

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ
VIỆN SÓT RÉT - KÝ SINH TRÙNG - CÔN TRÙNG TRUNG ƯƠNG

-----*-----

VŨ ĐỨC BÌNH

**THỰC TRẠNG, NGUY CƠ NHIỄM *Candida sp*, *Trichomonas vaginalis* ĐƯỜNG SINH DỤC PHỤ NỮ TUỔI SINH ĐẼ
TẠI HUYỆN TAM NÔNG TỈNH PHÚ THỌ VÀ HIỆU QUẢ
ĐIỀU TRỊ, GIÁO DỤC SỨC KHOẺ (2011-2013)**

**Chuyên ngành: Ký sinh trùng - Côn trùng y học
Mã số: 62.72.01.16**

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI, 2015

**CÔNG TRÌNH ĐÃ ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
VIỆN SÓT RÉT-KÝ SINH TRÙNG-CÔN TRÙNG TRUNG ƯƠNG**

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS. Nguyễn Mạnh Hùng**
- 2. GS.TS. Nguyễn Thanh Long**

Phản biện 1: PGS.TS. Lê Xuân Hùng - VSR-KST-CTTW

Phản biện 2: PGS.TS. Lê Thị Tuyết - HV Y dược học Cổ truyền VN

Phản biện 3: PGS.TS. Hồ Bá Do - Học viện Quân Y

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Viện
tại Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng TW
vào hồi..... giờ....., ngày.....tháng.....năm.....

Có thể tìm hiểu luận văn tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng TW

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải)
BCS	Bao cao su
BMTE	Bà mẹ trẻ em
CBYT	Cán bộ y tế
CDC	Center for Disease Control and Prevention (Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh)
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
ĐSD	Đường sinh dục
HIV	Human Immunodeficiency virus (vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người)
HPV	Human Papilloma Virus (vi rút gây u nhú ở người)
NCMT	Nghiện chích ma túy
NTĐSD	Nhiễm trùng đường sinh dục
OR	Odd ratio (tỷ suất chênh)
PCR	Polymerase Chain Reaction (Phản ứng chuỗi Polymerase)
PTTH	Phổ thông trung học
QHTD	Quan hệ tình dục
RFLP	Restriction Fragment Length Polymorphism (kỹ thuật đa hình chiều dài đoạn cắt giới hạn)
STI	Sexually Transmitted Infection (Nhiễm trùng lây qua đường tình dục)
THCS	Trung học cơ sở
TCCN	Trung cấp chuyên nghiệp
UNAIDS	Tổ chức Phòng chống HIV/AIDS Liên hợp quốc
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities (Quỹ Dân số Liên Hiệp quốc)
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng đường sinh sản có 3 nhóm nguyên nhân chủ yếu là: Nhiễm khuẩn; nhiễm ký sinh trùng như *Candida sp* và *Trichomonas vaginalis*; nhiễm virus như... vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người HIV.

Theo báo cáo WHO năm 2008, trên thế giới có 499 triệu người nhiễm trùng đường sinh dục, trong đó khu vực Đông - Nam Á có 128 triệu người nhiễm chiếm 25,6%, khu vực Cận Sahara - Châu Phi 93 triệu người chiếm 18,6%, Mỹ La tinh và Caribe 126 triệu người chiếm 25,2%. Tại Việt Nam vấn đề nhiễm trùng đường sinh sản hay gặp nhