn sau NPT và dẫn đến hậu quả là viêm dính vùng tiểu khung dẫn đến tắc dính VTC [91]. Hơn nữa, phụ nữ có TS NPT sống ở thành thị nằm trong nhóm nguy cơ cao so với phụ nữ không sống ở thành thị thì khó có thể nói là họ không được cung cấp bởi những dịch vụ kém chất lượng hơn phụ nữ sống ở nông thôn và miền núi. Như vậy tình trạng viêm nhiễm đường sinh dục đặc biệt là STDs và mối liên quan giữa điều kiện địa lý và quan hệ tình dục không an toàn cần phải được quan tâm hơn trong những nghiên cứu khác, đặc biệt đây lại là một yếu tố tương đối nhạy

cảm, khó khai thác trong bối cảnh văn hóa xã hội tại Thanh Hóa.

Kết quả này cũng trùng hợp với các nghiên cứu ở phần tổng quan đã trình bày ở mục 1.3 là tất cả các thủ thuật có liên quan đến thai nghén nếu thực hiện trong điều kiện không vô khuẩn hoặc NPT không an toàn đều là nguy cơ đe dọa cho VS [18], [91], [142], [145]. Một điều đáng lo ngại nữa, NPT tương đối cao trên thế giới và tại nhiều nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam, cho dù con số NPT thực sự vẫn là điều thách thức với tất cả các nhà nghiên cứu [142]. Ngoài những tai biến nghiêm trọng ảnh hưởng đến tính mạng của phụ nữ, VS có thể là hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của bất cứ tai biến nào của NPT không an toàn, đặc biệt là nhiễm khuẩn [139]. Nhìn chung, các kết quả nghiên cứu cho thấy TS NPT có thể làm tăng nguy cơ VS do VTC được tương đối nhiều tác giả khác đồng tình [91], [142].

Nhưng cũng có một số tác giả không cho rằng NPT là yếu tố nguy cơ cao cho VS. Nghiên cứu của Torres-Sanchez và cộng sự trong một nghiên cứu bệnh chứng tại Mehico đã không thấy bằng chứng liên quan giữa NPT và VS do VTC (OR=0,82 (95% KTC= 0,07-8,99) [129]. Tuy nhiên, tác giả lại nhận thấy có một số yếu tố liên quan chặt chẽ đến nguy cơ VS do VTC, ví dụ như NPT trên những phụ nữ có các bệnh viêm nhiễm lây lan qua đường tình dục, hoặc NPT trên những phụ nữ có quan hệ tình dục ở độ tuổi còn rất trẻ (<20 tuổi) (OR hiệu chỉnh= 12,8; 95% KTC= 7,1, 23,1) [129].

Tại Việt Nam, cũng có một số nghiên cứu có quan tâm đến NPT và VS do nguyên nhân VTC [6], [18], [32]. PH Tuấn và cộng sự đã thiết kế một nghiên cứu bệnh chứng để đánh giá mối liên hệ giữa nguy cơ VS thứ phát và NPT, trong đó nhóm chứng được sử dụng trong nghiên cứu này là đối tượng VS nhưng không có tiền sử NPT. Kết quả nghiên cứu cho thấy phụ nữ có TS NPT có nguy cơ VS thứ phát cao gấp 2,5 lần so với phụ nữ không có TS NPT (OR=2,5, 95% KTC= 1,6-3,9) [32]; TH Dũng trong một nghiên cứu mô tả thì cho thấy có đến 46,7% các trường hợp VS do VTC có liên quan đến NPT [6].

Mặc dù phần lớn các nghiên cứu đều cho thấy có một số yếu tố có mối liên quan giữa NPT và VS do nguyên nhân VTC, nhưng những yếu tố này không giống

nhau giữa các nghiên cứu. Những yếu tố thường được đưa ra để phân tích được cho là có liên quan đến mối quan hệ giữa NPT và VS do nguyên nhân VTC thường là tuổi thai vào thời điểm NPT, số lần NPT, phương pháp NPT (dùng bơm hút, thìa nạo hay phá thai bằng thuốc hoặc các phương pháp khác), trình độ người cung cấp dịch vụ và một số các yếu tố liên quan khác tùy theo thiết kế của từng nghiên cứu, trong đó chú trọng nhất là những tai biến sau NPT [79], [136], [145], hoặc có cả tình trạng viêm nhiễm của người phụ nữ vào thời điểm NPT [129], [139]. Kết quả từ nghiên cứu này phù hợp với những kết luận rút ra từ phần lớn các nghiên cứu trên.

Trong nghiên cứu của Torres và cộng sự, tác giả cho rằng sở dĩ nghiên cứu này không có mối liên quan chặt chẽ giữa VS do nguyên nhân VTC và NPT bởi vì NPT tại Mexico đã “an toàn” hơn so với trước kia [129], theo đó 60% đối tượng tham gia nghiên cứu đã thực hiện kỹ thuật NPT tại các bệnh viện hoặc phòng khám chuyên khoa, 95% các cuộc NPT được thực hiện bởi bác sỹ, và chỉ có 5% dùng các phương pháp không an toàn như đặt que hoặc dị vật vào buồng TC [129]. Đặc biệt, phá thai bằng thuốc hiện đang được xem là biện pháp phá thai không xâm lấn chiếm tới 38% tổng số phụ nữ tham gia nghiên cứu [129]. Trong nghiên cứu này, số phụ nữ NPT bằng thuốc rất ít, hầu như chỉ được dùng trong cơ sở y tế tuyến tính để kết hợp trong phá thai to.

Rất khó để xác định ranh giới giữa NPT “an toàn” và “không an toàn” tại Thanh Hóa theo điều kiện như tác giả Torres đã nêu. Tuy nhiên, có thể hiểu NPT “an toàn” có nghĩa là thủ thuật NPT không có tai biến và không để lại biến chứng tức thời hay lâu dài. Ngoài những tai biến chết người như chảy máu, nhiễm trùng nặng, thủng ruột, thủng tử cung, ngộ độc các loại thuốc uống dùng để phá thai, NPT còn để lại những hậu quả lâu dài như viêm nhiễm vùng tiểu khung, CNTC và VS [139]. Những tai biến tại chỗ tức thời liên quan đến tính mạng của người phụ nữ NPT không nằm trong phân tích của nghiên cứu này vì thông thường, những phụ nữ này muốn cứu được tính mạng phải cắt bỏ TC.

Đặc biệt, việc theo dõi tai biến sau NPT và dùng kháng sinh sau NPT có liên quan chặt chẽ vấn đề tư vấn và theo dõi sau NPT (bảng 3.6, bảng 3.11, bảng 3.13).

Những vấn đề này sẽ dẫn đến hậu quả là nhiễm khuẩn đường sinh dục sau NPT, mấu chốt trong mối liên quan giữa TS NPT và nguy cơ VS do nguyên nhân VTC. Như vậy, phụ nữ được cung cấp dịch vụ NPT không có tai biến, được tư vấn kỹ để dùng kháng sinh sau NPT sẽ làm giảm đi nguy cơ VS do VTC rất nhiều lần.

Kết quả rút ra từ nghiên cứu đặc biệt nghiêm trọng khi tỷ lệ NPT của Việt Nam rất cao, có nghiên cứu ước tính tới 83% trên tổng số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, tập trung vào độ tuổi từ 21- 40 [18]. Cũng nghiên cứu này đã chỉ ra rằng có tới 46,7% số ca NPT chưa đạt yêu cầu, 50% các ca NPT không đảm bảo vô khuẩn, và có tới 57,3% không được theo dõi sau NPT và tai biến sau NPT gặp tới 10% . Còn theo khảo sát của một nghiên cứu có liên quan đến VS thứ phát tại Thanh Hóa cho thấy có tới 76% đối tượng được phỏng vấn trả lời là có ít nhất từ 1 lần NPT trở lên [28].

Không chỉ ở Thanh Hóa, hầu hết NPT tại Việt Nam không thể được xem là “an toàn” khi VT Hòa trong nghiên cứu của mình cho biết phần lớn cán bộ y tế không đạt được những yêu cầu cơ bản khi cung cấp dịch vụ SKSS đến người phụ nữ ở phần lớn các vùng tại Việt Nam [10]. Tỷ lệ người cung cấp dịch vụ có kiến thức đúng về NPT cho phụ nữ đạt chuẩn quốc gia rất thấp, chỉ đạt 21,% [10]. Như vậy, nghiên cứu này cho thấy NPT là một yếu tố có nguy cơ cao cho nguyên nhân VTC và có nhiều vấn đề cần xem xét lại, đặc biệt là nguy cơ nhiễm khuẩn sau NPT.

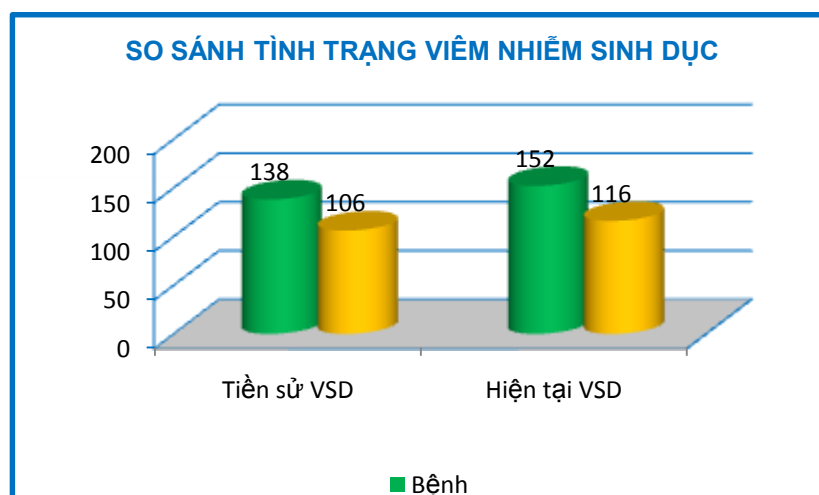
Thêm vào đó, cũng tương tự như yếu tố dùng BPTT bằng DCTC, tình trạng viêm nhiễm bộ phận sinh dục của người phụ nữ vào thời điểm NPT cũng không được đánh giá chính xác. Đây cũng là những yếu tố cần được lưu ý để đi sâu vào đánh giá khi tiến hành những nghiên cứu khác, đặc biệt khi phụ nữ sống ở thành thị nằm trong nhóm có nguy cơ cao VS do tác VTC so với phụ nữ không sống ở thành thị (bảng 3.13).

#### **4.1.5. Bàn luận về tiền sử viêm sinh dục và VS do nguyên nhân VTC**

Theo kết quả phân tích đơn biến cho thấy, tiền sử VSD là yếu tố nguy cơ cho VS do nguyên nhân VTC. Phụ nữ có tiền sử VSD có nguy cơ bị VS do nguyên nhân VTC cao gấp hơn 2 lần so với phụ nữ không có tiền sử VSD (OR=2,1; 95% KTC= 1,36-3,25). Đặc biệt, phụ nữ có TS nhiễm Chlamydia có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cao gấp hơn 8 lần so với phụ nữ không có TS nhiễm Clamydia (OR=8,1;

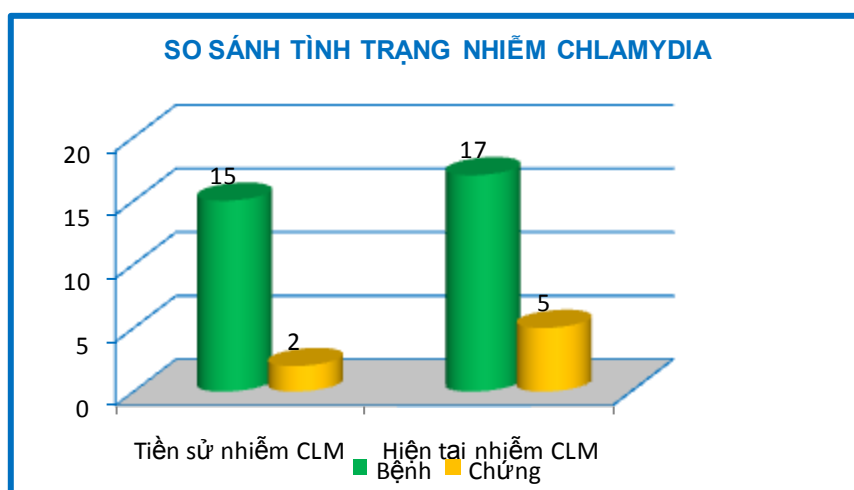
95% KTC=1,77-36,56) (bảng 3.7).

Nếu so sánh giữa TS VSD và tình trạng VSD thực tế cho thấy tình trạng VSD quả thật tương đối cao, không phải là sai số gọi nhớ.



Hình 3.1. So sánh số liệu báo cáo tiền sử VSD và hiện tại có VSD

Tỷ lệ so sánh trên cho thấy VSD tương đối cao ở cả hai nhóm bệnh và chứng cả trong tiền sử bệnh (71,6% nhóm bệnh, 55,8% nhóm chứng) và tình trạng viêm nhiễm hiện tại (80% nhóm bệnh, 61,1% nhóm chứng).



Hình 3.2. So sánh số liệu báo cáo tiền sử nhiễm Chlamydia và tỷ lệ nhiễm Chlamydia hiện tại

Tiền sử nhiễm Chlamydia của nhóm bệnh cao hơn tỷ lệ nhiễm Chlamydia thực tại (11,6% so với 8,9%), tuy nhiên tỷ lệ nhiễm của nhóm chứng có sự thay đổi không đáng kể (2,1% và 2,6%). Tuy nhiên, phương pháp xét nghiệm Chlamydia là

phương pháp miễn dịch sắc ký nên độ nhạy và độ đặc hiệu tương đối thấp, do đó tỷ lệ nhiễm thấp hơn nhiều so với phương pháp PCR (Polymerase Chain Reaction) hoặc EIA (enzyme-immunoassay) [1], [22].

Tổng quan y văn qua các nghiên cứu từ thế giới đặc biệt là những nước kém phát triển khác tuy số lượng không đầy đủ nhưng cũng cho thấy TS VSD đóng vai trò rất quan trọng trong VS, đặc biệt VS do nguyên nhân VTC [53], [91], [97], [107].

Một trong những hậu quả nghiêm trọng của các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục là gây viêm dính vùng tiểu khung. Nguyên nhân gây viêm nhiễm vùng chậu thông thường nhất là do lậu, Chlamydia và các tổn thương khác gây bệnh lý vùng chậu [111], trong đó phổ biến nhất là Chlamydia và lậu [71], [91], [137].

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 đẻ, sảy thai, và chủ yếu là NPT [67], [131].

Trong nghiên cứu này, tuy số liệu của nghiên cứu hồi cứu bị cho là có độ tin cậy không cao nhưng cũng có thể phác họa được một bức tranh toàn cảnh về tình hình VSD của phụ nữ đang độ tuổi sinh đẻ trong nhóm nghiên cứu. Hơn nữa, phối hợp với tình trạng VSD được thăm khám và xác định bởi xét nghiệm soi tươi dịch âm đạo tại thời điểm nghiên cứu có thể cho thấy độ tin cậy của số liệu từ báo cáo về tiền sử VSD của nhóm đối tượng nghiên cứu.

Theo số liệu biểu diễn trên hình 3.1 cho thấy tiền sử VSD ở phụ nữ nhóm nghiên cứu có tỷ lệ rất cao kể cả khi phụ nữ tự báo cáo hay thăm khám thực tế chứng tỏ sự sai lệch thông tin là không đáng kể. Ngoài việc chứng tỏ không có sự sai lệch đáng kể về thông tin, số liệu còn chứng tỏ rằng phụ nữ còn chưa chú ý điều trị viêm nhiễm phụ khoa hoặc phương pháp điều trị còn chưa hiệu quả nên tỷ lệ VSD còn rất cao.

Một số yếu tố có liên quan đến VSD được phân tích có mối liên quan chặt chẽ đến VS do nguyên nhân VTC là thời gian VSD và số đợt VSD. Phụ nữ bị VSD thời gian càng lâu, có số đợt viêm nhiễm cấp tính càng nhiều đợt thì nguy cơ VS do VTC càng cao.

Theo kết quả phân tích đa biến ở bảng 3.8, phụ nữ có TS VSD >1 năm có nguy cơ VS do VTC tăng gấp 2,4 lần so với phụ nữ không có TS VSD (OR=2,4; 95% KTC=1,54-3,76). Phụ nữ có số đợt VSD từ 3 đợt trở lên có nguy cơ VS do VTC gấp hơn 3 lần so với phụ nữ không có TS VSD (OR=3,2; 95% KTC= 1,85-5,49).

Khi đưa vào phân tích ở mô hình hồi qui đa biến có kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, phụ nữ có thời gian VSD trên một năm có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cao gấp 3,4 lần so với phụ nữ không có TS VSD ở cùng địa bàn cư ngụ (OR=3,4; 95% KTC=2,12-5,59). Phụ nữ có TS nhiễm Chlamydia có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cao gần 10 lần so với phụ nữ không có TS nhiễm Chlamydia ở cùng nơi cư ngụ (OR=9,8; 95% KTC=2,06-46,37). Phụ nữ có TS VSD <3 đợt giảm nguy cơ VS do VTC xuống 0,5 lần so với phụ nữ có TS VSD  $\geq 3$  đợt ở cùng nơi cư ngụ (OR = 0,5; 95% KTC=0,31-0,84). Phụ nữ sống ở thành thị có TS VSD vẫn là nhóm nguy cơ trong mô hình này với nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cao gấp 2 lần so với phụ nữ cũng có TS VSD nhưng không sống ở thành thị (OR=2,0; 95% KTC=1,07-3,58) (bảng 3.12).

Trong mô hình hồi qui đa biến cuối cùng, phụ nữ có thời gian VSD trên một năm có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cao gấp gần 5 lần so với phụ nữ không có TS VSD (OR=4,8; 95% KTC=2,61-8,91) và phụ nữ có số đợt VSD <3 đợt trở xuống giảm nguy cơ VS do nguyên nhân VTC xuống chỉ còn gần một nửa so với phụ nữ có TS VSD  $\geq 3$  đợt có cùng địa bàn cư ngụ (OR=0,4; 95% KTC=24-0,77). Phụ nữ có TS nhiễm Chlamydia có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC tăng gấp hơn 9 lần so với phụ nữ không có TS nhiễm Chlamydia ở cùng nơi cư ngụ (OR= 9,5; 95% KTC=1,88-47,51) (bảng 3.13).

Kết quả này phù hợp với những kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả liên quan đến viêm nhiễm và VS do nguyên nhân VTC [51], [83], [91]. Nguy cơ VS do VTC do VSD được ước tính theo số đợt và thời gian viêm nhiễm, đặc biệt là viêm nhiễm vùng tiểu khung và sự chậm trễ trong quá trình điều trị. Một số tác giả cho thấy rằng nguy cơ tổn thương VTC là 12% sau một đợt viêm nhiễm vùng chậu, và nguy cơ này tăng lên 50% sau ba hoặc nhiều hơn các đợt viêm nhiễm vùng chậu [111].



Đặc biệt, do hậu quả để lại sau khi nhiễm Chlamydia không được tầm soát và điều trị kịp thời rất nghiêm trọng, nên Chlamydia, một trong loại vi khuẩn lây nhiễm qua đường tình dục đang nhận được rất nhiều sự quan tâm chú ý trong cộng đồng, không riêng gì trong lĩnh vực VS [96], [101]. Hiện nay, tầm soát Chlamydia cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, đặc biệt là phụ nữ trẻ đang rất được các nhà khoa học quan tâm, trong đó WHO và một số tổ chức y tế đã phải có hẳn một kế hoạch tầm soát riêng loại vi khuẩn này ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ [51], [77], [114], [140], và nhiều tác giả cũng đã tiến hành nhiều nghiên cứu thực nghiệm để xác định tỷ lệ nhiễm Chlamydia trong cộng đồng [99].

Một số nghiên cứu tại những nước đang phát triển có tỷ lệ nhiễm Chlamydia rất cao kể cả nhóm bệnh là đối tượng phụ nữ bị VS do nguyên nhân VTC và nhóm chứng là phụ nữ không bị VS. Theo một nghiên cứu tại Nigeria cho thấy tỷ lệ nhiễm Chlamydia chiếm tới 65,8% ở nhóm bệnh và 17,3% ở nhóm chứng [92]. Trong một nghiên cứu khác, tỷ lệ bệnh nhân VS do VTC do Chlamydia chiếm tới 50-75% các trường hợp [125]. Tại Đan mạch, một nước phát triển, cũng có tới 23% phụ nữ VS do bệnh lý tại VTC có phản ứng dương tính với Chlamydia [126].

Tỷ lệ nhiễm Chlamydia trong cộng đồng tuy không cao bằng tỷ lệ nhiễm Chlamydia trong đối tượng phụ nữ bị VS do nguyên nhân VTC nhưng cũng cao một cách đáng kể so với các bệnh STDs khác [114]. Còn Baczynska thì thấy rằng tỷ lệ nhiễm Chlamydia chiếm khoảng 15,7% những PN trưởng thành có quan hệ tình dục [39]. Những đối tượng khác như phụ nữ đang mang thai độ tuổi từ 16-25 tuổi tại Úc cũng có tỷ lệ nhiễm Chlamydia là 3,2% [99].

Nhiễm Chlamydia sẽ hình thành nên kháng thể trong máu và viêm nhiễm do Chlamydia có thể để lại tổn thương vĩnh viễn cho VTC, dù có được hay không được điều trị kháng sinh [100], [107].

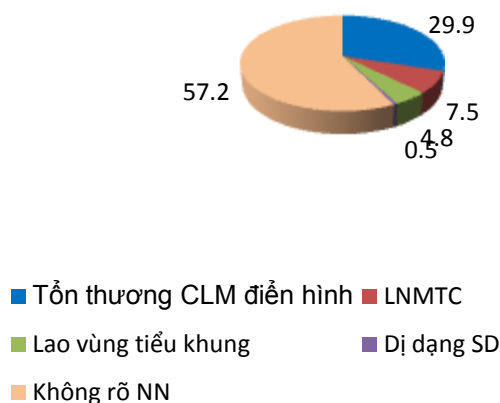
Hiện nay, phần lớn các nghiên cứu đều dựa vào định lượng kháng thể kháng huyết thanh trong máu bằng phản ứng ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay) hoặc PCR (Polymerase Chain Reaction) [1], [22], [83]. Tuy nhiên, ở những vùng còn khó khăn như Thanh Hóa và phần lớn các trung tâm y tế tại Việt Nam

hiện vẫn còn sử dụng phương pháp miễn dịch sắc ký (test nhanh từ dịch âm đạo), tuy nhiên độ đặc hiệu và độ tin cậy của những phương pháp này rất thấp [12], [29]. Đó là lý do giải thích vì sao tỷ lệ nhiễm Chlamydia trong nhóm đối tượng nghiên cứu tại Thanh Hóa rất thấp so với các nghiên cứu khác.

Dù sao, khi chưa triển khai được việc chẩn đoán Chlamydia bằng các phương pháp EIA, ELISA, hay PCR, các tác giả cho rằng nên dùng test nhanh để đánh giá nguy cơ VS do VTC ở người phụ nữ như một phương pháp chẩn đoán sớm và không xâm lấn để không bị điều trị chậm trễ [37].

Như vậy, tần suất phụ nữ nhiễm Chlamydia là tương đối cao, hậu quả nặng nề của Chlamydia để lại là rất nặng nề, nhiều khi tổn thương VTC là vĩnh viễn, nhưng lại có tới 70-74% phụ nữ nhiễm Chlamydia không có triệu chứng lâm sàng nên Chlamydia rất dễ bị bỏ qua. Điều đó thể hiện qua việc đánh giá tình trạng viêm dính thực tế của những phụ nữ nhiễm Chlamydia lại có thể dễ dàng nhận biết trên lâm sàng do thường gây nên những giả mạc trong ổ bụng và gõ dính rất khó khăn. Hầu hết các kết quả mổ NS ngoài việc đánh giá độ thông của hai VTC đều có đánh giá tình trạng ổ bụng và vùng tiểu khung, đặc biệt có mô tả hình ảnh đại thể của bệnh lý. Căn cứ vào kết quả mổ NS của 190 phụ nữ nhóm bệnh, cho thấy nguyên nhân bệnh lý của VTC được đánh giá như sau:

### ĐÁNH GIÁ NGUYÊN NHÂN TỔN THƯƠNG VTC SAU MỔ NS



Hình 3.3: Đánh giá nguyên nhân tổn thương VTC sau mổ NS

So sánh hình 3.2 và 3.3 cho thấy có sự khác nhau quá rõ rệt giữa tiền sử nhiễm Chlamydia và phẫu thuật có nghĩ đến nhiễm Chlamydia. Rõ ràng quá nhiều trường hợp VS bị bỏ qua hoặc không đánh giá được tình trạng có nhiễm Chlamydia. Gần 30% trong số này được khẳng định nguyên nhân tổn thương VTC điển hình do Chlamydia cho thấy tỷ lệ nhiễm Chlamydia thấp hơn đánh giá sau mổ NS rất nhiều. Nhận xét này cũng phù hợp với nhiều tác giả công bố về tỷ lệ nhiễm Chlamydia và tổn thương VTC cùng với bệnh cảnh không có triệu chứng của loại vi khuẩn lây lan qua đường tình dục này [39], [100].

Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy TS VSD và những yếu tố có liên quan đến VSD có mối liên quan rất chặt chẽ với VS do VTC phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và thế giới. Nhiễm Chlamydia là một yếu tố rất quan trọng trong số những nguyên nhân có thể đưa đến VS do VTC. Việc tầm soát Chlamydia cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ phải được đưa ra thành yếu tố cấp thiết trong chương trình chăm sóc SKSS trong bối cảnh xã hội hiện nay. Muốn như vậy, việc thành lập những phòng xét nghiệm đáp ứng được những xét nghiệm cơ bản nhất cần phải được triển khai thành hệ thống ở tuyến y tế cơ sở để đảm bảo hầu hết phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ được tầm soát Chlamydia định kỳ.

Ngoài ra, phụ nữ sống ở thành thị có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC cao hơn gấp 2,8 lần phụ nữ có cùng yếu tố nguy cơ sống ở các vùng khác cũng là một điều cần đặt dấu hỏi trong mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và VS do VTC. Các điều kiện về dịch vụ y tế và điều kiện kinh tế thường được coi là tốt hơn ở thành thị so với nông thôn. Tuy nhiên, theo vài khảo sát tại Việt Nam, mặc dù tỷ lệ viêm đường sinh dục cao nhất ở phụ nữ sống ở nông thôn như Nghệ An 64%, phụ nữ ở các vùng ven biển Thái Bình, Hà Nam, đồng bằng Hải Dương dao động 52-60% và thấp nhất là nội thành Hà Nội 42%, tuy nhiên, đây chỉ là loại viêm nhiễm đơn thuần như nấm, trùng roi, E.Coli [21]. Những loại vi khuẩn nguy hiểm có nguy cơ đe dọa tổn thương vùng chậu và hai VTC chủ yếu là những vi khuẩn lây lan qua đường tình dục, thường gặp nhất là Chlamydia, giang mai, lậu lại không hay gặp ở vùng nông thôn mà tỷ lệ này gặp cao ở phụ nữ sống tại thành thị [1], [12]. Hơn nữa, số bạn tình và độ

tuổi quan hệ tình dục thường cao hơn ở phụ nữ sống tại thành thị cũng là điều đáng quan tâm đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu [28], [129], [143].

Tóm lại, những yếu tố trong tiền sử sản khoa trong nghiên cứu này bao gồm những yếu tố có liên quan đến TS mô lạc NMTC, TS NPT bao gồm tai biến sau NPT, phương pháp NPT và có hay không dùng kháng sinh sau NPT, TS VSD bao gồm số đợt và thời gian VSD, TS nhiễm Chlamydia. Mặc dù phụ nữ có TS đặt DCTC không phải là yếu tố nguy cơ đối với VS do nguyên nhân VTC nhưng số lần đặt DCTC có thể có mối liên quan đến VS do nguyên nhân VTC và nhiễm khuẩn đường sinh dục sau các thủ thuật, phẫu thuật đang được cân nhắc như là cầu nối giữa các yếu tố nguy cơ với VS do nguyên nhân VTC. Phụ nữ sống ở thành thị đang được xem như là đối tượng có nguy cơ VS do VTC cao hơn so với những phụ nữ sống ở các vùng khác. Sự khác biệt về điều kiện sống giữa thành thị và các vùng địa lý khác có thể liên quan đến tình trạng viêm nhiễm đường sinh dục, trong đó có thể kể đến các mối quan hệ xã hội phức tạp và cởi mở hơn ở thành thị, độ tuổi sinh hoạt tình dục và số lượng bạn tình vẫn là những chủ đề khó và đòi hỏi những kỹ thuật tiếp cận chuyên nghiệp hơn mới có thể khắc phục được những hạn chế này. Cần có thêm nhiều nghiên cứu có chiều sâu hơn và nhiều vùng địa lý đa dạng hơn để so sánh với kết quả rút ra từ nghiên cứu.

## **4.2. PHÂN TÍCH NHỮNG ẢNH HƯỞNG TÁC ĐỘNG ĐẾN NGƯỜI PHỤ NỮ BỊ VÔ SINH DO NGUYÊN NHÂN VÒI TỬ CUNG**

### **4.2.1. Bàn luận về đặc điểm về đối tượng nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 10 đối tượng tham gia phỏng vấn sâu, được chẩn đoán là VS do nguyên nhân VTC, đã tham gia NC giai đoạn 1, được lựa chọn theo các bước chọn mẫu để tham gia nghiên cứu giai đoạn 2.

Về độ tuổi, một nửa trong số này đã trên 35 tuổi, độ tuổi được cho là khả năng có thai giảm mạnh, đặc biệt sau độ tuổi 40 [135], trong số đó có một đối tượng đã trên 40 tuổi. Ở độ tuổi này, những phụ nữ khác hầu hết đã có con cái ổn định nên áp lực có con trên đối tượng nhóm tuổi này là rất lớn.

Phần lớn đối tượng nghiên cứu (6/10) có trình độ học vấn trên THPT, chủ

yếu là cao đẳng và đại học, không có đối tượng không biết đọc viết; 6 đối tượng có nghề nghiệp và công ăn việc làm ổn định, 2 đối tượng buôn bán và nội trợ, 2 đối tượng là nông dân. 3 đối tượng sống tại thành thị, một đối tượng sống ở miền núi, 6 đối tượng sống ở vùng nông thôn. Trong số này, tất cả những đối tượng sống ở nông thôn đều sống chung với gia đình nhà chồng.

Về kinh tế, chỉ có một đối tượng có đủ khả năng để đáp ứng về mặt kinh tế đủ cho qui trình điều trị VS bao gồm cả việc TTTON, số còn lại kể cả CBCC hay nông dân thu nhập đều hết sức eo hẹp, hầu như chi phí đi điều trị VS đều phải chạy vạy, vay mượn hoặc xin xỏ, bán đất, bán tài sản để có kinh phí đi điều trị.

Hầu hết đối tượng tham gia trả lời phỏng vấn đều có thời gian VS tương đối dài, người có thời gian VS tối thiểu là 2 năm, người nhiều nhất là 21 năm, 6 người trong số họ có thời gian VS từ 5 năm trở lên. Thời gian VS dài đồng nghĩa với một quá trình theo đuổi điều trị tương đối lâu, áp lực có con ngày càng nặng nề và thời gian VS cũng tỷ lệ nghịch với khả năng điều trị thành công trong VS [47].

Duy nhất trong số họ chỉ có một đối tượng đã có một con gái, 2 đối tượng đã từng có thai nhưng đã sảy hoặc NPT, còn những đối tượng còn lại chưa có thai lần nào. Áp lực đối với đối tượng đã có con nhưng lại là con gái có thể khác với áp lực của những người đối tượng chưa từng có con, tuy nhiên tất cả những đối tượng này đều đã có một quá trình theo đuổi tương đối dài để điều trị VS chứng tỏ rằng dù đã từng có con gái, nhưng bị áp lực điều trị VS hy vọng có thể có con trai cũng không kém những đối tượng chưa có đứa con nào.

Như vậy, số cỡ mẫu đối tượng tham gia trả lời nghiên cứu tuy không nhiều nhưng gần như có thể có được một bức tranh tương đối đầy đủ về những áp lực ảnh hưởng đến người phụ nữ bị VS do nguyên nhân chính mình. Mỗi đối tượng có hoàn cảnh xã hội, trình độ học thức, văn hóa, nghề nghiệp khác nhau, nhưng đều có chung một áp lực nặng nề của một phụ nữ bị đe dọa mất khả năng sinh đẻ, thậm chí người phụ nữ đã có thai vẫn còn mang nặng tâm lý lo lắng cho đến tận đứa con mình chào đời.

#### **4.2.2. Bàn luận về ảnh hưởng do áp lực từ bản thân người phụ nữ**

#### ***4.2.2.1. Ảnh hưởng do áp lực từ chi phí điều trị***

Điều trị VS do nguyên nhân VTC phải áp dụng những kỹ thuật điều trị tiên tiến tương đối đắt tiền là mổ NS và TTTON, tuy nhiên cũng không thể đem lại kết quả thành công tuyệt đối.

Chi phí y tế là một trong những yếu tố gây áp lực rất nặng nề cho tâm lý của người phụ nữ bị VS do tắc VTC, bởi vì không những chi phí cao, mà những nơi có thể làm được những kỹ thuật này thường nằm ở những vùng trung tâm khó tiếp cận, phải đi lại nhiều, chi phí ăn ở đi lại rất tốn kém, nhiều khi không kém gì tiền kỹ thuật. Hơn nữa, VS đòi hỏi một qui trình điều trị tốn rất nhiều thời gian, mà tỷ lệ thành công lại thấp, số người chỉ cần điều trị một chu kỳ đã có thai chỉ chiếm tỷ lệ không quá 20-40% tùy theo tuổi [29], [31], [36], [109], do đó khó lòng tính được chi phí y tế cho một phụ nữ điều trị VS phải chi trả, chưa kể tỷ lệ thất bại tương đối cao. Thêm vào đó, những kỹ thuật điều trị có liên quan đến VS đều không được chi trả bởi bất cứ hình thức bảo hiểm, bảo trợ nào.

Kết quả phỏng vấn cho thấy kinh tế là một trong những khó khăn lớn nhất của người phụ nữ khi điều trị VS, khi mà hầu hết các đối tượng nghiên cứu đều phải vay mượn, xin xỏ, bán tài sản để đi điều trị.

Nhóm đối tượng chịu áp lực nặng nề nhất về mặt chi phí điều trị là nhóm nông dân sống ở nông thôn, đặc biệt kinh tế phụ thuộc vào nhà chồng, với thu nhập của họ chủ yếu là từ “*một năm mấy vụ lúa*”, rồi “*bán trâu, bán bò*” (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi). Sau đó là nhóm thu nhập từ đồng lương của cán bộ công chức “*Lương em một tháng được 1.383.000đ*” (phụ nữ 27T, nhân viên thư viện, nông thôn), “*Lương cơ bản của cháu có 2 triệu thôi, tất tần tật có 2 triệu rưỡi*” (phụ nữ 27T, dược tá, thành thị).

Theo khảo sát mới nhất đánh giá chi phí trong điều trị VS tại Thanh Hóa, tác giả NT Thảo đã ước tính một ca mổ NS tại Thanh Hóa có chi phí trung bình từ 5- 7 triệu đồng, một ca TTTON có chi phí trung bình từ 25- 40 triệu đồng cho một chu kỳ điều trị, có thể cao hơn nếu tuổi của người vợ trên 35 tuổi [29]. Nếu người bệnh từ nơi xa đến, ngoài những chi phí tiền kỹ thuật này, còn phải tự chi trả tiền ăn ở, đi

lại, tiền cho thân nhân đi chăm sóc và rất nhiều khoản chi khác.

Mặc dù vậy, chi phí này đã rẻ hơn nhiều so với một số nghiên cứu khác ngay tại Việt Nam tuy chỉ là số liệu ước tính [7], [36], chưa kể chi phí ăn ở, tàu xe ở những thành phố lớn như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh cao hơn rất nhiều lần so với những chi phí này tại Thanh Hóa.

Ở các nước Mỹ và châu Âu, những chi phí này lại càng không thể so sánh được. Một vài nghiên cứu tại Mỹ cho thấy mô NS tại Mỹ dao động từ 5000-15000 USD, TTON dao động từ 55000- 73000 USD cho một chu kỳ điều trị [135]. Như vậy, nếu chỉ nhìn vào con số đơn thuần, thì chi phí điều trị VS tại Thanh Hóa rẻ hơn những nơi khác.

Tuy nhiên, có rất nhiều lý do để cho việc điều trị VS có giá thành tương đối đắt đỏ, có thể quá sức chi trả của phần đông người dân tại tỉnh này so với thu nhập bình quân của họ.

Thanh Hóa nằm trong số những tỉnh nghèo có thu nhập bình quân thấp nhất và tỷ lệ hộ nghèo lên tới trên 20%. Như trên đã nói, hầu hết các đối tượng nghiên cứu (9/10) đều không có khả năng tự chi trả kinh phí điều trị. Nếu xem xét nghề nghiệp thu nhập của những phụ nữ này chủ yếu từ nghề nông và cán bộ hành chính, thì quả thật chi phí của các kỹ thuật như mô NS hoặc TTON cao gấp rất nhiều lần so với thu nhập bình quân của họ [31], [34], [87].

Điều đáng lưu ý là yếu tố giới luôn hiện diện, dù ngầm ngầm hay công khai, thể hiện bằng việc chi phí mà những người phụ nữ phải vay mượn, xin xỏ đều xuất phát từ gia đình người vợ, mặc dù gia đình người vợ phần lớn không có ai giàu có, nhưng nguyên nhân VS lại xuất phát từ người vợ, do đó người vợ và gia đình họ phải lo chi trả cho chi phí điều trị. Điều này cũng giống như một số nước khác thuộc thế giới thứ 3 mà tác giả Inhorn cũng đã từng đề cập đến [87].

Tuy nhiên, nếu chỉ cần điều trị một lần mà có thai có lẽ khó khăn cũng chỉ dừng lại việc lo liệu để trả nợ sau khi điều trị. Nhưng tỷ lệ điều trị thành công thấp đến nỗi có đối tượng ở nông thôn đã ví von mồm mạc như là “...đánh đẽ trăm số

*mới trúng một số*” (phụ nữ 36T, nông dân, nông thôn). Suốt trong quá trình nghiên cứu, chỉ có 2/10 phụ nữ có thai được sau rất nhiều giai đoạn điều trị.

Đây là điều làm cho điều trị VS không hề giống như các bệnh lý khác như nhiều nghiên cứu cho thấy. Điều trị VS có tỷ lệ thành công tương đối thấp, đặc biệt là mổ NS. Phẫu thuật mổ NS trong điều trị VS chiếm tới 40-42% trong các trường hợp mổ NS tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong những năm 2000-2002, tuy nhiên tỷ lệ có thai tự nhiên sau mổ NS không cao, kèm theo tỷ lệ CNTC tương đối cao sau khi mổ NS khiến cho các cặp vợ chồng luôn luôn do dự khi lựa chọn phương pháp này [15], [30]. Một nghiên cứu khác tại bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa cho thấy sau 20 tháng theo dõi trên 420 trường hợp mổ NS thông VTC điều trị VS, tỷ lệ có thai chỉ là 13,8%, trong khi đó tỷ lệ CNTC là 5,5% [26].

Còn đối với kỹ thuật TTTON, giá thành tuy rất cao nhưng tỷ lệ có thai cũng chỉ dao động trong khoảng 25-40% tùy theo tuổi của bệnh nhân và thời gian VS [9], [24].

Vì thế, người phụ nữ bị VS phải điều trị nhiều đợt, thời gian điều trị tương đối dài, và chi phí rất nhiều khoản. Do đó, phần đông cũng chỉ có thể theo đuổi làm TTTON được một hai lần, đặc biệt là nhóm phụ nữ sống ở nông thôn, nghề nghiệp là nông dân.

Có lẽ tỷ lệ thành công thấp là nguyên nhân những phụ nữ này rơi vào vòng xoáy của áp lực kinh tế do thiếu tiền. Tỷ lệ thành công thấp nên phải điều trị nhiều đợt, kéo dài, và càng như thế, nợ nần càng chồng chất. Tỷ lệ thành công thấp tạo nên những lời đồn thổi làm cho những người phụ nữ ngại ngần đến các trung tâm điều trị.

Tỷ lệ thành công thấp cũng là nguyên nhân làm cho họ thất vọng, cầu cứu những phương pháp điều trị vòng vèo, không đúng qui trình, ngày càng thiếu tiền không theo đuổi được đúng yêu cầu điều trị hoặc bản thân đã điều trị đến kiệt quệ kinh tế mà vẫn không có thai phải cầu cứu những phương pháp đông y, gia truyền, thuốc nam, thuốc bắc, có cả những phương pháp phản khoa học.

Hầu hết các đối tượng đều đã tiếp cận rất nhiều cơ sở y tế điều trị, qua rất nhiều đợt điều trị, kể cả tây y, đông y, thuốc nam, thuốc bắc, thuốc gia truyền, chữa



mẹo. Ngoài một số phụ nữ kinh phí đã cạn kiệt, không còn đủ tiền để theo đuổi, mặc dù “*sẵn sàng làm bất cứ điều gì để có thể có được đứa con*”, sau khi đã đã chạy vạy hết từ cơ sở y tế này đến cơ sở y tế khác, điều trị hết phương pháp này đến phương pháp khác, đã chuyển sang các cơ sở điều trị thuốc nam, thuốc bắc, đông y, gia truyền, thậm chí cầu nguyện, chữa mẹo, xin thánh ban lộc..

Không riêng gì những phụ nữ nông thôn, có trình độ học vấn thấp, mà ngay cả phụ nữ có học vấn cao, giáo viên hần hoi vẫn cố theo đuổi phương pháp này với quan niệm “*có bệnh thì vái tứ phương*” (phụ nữ 28T, VS I, giáo viên, thành thị; 27T, VS II, dược tá, thành thị).

Với khao khát và áp lực có con cùng với sự “truyền miệng” trong cộng đồng khiến họ phải “vái tứ phương” như vậy, tuy mỗi lần điều trị như trên không đắt như các kỹ thuật HTSS nhưng cộng dồn lại thì cũng không thể nói đây là một khoản chi phí nhỏ, trong khi đó hy vọng thành công thì hầu như không có.

Thậm chí, có những đối tượng quê ở miền Bắc nhưng cũng đã tìm đến tận bệnh viện Từ Dũ, rồi đến khi thấy mình không đủ tiền làm TTTON lại đến cả tu viện để cầu khẩn mong cho mình có thể có thai (phụ nữ 23T, VS I, nội trợ, nông thôn).

Có thể không phủ nhận được vai trò của các loại thuốc y học cổ truyền trong điều trị VS, nhưng VS do nguyên nhân cơ học của người phụ nữ (bệnh lý 2 VTC), thì không thể điều trị vòng vèo qua đủ mọi phương pháp như hầu hết các đối tượng nghiên cứu cho biết.

Trong nghiên cứu thăm dò khảo sát của HK Dung, LM Thi và cộng sự cũng đã thấy xu hướng chung này của đại đa số những cặp vợ chồng bị VS, chưa cần biết nguyên nhân VS là gì, liệu các bài thuốc gia truyền có phù hợp hay không [5]. Như vậy, những kiến thức cơ bản về VS nói chung và VS do nguyên nhân VTC nói riêng chưa được phổ biến rộng rãi ở các hệ thống CSSKSS và truyền thông tại Thanh Hóa. Vì vậy, những phụ nữ này chưa hiểu được thuốc gia truyền không hề có giá trị trong điều trị VS do nguyên nhân VTC.

Hơn nữa, VS hầu như không được đề cập đến tại tuyến y tế cơ sở, do đó cho dù người phụ nữ có dồn được một số tiền nhất định đủ cho chi trả tiền kỹ thuật thì tiếp cận dịch vụ y tế cũng không dễ dàng gì. Trong các cuộc phỏng vấn, tuyến y tế cơ sở điều trị ban đầu hầu như không hề có mặt trong tất cả các cuộc phỏng vấn, trong đó nhóm phụ nữ thiệt thòi nhất vẫn là nhóm sống ở nông thôn, đặc biệt là nông dân, không có điều kiện tiếp cận với thông tin điều trị về bệnh lý của mình. *“BS bảo phải ra Hà Nội mới làm được, mà em không đi được xa, với lại ở nhà còn trông nhà trông cửa, làm ruộng thì mới có tiền.”* (phụ nữ 36T, nông dân, nông thôn). Điều này không chỉ xảy ra ở Việt Nam mà rất nhiều nước đang phát triển khác, những nước vốn coi chức năng sinh sản là chức năng chính của người phụ nữ [5], [43], [84], [87], [89].

Có thể thấy khát vọng điều trị VS của phụ nữ đến mức độ nhiều khi có thể nói là mù quáng do nhiều áp lực dồn nén, nhưng chương trình điều trị VS cho đến nay vẫn là một điều đáng để các nhà hoạch định chính sách phải suy nghĩ. Mặc dù VS hiển nhiên là một loại bệnh ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng sống của các cặp vợ chồng VS, đặc biệt rất thiệt thòi cho người phụ nữ, nhưng cho đến nay, các kỹ thuật thăm khám, chẩn đoán cũng như điều trị VS không hề được hỗ trợ từ bất cứ một chương trình chính sách gì của nhà nước hoặc các tổ chức xã hội hay bảo hiểm y tế, cho dù đối tượng VS là phụ nữ trong tiêu chuẩn hộ nghèo hay nằm trong đối tượng được ưu tiên. Hơn nữa, y tế cơ sở hầu như thiếu vắng hẳn trong quá trình điều trị vòng vèo, đủ mọi phương thức điều trị của các bệnh nhân. Cần phải có những chính sách y tế hỗ trợ công bằng hơn cho người phụ nữ bị VS khi nguyên nhân VS do VTC phần lớn có thể ngăn chặn được bằng cách nâng cao chất lượng của CSSKSS ban đầu.

#### ***4.2.2.2. Những ảnh hưởng lên thể chất người phụ nữ***

Như đã đề cập đến ở khung lý thuyết ở sơ đồ 2.1, VS ảnh hưởng đến sức khỏe về thể chất của người phụ nữ ở nhiều góc độ.

Kết quả phỏng vấn đã cho thấy sức khỏe về mặt thể chất của người phụ nữ

bị ảnh hưởng nghiêm trọng trong quá trình điều trị VS. Có người quá lo lắng đến mất ăn mất ngủ, hoặc suy sụp do mệt mỏi vì đi lại quá nhiều nhưng vẫn chưa thể có thai. Người thì cứ đến khi có kinh lại vào toa lét khóc lóc một mình (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn), người thì sút cân, mất ngủ (phụ nữ 27T, nhân viên thư viện, nông thôn), người thì gần như rơi vào trạng thái suy nhược cơ thể hoàn toàn *“nói chung là cứ nghĩ đến không được (con) là em lại lo, nhiều lúc em thấy lo quá mà em tưởng tượng như đau cả lên ngực”* (phụ nữ 36T, nông dân, nông thôn).

Có người vì không có tiền mà phải lao động vất vả để kiếm tiền, tiết kiệm chi tiêu cá nhân để dành chi phí cho điều trị, làm cho cơ thể suy nhược, ốm yếu *“...tiết kiệm từng tý một chả dám ăn mặc vẫn không đủ.”* (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi).

Có người vì điều trị thiếu khoa học gây tổn hại sức khỏe, phù nề, viêm nhiễm cơ quan sinh dục. Cũng có người bị tai biến trong quá trình điều trị nên phải điều trị để ổn định sức khỏe. Nhóm phụ nữ hay gặp phải tai biến do điều trị thiếu khoa học vẫn là nhóm phụ nữ nông thôn, nông dân, trình độ hiểu biết cũng như điều kiện kinh tế khó khăn, mong muốn có con nhưng lại không đủ tiền điều trị theo những phương pháp khoa học.

Tuy nhiên, so với áp lực có con, những ảnh hưởng về mặt thể chất không làm cho người phụ nữ quan tâm nhiều lắm, do đó không nhiều phụ nữ đề cập đến vấn đề này.

Suy nhược cơ thể có thể do quá lo lắng do không thể có con, hoặc có thể do lam lũ vất vả hoặc để kiếm tiền, hoặc vì muốn “chuyện lỗi” do không thể sinh con, do nguyên nhân VS từ chính mình (yếu tố giới) hoặc tiết kiệm chi tiêu cá nhân quá mức để dành chi trả cho chi phí điều trị. Ảnh hưởng về sức khỏe và thể chất của người bệnh bị VS cũng đã được NC của tác giả Dukker và cộng sự ghi nhận [7].

Không thể có con do nguyên nhân VS do mình là một yếu tố bao trùm lên tất cả những yếu tố khác tác động lên cá nhân người phụ nữ làm người phụ nữ có thể suy sụp cả về thể chất và tinh thần. Ngay cả ở một số NC khác về VS chung, các

nhà NC cũng đã tìm thấy nhiều bằng chứng cho thấy VS gây áp lực căng thẳng cho người phụ nữ nhiều hơn là nam giới [70], [108], [109], hướng hờ đây là nguyên nhân do bản thân người phụ nữ.

Rõ ràng, mặc dù đối tượng phỏng vấn chủ yếu đề cập đến gánh nặng kinh tế và những áp lực tinh thần ghê gớm mà mình phải chịu đựng, thì những ảnh hưởng về thể chất cho dù họ không mấy quan tâm vẫn luôn hiển hiện như một sự thật không thể chối cãi mà bất cứ ai đối diện họ đều cảm nhận được rất rõ rệt. Một nghiên cứu tại Nigeria cho thấy rằng, VS làm cho người phụ nữ bị ảnh hưởng nặng nề về sức khỏe. Có tới 17,3% phụ nữ bị bệnh cao huyết áp, 8,9% bị trầm cảm, 1,8% phát triển những vết loét đường tiêu hóa mặc dù trước đó, những người phụ nữ này không có vấn đề gì về sức khỏe [130].

Ngoài ra, đa thai (đối với Việt Nam thì từ ba thai trở lên) cũng được coi như là một trong những tai biến của kỹ thuật do đa thai thường tăng nguy cơ sảy, đẻ non và tăng nguy cơ tử vong sơ sinh cho bé. Tỷ lệ này thông thường gặp trong kỹ thuật HTSS từ 10-40% [9], [42].

Biến chứng của những kỹ thuật này có thể là dị ứng hoặc mệt mỏi, đau nhức cơ thể do dùng thuốc quá nhiều, chảy máu trong, quá kích buồng trứng, đa thai phải giảm thai và những tai biến khác có thể gặp trong quá trình mổ NS, chọc hút trứng hay dùng thuốc điều trị. Tỷ lệ này có thể gặp 1-2% trong số bệnh nhân điều trị [84], [143].

#### ***4.2.2.3. Những ảnh hưởng do áp lực về tinh thần***

Theo nhiều nhà nghiên cứu, bất cứ một yếu tố ảnh hưởng nào cũng có tác động theo 2 hướng, tiêu cực và tích cực, đặc biệt những yếu tố có liên quan đến những vấn đề tâm lý và tinh thần [54], [87], [96]. VS cũng không nằm ngoài những qui luật này, đặc biệt đây lại là VS do nguyên nhân người vợ, một yếu tố liên quan đến yếu tố giới khi sống trong một xã hội như Việt Nam, coi chức năng sinh đẻ là chức năng chính của người phụ nữ. Mất khả năng sinh đẻ do nguyên nhân của chính mình có lẽ là một áp lực tinh thần khủng khiếp mà người phụ nữ sống trong xã hội mà con cái không thể thiếu được phải chịu đựng [87].

Trong một số nghiên cứu về áp lực về mặt tâm lý và tinh thần của VS, các

cặp vợ chồng có 2 xu hướng đối diện: tránh mặt và đối đầu, trong đó xu hướng tránh mặt là xu hướng được nhiều phụ nữ lựa chọn [94], [96]. Khuynh hướng chung của người phụ nữ Việt Nam ở nghiên cứu này cũng tương tự vậy, đã chọn hình thức đối diện với vấn đề VS của mình bằng cách trốn tránh ở nhà, tránh các cuộc tiếp xúc gặp gỡ, đặc biệt những cuộc gặp gỡ có liên quan đến trẻ con [7].

Trong nghiên cứu này cũng vậy, hầu như tất cả phụ nữ trong đối tượng phỏng vấn đều chọn cách trốn tránh không dám đối diện với vấn đề VS của bản thân mình. Chính vì khuynh hướng này có nguồn gốc liên quan đến yếu tố giới nên người phụ nữ hầu như rất ít có cơ hội nhận được sự hỗ trợ có tính chất tích cực về mặt tinh thần để giảm bớt áp lực cho bản thân.

Rõ ràng, không hề tìm thấy được ảnh hưởng tích cực thực sự của người phụ nữ bị VS trong nghiên cứu này. Có lẽ ngoài phương thức chọn lựa cách đối diện với vấn đề VS của chính mình, họ cũng đã không có được sự hỗ trợ và tư vấn cần thiết, kể cả của gia đình, đặc biệt là người chồng, từ cộng đồng xã hội và chính hệ thống y tế nên cho dù mức độ ảnh hưởng từ cá nhân và bên ngoài có khác nhau, mức độ lo âu và sự cân bằng của người phụ nữ có khác nhau thì sự hỗ trợ cũng hết sức quan trọng, đặc biệt là trong một bối cảnh mà những người phụ nữ tham gia phỏng vấn bị áp lực bởi sự mong mỏi để có con bằng mọi giá, như một đối tượng thừa nhận “...*nó (tình trạng VS) không chỉ là chi phí về mặt kinh tế nó còn chi phí về mặt tinh thần. Nó rất nhiều, nó rất nặng nề đối với một người phụ nữ.*” (phụ nữ 35T, biên tập viên, thành thị).

Mặc dù mức độ ảnh hưởng có thể khác nhau, phụ thuộc vào lứa tuổi, thời gian VS và đặc biệt là nơi ở (nông thôn hay thành thị), vị trí của người phụ nữ trong gia đình (sống phụ thuộc hay không phụ thuộc, nghề nghiệp và khả năng kinh tế)...nhưng cảm giác lo lắng, thất vọng, mặc cảm vì sợ không có khả năng sinh con do nguyên nhân VS do mình là một yếu tố liên quan chặt chẽ đến yếu tố giới bao trùm lên toàn bộ những áp lực nặng nề về mặt tâm lý trong quá trình điều trị VS. Toàn bộ những đối tượng tham gia phỏng vấn đều có tâm lý rất lo lắng, thất vọng và tiêu cực khi biết nguyên nhân VS do mình còn chồng vẫn có khả năng sinh con

bình thường, tuy mức độ có khác nhau.

Điểm chung nhất có thể thấy là dù người phụ nữ sống ở nông thôn hay thành thị, có trình độ văn hóa cao hay thấp, có nghề nghiệp hay không ổn định hầu như đều có một tâm trạng hoang mang lo lắng, mặc cảm như nhau khi nguyên nhân VS do chính mình. Như lời một đối tượng “...*nếu nguyên nhân vô sinh là tại chồng mà không phải tại mình, cháu lại không cảm thấy nặng nề như vậy...*” (phụ nữ 28T, giáo viên, thành thị).

Những kết quả phân tích như trên cho thấy tương tự với nghiên cứu của Lee tại Đài Loan, khi những người vợ bị chẩn đoán là nguyên nhân VS do mình có những nỗi lo sợ và áp lực tâm lý khác hẳn những ông chồng không bị chẩn đoán là VS [94]. Còn Drukker lại thấy rằng tuy áp lực tâm lý của người vợ bị ảnh hưởng nặng nề hơn người chồng, nhưng lại không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm chẩn đoán bệnh của người vợ [7].

Tuy nhiên, nghiên cứu này lại sử dụng bộ câu hỏi tự điền cũng tương tự như một nghiên cứu mang tính chất định lượng nên không có những chi tiết cụ thể như một cuộc phỏng vấn sâu nên kết quả đo lường có thể không rõ ràng như tổng quan y văn đã phân tích về các phương pháp đo lường để đánh giá những mức độ ảnh hưởng tâm lý liên quan đến VS [54], [55]. Hơn nữa, nghiên cứu của Drukker không đi sâu vào VS nữ, nên cũng thấy rằng trong số những đối tượng tham gia phỏng vấn, những phụ nữ mà nguyên nhân VS do chồng có vẻ trở nên mạnh mẽ hơn trong hôn nhân, có lẽ vì họ cảm thấy tự tin hơn và ít mặc cảm tội lỗi hơn [7].

Rõ ràng, yếu tố giới còn đang ảnh hưởng rất nặng nề đến người phụ nữ Việt Nam, và bậc lộ vai trò phụ thuộc của người vợ trong hôn nhân, một điều khác nhau được bộc lộ trong các nghiên cứu có liên quan đến phụ nữ thuộc các quốc gia khác nhau giữa châu Âu, châu Á và châu Phi [55], [95], [130]. Những điều này sẽ khó đánh giá được ở những nghiên cứu định lượng hoặc định tính nhưng không có phỏng vấn sâu.

Có lẽ nguyên nhân của nó bắt nguồn từ quan niệm chức năng sinh đẻ là chức năng chính của người phụ nữ, kể cả những phụ nữ có học thức cao, nghề nghiệp ổn

định. Mất chức năng này, người phụ nữ gần như mất hết tự tin, lo lắng, tuyệt vọng, sợ bị chồng ruồng bỏ, sợ bị gia đình hắt hủi, xã hội chê cười... là những áp lực thậm chí còn nặng nề hơn cả những áp lực về gánh nặng kinh tế mà họ đang phải tìm cách giải quyết. Điều này cũng tương tự như một số nghiên cứu ở châu Phi và châu Á cho thấy người phụ nữ bị VS bị khủng hoảng về tâm lý rất nhiều so với người đàn ông cho dù trong số họ cũng có người có khả năng điều chỉnh về tình trạng tâm lý tốt hơn những người khác [62], [63], [94]. Những các nhà nghiên cứu thì cho rằng sở dĩ có sự khác nhau này phụ thuộc rất nhiều những ảnh hưởng bên ngoài đặc biệt từ người chồng của họ [96].

Tuy nhiên, trong nỗ lực điều trị VS, nhóm phụ nữ lớn tuổi, sống ở nông thôn có lẽ là đối tượng bị áp lực tinh thần nặng nề hơn nhiều so với nhóm phụ nữ sống ở thành thị và ở độ tuổi trẻ hơn. VS không phải là một loại bệnh điều trị dễ dàng và tỷ lệ thành công cao. Chính vì theo đuổi điều trị VS tốn rất nhiều thời gian, tiền bạc và sức khỏe nhưng tỷ lệ thành công dường như tỷ lệ nghịch theo tuổi tác và thời gian VS nên càng ngày, người phụ nữ càng mất dần hy vọng có thai và càng chán nản, tuyệt vọng.

Tỷ lệ thành công tỷ lệ nghịch với thời gian VS, bởi vì tỷ lệ có thai cao nhất ở nhóm tuổi <25, thay đổi không nhiều ở nhóm tuổi từ 25-30 tuổi và giảm rõ rệt khi phụ nữ qua tuổi 35. Nếu so với tỷ lệ thành công bằng kỹ thuật TTTON là 50% ở phụ nữ <25 thì ở phụ nữ >35, tỷ lệ này chỉ còn khoảng 20% [24].

Yếu tố giới được khẳng định qua những lời tâm sự của người phụ nữ, bởi vì nếu nguyên nhân VS do chồng thì đây lại là lý do có thể chấp nhận được. Điều này cũng không phải hiếm gặp trong xã hội Việt Nam và ngay cả ở một số nghiên cứu trên thế giới.

Những kết quả phân tích trên đây hoàn toàn tương tự như những nghiên cứu khác ở những nước đang phát triển, những nước xem chức năng chính của phụ nữ là sinh đẻ, thậm chí kể cả những nghiên cứu về VS chung mà nguyên nhân không thuộc về người phụ nữ, thì người vợ vẫn luôn phải chịu trách nhiệm chính, bị phi báng, bị đe dọa ly hôn và nhiều khi phải chấp nhận tình trạng đa thê [40], [84], [96].

Trong nghiên cứu ở Nigeria, thậm chí có tới 10% phụ nữ đã từng có ý định tự tử chỉ vì không có con do nguyên nhân VS của mình [130].

Hơn thế nữa, những đối tượng ở nông thôn thường là sống cùng với nhà chồng, và đây không phải là một điều dễ dàng vượt qua những thị phi mà người phụ nữ bị VS do VTC có thể đối đầu được. Có một thực tế được nhiều nghiên cứu công nhận rằng khi một cặp vợ chồng bị VS, người phụ nữ bao giờ cũng là người đầu tiên bị quy cho trách nhiệm và bị nhà chồng gây sức ép dồn nén đi khám bệnh cho đến khi tìm ra nguyên nhân là do chồng thì mới thôi [5], [7], [40]. Vì vậy, nếu nguyên nhân VS mà do người vợ rõ ràng hậu quả sẽ nghiêm trọng hơn nhiều, hôn nhân sẽ kém bền vững và hầu như ly hôn là rất thường gặp [112].

Thái độ của gia đình chồng bao giờ cũng tiến triển theo thời gian. Yếu tố giới đã thể hiện rất rõ rệt từ quan điểm của gia đình chồng về vấn đề VS nữ, đặc biệt ở những cặp vợ chồng phải sống chung với gia đình thì nếu nguyên nhân do vợ hôn nhân sẽ kém bền vững hơn, sẽ không được gia đình chồng chấp nhận. Mới đầu chỉ là tỏ thái độ khó chịu, nói gần nói xa (phụ nữ 27T, nhân viên thư viện, nông thôn; phụ nữ 23T, nội trợ, nông thôn). Sau đó là tình trạng đánh chửi, chửi mào (phụ nữ 39T, giáo viên mầm non, nông thôn), rồi công khai tỏ thái độ hắt hủi, nhiếc móc (phụ nữ 39T, giáo viên mầm non, nông thôn) và thậm chí công khai đòi người chồng phải bỏ vợ để cưới người phụ nữ khác có khả năng sinh con (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).

Như để chuộc lại “tội lỗi” không sinh được con, người phụ nữ đã phải làm việc đầu tắt mặt tối không ngơi tay, nhưng không có con thì vẫn bị gia đình coi như một vật vô giá trị, không phải thành viên trong gia đình. “*Người ta thấy mình không có con là coi như người dung nước lã rồi, ở nông thôn là thế*” (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).

Kết quả rút ra từ nghiên cứu này cũng tương tự như hầu hết các nghiên cứu tại Việt nam và trên thế giới [7], [87], [94].

Nhóm phụ nữ sống ở nông thôn không những chỉ lo lắng sợ bị chồng ruồng bỏ, nhà chồng hắt hủi, xua đuổi, người phụ nữ còn rất lo lắng khi phải đối mặt với



cộng đồng. Trong tâm trí họ, luôn có sự ám ảnh rằng VS là một tội lỗi, sợ bị cộng đồng cho là hư hỏng, là vô phúc, thất đức nên mới bị trừng phạt, là đối tượng cộng đồng luôn muốn tránh xa do sợ đem họa đến cho gia đình họ. “...*mình còn trẻ lại như cái cây không có quả, sợ đến nhà người ta mang họa ra, nhất là cưới hỏi tét nhất, ý như người ta muốn tránh đi, mình đến người ta không thích, đi chợ người ta còn sợ xui xẻo nữa là*” (phụ nữ 23T, nội trợ, nông thôn).

Vì thế, để tránh sự tò mò, bình luận của cộng đồng, nhiều cặp vợ chồng đã giấu diếm tình trạng VS của họ như là “*chưa muốn có con*”, hay “*đang kế hoạch*” để khỏi bị soi mói như nghiên cứu của Drukker tại miền Nam Việt Nam [7]. Điều này cũng có hai mặt như đã phân tích ở phần trên, một mặt có thể tránh cho người phụ nữ khỏi bị áp lực xấu từ cộng đồng, mặt khác cũng có thể làm họ mất đi cơ hội có được sự trợ giúp từ những thông tin hữu ích giúp họ tiếp cận sớm hơn với những dịch vụ VS có hiệu quả thay vì tốn kém một số tiền lớn dành trả cho tất cả các phương pháp điều trị dân gian vốn không có hiệu quả đối với VS do nguyên nhân VTC [7], [124].

Rõ ràng, cần phải có sự thay đổi về quan điểm của cộng đồng để giảm áp lực cho người phụ nữ bị VS vì sự hỗ trợ động viên hay xúc phạm của cộng đồng cũng quan trọng đối với người phụ nữ không kém gì ảnh hưởng của những người thân trong gia đình của họ, có thể nâng đỡ giúp họ vượt qua những đau đớn về tinh thần cũng như cũng có thể vui dấp khiến cho tình trạng tâm lý của họ càng thêm tồi tệ, đặc biệt đây là những đối tượng rất dễ bị tổn thương cần phải có sự tư vấn trợ giúp về tinh thần mà hiện tại đang thiếu vắng hầu khắp các cơ sở y tế tại Việt Nam.

Một điều khác nhau nữa giữa nhóm phụ nữ ở nông thôn và nhóm đối tượng phụ nữ ở thành thị là nỗi lo lắng về tương lai. Trong khi phụ nữ ở thành thị quan tâm đến thiên chức làm mẹ, là sợi dây níu kéo hạnh phúc gia đình, là chứng tỏ chức năng đàn bà đối với gia đình và để hôn nhân bền vững thì nhóm đối tượng ở nông thôn lại có quan niệm khác. Ngoài việc có con để ổn định sự bền vững của hôn nhân, con cái còn rất quan trọng đối với các cặp vợ chồng để nối dõi gia đình và chăm lo cuộc sống lúc về già và lo ma chay, hương khói cho bố mẹ. Quan niệm “trẻ

cây cha, già cây con” là quan niệm luôn thường trực trong đầu không chỉ ở những người phụ nữ mà ở tất cả các gia đình Việt Nam, đặc biệt vùng nông thôn [5], [7].

Mặc dù có sự rất khác nhau về sự mong ước của sự hiện diện con cái trong gia đình của những người sống ở nông thôn và thành thị, giữa người phụ nữ trẻ tuổi và lớn tuổi hơn, nhưng quan niệm này lại không hề có sự khác biệt giữa những người có nghề nghiệp và trình độ văn hóa khác nhau chứng tỏ những điều này đã được ăn sâu vào tiềm thức của họ.

Đối với một xã hội mà nền y tế và an sinh xã hội chưa tốt như Việt Nam, những ám ảnh khi không có chỗ nương tựa khi về già, không có người chăm sóc khi đau ốm, không có người hương khói và thờ phụng tổ tiên cũng là một áp lực tinh thần rất lớn, có thể ám ảnh suốt cuộc đời còn lại của họ, đặc biệt trên những phụ nữ đã lớn tuổi, thời gian VS dài và ít hy vọng có thể có con. *“Thì có con vợ chồng mới sống được với nhau, mình lặn ra làm lụng để nuôi con, sau này mình già nó lại nuôi lại mình. Nếu không có con chết già chẳng ai đoái hoài đến đâu.”* (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi).

Hầu hết phụ nữ, đặc biệt những người phụ nữ lớn tuổi, sống ở nông thôn cho rằng con cái là một giải pháp an toàn về tài chính, đảm bảo sự chăm sóc cho bố mẹ lúc về già và nối dõi tông đường [5], [7].

Điều này xảy ra tương tự ở những nước đang phát triển [87], [130], nhưng lại không nặng nề như vậy ở những nước tiên tiến, khi mà hầu hết người phụ nữ rất tự tin với vị trí của mình trong xã hội, sinh nở không phải là chức năng bắt buộc và tình trạng hôn nhân không bền vững phần lớn không liên quan đến tình trạng con cái [87], [96].

Không có con còn đẩy người phụ nữ xa rời khỏi cộng đồng và các hoạt động của cộng đồng, trốn tránh mọi sinh hoạt của cộng đồng do quá tự ti và mặc cảm.

Trong tất cả các hoạt động cộng đồng, những ngày vui buồn lễ tết, câu cửa miệng để khởi đầu cho mọi câu chuyện bao giờ cũng là chuyện gia đình, con cái. Việc các gia đình tự hào, khoe về những đứa con của mình và hỏi thăm con cái của gia đình người khác trong những cuộc tụ tập sinh hoạt cộng đồng là một thói quen

tốt của người Việt Nam, nhưng vô tình làm cho người phụ nữ không có con vô cùng đau khổ. Họ đối phó lại với cảm giác đau khổ này bằng cách trốn tránh khỏi những cuộc sinh hoạt này và lâu dần không muốn xuất hiện bất kỳ ở nơi nào đông người, chỉ quanh quẩn trong nhà mình. Phụ nữ ở nông thôn là nhóm phụ nữ bị ảnh hưởng bởi yếu tố cộng đồng nhiều nhất, do đặc điểm về phong tục tập quán ở nông thôn. Nhóm phụ nữ sống ở thành thị cũng phải tránh về quê để đỡ bị phiền hà bởi những phong tục này như phần kết quả phỏng vấn đã cho thấy.

Nghiên cứu một số nhà nghiên cứu khác cho thấy người đàn ông có cách đối đầu ngược lại, họ có thể thường xuyên tham gia vào các hoạt động xã hội, thậm chí có thể sa vào rượu chè, cờ bạc để quên đi tình trạng không có con [84], [93], [96]. Nhưng phụ nữ Việt Nam nếu làm như thế sẽ bị xem là đi ngược lại thuần phong mỹ tục của xã hội và sẽ càng đi đến những kết cục bi đát hơn. Hơn nữa, phần lớn các nghiên cứu được tiến hành tại Việt Nam và trên thế giới đều là những nghiên cứu không đi sâu vào nguyên nhân VS do chồng hay vợ, mà chỉ đi đâu vào phân tích những ảnh hưởng nặng nề của VS lên những cặp vợ chồng bị VS. Còn trong nghiên cứu này, người phụ nữ cho rằng do nguyên nhân VS do mình có thể làm chồng bị kích động trong những hoạt động của cộng đồng và có thể đi xa hơn như ngoại tình, đa thê.

Quả thật, không thể nào đo lường được những ảnh hưởng tâm lý nặng nề mà người phụ nữ phải gánh chịu, tưởng chừng như không có khả năng sinh con, người phụ nữ không còn chút giá trị, cuộc sống không hề có tương lai hay không hề có chút niềm vui đón đợi họ ở phía trước, do đó rất dễ hiểu tại sao với bao nhiêu vất vả khó khăn mà có người phụ nữ (41T, VS I, buôn bán nhỏ, nông thôn) vẫn còn trên hành trình đi tìm đứa con cho riêng mình đã 21 năm trời rông rã.

#### **4.2.3. Bàn luận về ảnh hưởng do áp lực từ người chồng lên người phụ nữ bị VS**

Như phần tổng quan đã phân tích, khả năng tự cân bằng tâm sinh lý của người phụ nữ bị VS có mối liên quan rất chặt chẽ với những yếu tố bên ngoài (tiêu cực hay tích cực), trong đó, sự động viên của người bạn đời và gia đình là hai yếu tố quan trọng nhất giúp người phụ nữ có khả năng cân bằng tình trạng tâm sinh lý

trong tình trạng VS [46], [96].

Gia đình, đặc biệt là người chồng, là nơi người phụ nữ gắn bó mật thiết, có tác động rất quan trọng đến trạng thái tâm lý tinh thần của người phụ nữ, có thể làm người phụ nữ phấn khởi vui vẻ để cố gắng đi điều trị, cũng có thể làm người phụ nữ rơi vào tình trạng phẫn uất, thậm chí không thiết sống, đặc biệt liên quan rất nhiều đến thái độ của người chồng.

Tất cả mọi mối liên quan đều có ảnh hưởng tích cực và tiêu cực như trên đã nói. Tuy nhiên, đối với người vợ, ảnh hưởng của người chồng hầu như có tính chất quyết định đối với tâm lý người phụ nữ. Đặc biệt, VS ở đây lại liên quan đến yếu tố giới, tức là nguyên nhân VS do người phụ nữ luôn xuyên suốt trong quá trình phỏng vấn, gần như tất cả các đối tượng phỏng vấn đều bị áp lực vì nguyên nhân VS do mình, và tác động của nó đến mối quan hệ vợ chồng đều không nằm ngoài nguyên nhân này.

Những ảnh hưởng tích cực từ phía chồng có thể nâng đỡ tinh thần người vợ như là an ủi, động viên, chia sẻ về gánh nặng kinh tế trong quá trình điều trị, hoặc có thể chỉ là sự che chở, bảo vệ vợ trước những lời gièm pha kích động của những người xung quanh, đặc biệt là gia đình và bạn bè, hàng xóm hầu như rất ít và thụ động. Có chăng chỉ là ở một vài phụ nữ còn trẻ, có nghề nghiệp ổn định, sống ở thành thị và hoàn toàn độc lập về kinh tế.

Tuy nhiên, mối quan hệ vợ chồng thường thay đổi theo thời gian VS và quá trình điều trị. Sự ủng hộ của người chồng thông thường đều giảm dần tùy theo tuổi của người vợ trẻ hay lớn tuổi, thời gian VS dài hay ngắn và hy vọng có thai sau mỗi đợt điều trị.

Đặc điểm chung của những phụ nữ chưa có thai đều không dám suy nghĩ đến tương lai mà không có con như đang đi vào một con đường cụt. Bởi vì trong tâm trí họ lúc nào cũng thường trực một nỗi lo lắng cho tương lai, lo rằng theo thời gian nếu không sinh được con sẽ bị chồng ruồng rẫy, ngoại tình, đi theo người phụ nữ khác. “...*với lại không có con người ta cũng bỏ nhau thôi, còn trẻ thì chưa nhưng lớn tuổi là bỏ nhau, quê nhà cháu ai cũng thế.*” (phụ nữ 27T, đước tá, thành thị).

Đây không phải là một điều lo lắng mơ hồ, mà điều này đã xảy ra với ít nhất một đối tượng nghiên cứu mà chồng đã ngang nhiên có con với người khác trong khi vẫn là họ vẫn đang là vợ chồng, và người phụ nữ này không những cho chuyện đó là hiển nhiên mà vẫn còn cảm thấy may mắn là mình vẫn còn chưa bị ly hôn. Đó là người phụ nữ đã 41T, VS I, buôn bán nhỏ, sống ở nông thôn, có đến 21 năm “*vái đủ tứ phương*” mà vẫn không thể có con.

Có một đối tượng còn đề cập đến vấn đề một ngày nào đó, nếu không thể có con được, và bị người chồng ruồng bỏ, họ sẽ đi tìm đến cái chết. Đối tượng này tuy sống ở nông thôn nhưng cũng có trình độ học vấn cao, là giáo viên mầm non của xã, tuy nhiên cũng đã mòn mỏi đến 17 năm điều trị VS và phải sống chung trong gia đình chồng mà lại không có khả năng sinh nở.

Tuy nhiên đây chỉ là nguyên nhân VS do người vợ. Yếu tố giới được khẳng định qua những lời tâm sự của người phụ nữ, bởi vì nếu nguyên nhân VS do chồng thì đây lại là lý do có thể chấp nhận được. Rõ ràng, dù đó là người phụ nữ sống ở thành thị hay nông thôn, có nghề nghiệp hay không có nghề nghiệp, có trình độ văn hóa cao hay thấp thì yếu tố giới tức là người phụ nữ bao giờ cũng phải chịu thiệt thòi trong hôn nhân luôn ăn sâu trong đầu óc của họ.

Kết quả tương tự như những nghiên cứu khác khi nhiều nhà nghiên cứu đã cho thấy rằng hầu hết phụ nữ tự điều chỉnh tình trạng VS của mình tương đối kém, trong khi đó hầu như sự ủng hộ của về phía gia đình, xã hội, đặc biệt là người chồng của mình lại ít thiện chí, càng làm tăng thêm những ảnh hưởng nghiêm trọng về trạng thái tinh thần và chất lượng sống của người phụ nữ bị VS [130], [133]. Do đó, tình trạng suy sụp tâm lý của người vợ hiền hay ít phụ thuộc rất nhiều vào thái độ của người chồng trong quan hệ vợ chồng.

Tuy nhiên, những tác động tích cực từ phía chồng thay đổi theo yếu tố thời gian. Tình trạng an ủi, động viên, chia sẻ giai đoạn đầu mà vẫn chưa có con sẽ thay thế bằng sự lo lắng, chán chường, thờ ơ, dần dần có thể dẫn đến ngoại tình và ly hôn do áp lực không có con mà nguyên nhân VS do người vợ.

Sợ vợ không có khả năng sinh con là một yếu tố giới (nguyên nhân VS do người vợ) làm cho người chồng luôn lo lắng về khả năng có con trong tương lai.

Điều này luôn ám ảnh trong ý nghĩ của người phụ nữ trong quá trình điều trị VS, cho dù người chồng không nói ra nhưng thái độ của người chồng vẫn làm cho người vợ buồn phiền, day dứt, cảm thấy mình rất có lỗi đã không làm tròn được bổn phận của người vợ. “...*cháu biết ý nguyện của chồng cháu, không nói nhưng anh ấy rất thích có đứa con, nhìn anh ấy nhìn con người khác là cháu hiểu, làm cho chuyện khao khát của cháu càng khao khát hơn...*” (phụ nữ 29T, giáo viên, nông thôn).

VS là một quá trình điều trị tương đối dài và tốn kém như trên đã nói và tỷ lệ thành công cũng không cao. Do đó, quan hệ vợ chồng cũng dần dần bị ảnh hưởng bởi sự mệt mỏi trong quá trình điều trị kéo dài, tốn kém mà vẫn không thành công. Sự thờ ơ, không quan tâm, không muốn phối hợp điều trị VS của người chồng khi đã biết rõ nguyên nhân VS là do vợ mình đều gặp trong một số nghiên cứu phân tích về các nguyên nhân gây VS do bản thân người vợ [5], [109]. Nghiên cứu của Inhorn tại Ai cập cũng cho thấy gặp những điều tương tự khi nguyên nhân VS là do người vợ [87].

Hơn thế nữa, theo thời gian và hy vọng có thai nhiều hay ít, quan hệ vợ chồng còn bị ảnh hưởng bởi người chồng bị kích động từ phía bên ngoài, dẫn đến việc chửi bới, đánh đập, bạo lực gia đình, ngoại tình và có thể dẫn đến ly hôn. Nhóm phụ nữ lớn tuổi, có thời gian VS đã lâu, đặc biệt là sống cùng với gia đình nhà chồng bị áp lực nhiều hơn rất nhiều so với nhóm phụ nữ trẻ hơn và có thời gian VS chưa dài, vẫn còn hy vọng có con.

Rõ ràng, người phụ nữ Việt Nam đã quen chịu thiệt thòi, quen với tình trạng bất bình đẳng giới, cam chịu bởi “lỗi” là do chính mình. Kết quả này tương tự như những kết quả nghiên cứu ở các nước Đông Nam Á và châu Phi, những nước coi chức năng chính của người phụ nữ là sinh đẻ [87], [130], những điều rất ít gặp ở những nước phương Tây [109], [117].

Cũng chính vì nguyên nhân VS do người vợ, một nghiên cứu ở một trong những nước có quan điểm về con cái tương tự như Việt Nam cho thấy phần lớn người chồng đã cố gắng có con bằng cách 39,9% có quan hệ ngoài luồng với những

phụ nữ khác ngoài hôn nhân, 23,8% có kế hoạch thêm vợ, 13,1% đã kết hôn với người phụ nữ khác và 12,5% có kế hoạch ly hôn với người vợ bị VS của mình [96].

#### **4.2.4. Bàn luận về ảnh hưởng do áp lực từ gia đình**

Như phần kết quả phỏng vấn cho thấy, tác động tích cực từ phía gia đình chồng hầu như rất ít, chủ yếu là thái độ dè dặt, kỳ thị do nguyên nhân VS do người vợ. Và ở đây, yếu tố giới cũng là một yếu tố bao trùm lên những tác động có tính chất động viên người phụ nữ khi những tác động tích cực này chủ yếu bắt nguồn từ gia đình người vợ. *“Bố mẹ em thì cũng biết nguyên nhân là ở em cho nên cũng thương em lắm chị ạ. Có bao nhiêu tiền là gom góp lại để cho em đi điều trị.”* (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).

Điều này thường xuyên xảy ra đối với những phụ nữ ở nông thôn, sống cùng với gia đình nhà chồng, có trình độ học vấn thấp và là nông dân, thu nhập chủ yếu dựa vào làm ruộng cùng với gia đình nhà chồng. Người phụ nữ luôn luôn phải chịu đựng những lời chỉ trích, điều ra tiếng vào của gia đình chồng hoặc chửi chóc mắng mèn mèn mà ai cũng hiểu được nguyên nhân chỉ là do không sinh nở được của người phụ nữ (tâm sự của người phụ nữ 37T, VS I, nông dân, miền núi và người phụ nữ 39T, VS I, giáo viên mầm non, nông thôn).

Khác với phụ nữ phương Tây và một số nước phát triển khác, việc sống chung “tứ đại đồng đường” trong một gia đình, đặc biệt ở nông thôn là chuyện rất bình thường. Do đó, những ảnh hưởng từ phía gia đình chồng cũng gây cho người phụ nữ Việt Nam những áp lực rất lớn đối với người phụ nữ bị VS, đặc biệt là những phụ nữ sống ở nông thôn. *“Người ta thấy mình không có con là coi như người dưng nước lã rồi, nông thôn là thế đấy chị ạ.”* (phụ nữ 39T, giáo viên mầm non, nông thôn).

Như vậy, có quá nhiều những ảnh hưởng tiêu cực góp phần làm suy sụp tinh thần người phụ nữ bị VS mà nguồn gốc cũng chỉ từ việc không thể sinh đẻ của cô con dâu trong khi con trai mình vẫn có khả năng có con. Áp lực này đối với phụ nữ cũng không kém gì những áp lực khác mà người phụ nữ phải chịu đựng mà hậu quả thường là bị đuổi ra khỏi gia đình nhà chồng vì không có khả năng sinh con.

Chi phí điều trị và thời gian điều trị kéo dài cũng luôn là nỗi bức dọc của các gia đình nhà chồng do nguyên nhân VS từ phía người con dâu. Điều này cũng dễ hiểu chung bởi chi phí điều trị quá cao so với thu nhập của người dân ở những nước nghèo [5], [7], [87].

Đây không phải là một điều nhỏ, vì khi không còn gánh nổi áp lực chi phí điều trị mà chưa thể có con, ly hôn hoặc đa thê là điều khó tránh khỏi [84], [130]. Ngoài ra, quan điểm của gia đình nhà chồng rất rõ rệt về yếu tố giới, tức là nguyên nhân VS do người vợ nên tiền nong chi phí điều trị hiển nhiên phải do bên nhà ngoại lo lắng, góp tiền cho con gái đi điều trị. Yếu tố này đã được nhắc đi nhắc lại tương đối nhiều lần trong phần phân tích này.

Việc kích động con trai mình bỏ vợ do người vợ không sinh được con cũng là điều thường gặp trong các cuộc phỏng vấn, đặc biệt là những phụ nữ sống ở nông thôn và sống cùng với gia đình nhà chồng. Cũng chỉ vì biết rõ nguyên nhân VS là do người con dâu, gia đình nhà chồng tìm cách gây chia rẽ, muốn con trai mình bỏ vợ để lấy người vợ khác có khả năng sinh con để có người nối dõi tông đường, bởi đối với họ, một người con dâu không thể có con là không thể chấp nhận được.

Vẫn là nhóm phụ nữ sống cùng với gia đình nhà chồng, sống ở nông thôn bị áp lực từ gia đình nhà chồng rất nhiều so với nhóm phụ nữ sống ở thành thị, sống độc lập và không phụ thuộc vào kinh tế nhà chồng.

Như vậy, người phụ nữ Việt Nam luôn gánh chịu những thiệt thòi liên quan đến yếu tố giới tương tự như những nghiên cứu liên quan đến phụ nữ Á đông và khác hẳn phụ nữ ở các nước phương Tây [87], [109], [130]. Kết quả này tương tự như những kết quả được rút ra từ những nghiên cứu có liên quan đến các nước châu Á và châu Phi [96], [130].

Trong khi đó, phụ nữ phương Tây hầu như không bị áp lực nhiều về chuyện không có con, nhiều phụ nữ không quan tâm đến chuyện con cái, thậm chí nhiều nước mà điều trị VS vẫn được sự trợ giúp của chính phủ thì tỷ lệ tiếp cận dịch vụ điều trị VS cũng chỉ đạt 42-76,3% [45].

#### **4.2.5. Bàn luận về những ảnh hưởng từ cộng đồng gây áp lực lên người**



## phụ nữ

Cũng như mọi tác động ảnh hưởng đến người phụ nữ bị VS, tác động từ cộng đồng cũng có cả mặt tích cực và tiêu cực. Theo suy nghĩ của những đối tượng tham gia phỏng vấn, chủ yếu họ chỉ nhìn thấy những tác động tiêu cực từ cộng đồng, có thể cố tình nhưng đôi khi có thể chỉ là sự quan tâm tình cờ nhưng lại vô tình gây tổn thương về mặt tâm lý cho người phụ nữ. “...*trước mặt mình người ta cứ làm như về xót xa cho mình nhưng thực tế sau lưng người ta cũng ích kỷ, cũng nói to nhỏ xì xào*” (phụ nữ 36T, nông dân, nông thôn).

Hơn thế nữa, nhiều phụ nữ cảm thấy mặc cảm tội lỗi khi nguyên nhân VS do mình, bởi truyền thống của người Việt Nam thì người phụ nữ có chức năng sinh sản mới chứng minh mình là một người đàn bà đích thực, người phụ nữ 28T, VS I, giáo viên, thành thị cho biết như thế. Và có phụ nữ không nghĩ rằng mình có thể sống được với áp lực là một người phụ nữ không thể sinh con, bởi đàn bà không có con thì chỉ giống như “*một con cá rô*” (phụ nữ 27T, VS II, nhân viên thư viện, nông thôn).

Đó là chưa kể có những người hàng xóm thật sự ác ý với những người phụ nữ bất hạnh “...*có cái việc con gà chạy sang mà mình có đuổi thì người ta bảo là: “Mi ăn mi để làm gì để cho gà nhà tau ăn với, mi có con đâu mà phải này nọ”... Người ta cứ lấy việc không có con của mình ra để nhieć móc, chửi rửa.*” (phụ nữ 41T, buôn bán nhỏ, nông thôn).

Điều đó càng làm cho người phụ nữ xa lánh cộng đồng, không có được sự chia sẻ động viên tinh thần cũng như những thông tin hữu ích có thể giúp ích cho sự tiếp cận với dịch vụ điều trị. “...*Em muốn đi đâu cũng được, đừng ai biết em, đừng ai hỏi em...*” (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi).

Như vậy, ảnh hưởng tiêu cực của cộng đồng không những làm cho người phụ nữ bị nhấn chìm hơn vào sự khủng hoảng vì thiếu đi sự hỗ trợ cần thiết của cộng đồng mà có thể làm cho họ mất đi niềm tin ở tương lai và có thể mất đi sự chia sẻ quý giá về thông tin từ những người xung quanh giúp họ dễ dàng hơn trong việc tiếp cận các dịch vụ HTSS. Tuy nhiên, sự hỗ trợ của cộng đồng cũng phải hết sức

thận trọng vì đôi khi nếu không tế nhị, những sự hỗ trợ đó sẽ có tác dụng ngược lại sẽ làm cho tình trạng khủng hoảng tinh thần của người phụ nữ VS lại thêm trầm trọng hơn [93], [134].

#### **4.2.6. Bàn luận về những ảnh hưởng từ định kiến của các yếu tố văn hóa, xã hội và tôn giáo gây áp lực lên người phụ nữ**

Trong quan niệm của xã hội Việt Nam, chức năng chính của một người phụ nữ là sinh con, thậm chí sinh được con cũng chưa đủ mà phải sinh con trai. Vì thế, một người phụ nữ không sinh được con không được xã hội chấp nhận, luôn bị coi thường.

Kết quả này tương tự như vài nghiên cứu đã được tiến hành tại Việt Nam [5], [7]. Đối với những nước phương Đông, tuy có khác nhau về các vấn đề xã hội, nhân chủng học, kinh tế, địa lý, và ý thức xã hội của từng nền văn hóa, nhưng hầu như đều chung một điểm là yếu tố giới- nguyên nhân VS do người phụ nữ bao giờ cũng là gánh nặng tinh thần đưa đến áp lực buộc người phụ nữ phải có con bằng mọi giá nếu không muốn mất đi vị thế của mình trong gia đình và mất hạnh phúc trong hôn nhân [44], [87], [96].

Định kiến xã hội cho rằng không có con là do thất đức, kiếp trước ăn ở bạc bẽo hoặc vì một lý do nào đấy nên bị thần linh trừng phạt. Xuất phát từ quan niệm này, nhiều phụ nữ phải đi kêu cầu, lễ lạy ở các đền chùa để mong có thể có con như kết quả phỏng vấn đã cho thấy. Cũng có thể có những người không tin vào điều này, tuy nhiên phần lớn các đối tượng nghiên cứu đều cho biết có đi lễ lạy, chùa chiền cầu khẩn xin có con chứng tỏ ngoài việc tìm kiếm mọi cơ hội để có con, niềm tin vào quan hệ nhân quả, vào sự chi phối của một đấng tối cao nào đó vẫn ngự trị trong tâm trí những người phụ nữ, kể cả những phụ nữ có trình độ học vấn cao.

Việc quan niệm con cái do các đấng bề trên chi phối, không có con là do bị trừng phạt gặp tương đối nhiều ở những nước châu Á và những nước đang phát triển [84], [87], [93]. Và điều đó càng làm tăng thêm gánh nặng tâm lý lên người phụ nữ, vì họ bị xem như chính là những “*thủ phạm*” của những “*tội lỗi*” này.

Hoặc có thể, điều mà làm cho người phụ nữ VS luôn lo lắng và tìm cách giấu diếm ngoài chuyện do vô phúc thất đức nên mới mất khả năng sinh đẻ (phụ nữ 37T, nông dân, miền núi), mà còn định kiến xã hội cho rằng lỗi của người phụ nữ cũng có thể do quan hệ nhân quả, chơi bời hư hỏng mới bị VS do tắc 2 VTC “...*người ta bảo mình ngày xưa hư hỏng nên mới bị tắc vòi trứng...*”(phụ nữ 29T, giáo viên, nông thôn).

Như vậy, VS không đơn thuần chỉ là một tình trạng không sinh nở được. Những phụ nữ bị VS ở những nước đang phát triển thường liên quan đến sự sỉ nhục của xã hội, khó khăn về kinh tế, bị gia đình, xã hội, cộng đồng xa lánh và thậm chí bị bạo hành, đặc biệt bởi chính những ông chồng của họ [140].

Thông qua 10 cuộc phỏng vấn, sự dò dào về nguồn thông tin kể cả về những thông tin nhạy cảm nhất được cung cấp cho thấy phụ nữ rất sẵn sàng hợp tác với BS điều trị với hy vọng được chia sẻ và được tiếp nhận những tư vấn cụ thể theo từng trường hợp VS và hoàn cảnh của mình. Đây cũng là một thế mạnh trong nghiên cứu định tính được thực hiện bởi những nhà lâm sàng. Nhận xét này cũng trùng hợp với nghiên cứu từ Katja cho thấy những nhà chuyên khoa vô sinh có lợi thế hơn các nhà tâm lý khác khi tiếp cận đánh giá sự ảnh hưởng về mặt tinh thần của phụ nữ bị VS [82].

Nghiên cứu phỏng vấn sâu khác của Wilkes S. cũng cho thấy sự quan trọng của hệ thống CSSKSS giữa người bệnh và thầy thuốc trong đó lấy người bệnh làm trung tâm sẽ giúp đỡ những cặp vợ chồng VS có được sự tư vấn trợ giúp về tinh thần và có được những quyết định đúng đắn trong từng trường hợp cụ thể [143].

Nhìn chung, rất cần sự quan tâm nhiều hơn nữa về chăm sóc sức khỏe cho những phụ nữ bị VS, không những về mặt điều trị y tế, mà còn những liệu pháp tâm lý trị liệu và đặc biệt cần hơn nữa sự giúp đỡ của cộng đồng để hỗ trợ tư vấn về tâm lý và tinh thần cho người phụ nữ bị VS. Những phụ nữ sống ở nông thôn, thu nhập thấp và sống cùng với gia đình nhà chồng là nhóm phụ nữ chịu ảnh hưởng nặng nề nhất bởi tình trạng VS mà đặc biệt nguyên nhân lại bắt nguồn từ phía họ.

## KẾT LUẬN

### **1. Một số yếu tố nguy cơ trong tiền sử sản phụ khoa có mối liên quan chặt chẽ với VS do nguyên nhân VTC trong nghiên cứu**

Sau khi phân tích các yếu tố bằng mô hình hồi qui đa biến, những yếu tố được coi như là yếu tố làm tăng nguy cơ VS do VTC trong tiền sử sản phụ khoa gồm có:

- Phụ nữ có TS mổ lạc NMTC có nguy cơ VS do nguyên nhân VTC gấp 4,6 lần so với những phụ nữ không có TS mổ lạc NMTC có cùng nơi cư ngụ.

- Phụ nữ có TS NPT không bị tai biến có nguy cơ tăng VS do nguyên nhân VTC cao gấp 5,7 lần, bị tai biến sau NPT có nguy cơ tăng gấp 28,3 lần so với phụ nữ không có TS NPT có cùng nơi cư ngụ; Phụ nữ có TS NPT bằng phương pháp hút thai và được dùng kháng sinh sau NPT làm giảm nguy cơ VS do nguyên nhân VTC so với phụ nữ có TS NPT không phải bằng phương pháp hút thai và không được dùng kháng sinh sau NPT có cùng nơi cư ngụ.

- Phụ nữ có TS VSD càng lâu và càng có nhiều đợt viêm cấp thì nguy cơ VS do VTC càng cao. Phụ nữ có thời gian VSD >1 năm sẽ làm tăng nguy cơ VS do nguyên nhân VTC gấp 4,8 lần so với phụ nữ có TS VSD  $\geq$  1 năm có cùng nơi cư ngụ, phụ nữ có TS VSD từ <3 đợt trở lên giảm nguy cơ VS do VTC xuống còn 0,4 lần so với phụ nữ có TS VSD  $\geq$  3 đợt trở lên có cùng nơi cư ngụ. Phụ nữ có TS nhiễm Chlamydia làm tăng nguy cơ VS do nguyên nhân VTC lên gấp 12,8 lần so với phụ nữ không có TS nhiễm Chlamydia có cùng nơi cư ngụ.

- Phụ nữ sống ở thành thị có nguy cơ bị VS do nguyên nhân VTC tăng gấp 2,8 lần so với phụ nữ sống ở các vùng khác có cùng các yếu tố nguy cơ.

### **2. Vô sinh do vòi tử cung ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ**

- VS do nguyên nhân người phụ nữ ảnh hưởng rất nghiêm trọng đến tâm lý, tinh thần và thể chất của người phụ nữ do bản thân người phụ nữ bị áp lực nặng nề về chi phí y tế, mất đi vị trí trong gia đình và xã hội, bị cô lập và tự cô lập trong cộng đồng do không có khả năng sinh con, hôn nhân không bền vững, nguy cơ bị ngoại

tình, đa thê, và ly hôn là rất cao.

- Phụ nữ bị VS hiện nay không được hỗ trợ kể cả bảo hiểm y tế hoặc bất cứ một tổ chức xã hội nào, cũng như không có sự tư vấn giúp đỡ tinh thần riêng biệt trong hệ thống y tế ở Việt Nam. Yếu tố giới luôn là lực cản khiến gánh nặng chi phí không chỉ dồn lên vai người phụ nữ mà luôn cả gia đình của người phụ nữ bị VS.

- Bị áp lực nặng nề từ phía chồng, gia đình và xã hội, thiếu sự đồng viên, hỗ trợ của những người xung quanh, thiếu sự quan tâm, gặp nhiều ác cảm của cộng đồng, định kiến nặng nề của xã hội và tôn giáo càng làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ VS.

- Thiếu vắng sự trợ giúp của hệ thống CSSKSS đặc biệt tuyến y tế cơ sở do đó người phụ nữ bị VS thiếu những thông tin cần thiết, không được trợ giúp về tinh thần, tư vấn phương hướng điều trị cụ thể nên nhiều phụ nữ bị mất phương hướng trong điều trị, dẫn đến việc tìm kiếm những phương pháp điều trị không khoa học, lãng phí thời gian và tiền bạc, ảnh hưởng đến sức khỏe và tỷ lệ thành công sau này.

## **KHUYẾN NGHỊ**

1. Viêm nhiễm là những yếu tố cần quan tâm hơn nữa cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, đặc biệt là tầm soát Chlamydia và điều trị hợp lý. Kiểm soát tốt viêm nhiễm và tư vấn điều trị kháng sinh hạn chế nguy cơ viêm nhiễm trong những trường hợp có can thiệp thủ thuật đối với phụ nữ đang độ tuổi sinh đẻ như DCTC và NPT.
2. Tư vấn, truyền thông và giáo dục tuyên truyền để những cặp vợ chồng bị VS không bị mặc cảm, tự ti, xấu hổ, đặc biệt là người phụ nữ, có thể rút ngắn được quá trình điều trị, tiết kiệm tiền bạc và tăng tỷ lệ có thai. Đặc biệt, tư vấn tuyên truyền cho những phụ nữ bị VS do nguyên nhân VTC không theo đuổi các phương pháp điều trị bằng thuốc nam và đông y làm cho người phụ nữ vừa tốn kém vừa mất đi cơ hội có thai do mất thời gian theo đuổi.
3. Các nhà chính trị và hoạch định chính sách trong y tế cần có sự quan tâm hơn nữa để cân bằng giữa chính sách dân số và nhu cầu có con của những cặp vợ chồng VS. Nên lồng ghép nhiều hơn nữa vào các chương trình CSSKSS ban đầu các dịch vụ tư vấn và hỗ trợ thông tin cần thiết cho các cặp vợ chồng VS trong bối cảnh nhạy cảm của nền văn hóa và dân tộc khác nhau. Cần có những chính sách y tế hỗ trợ cho đối tượng phụ nữ bị VS, nên xem VS như một bệnh lý mãn tính đối với đối tượng dễ bị tổn thương trong cộng đồng. Hoặc có thể xem VS là một bệnh lý mãn tính được chăm sóc đặc biệt và được hưởng mức qui định hỗ trợ viện phí đặc biệt như là các bệnh lý đòi hỏi các kỹ thuật cao được chi trả một phần.
4. Cần có nhiều nghiên cứu có tầm cỡ ở nhiều vùng địa lý khác nhau để có được bức tranh toàn cảnh về VS do nguyên nhân VTC trong mối liên hệ giữa các yếu tố nguy cơ, công tác tư vấn truyền thông cũng như dịch vụ y tế phù hợp cho từng vùng địa lý.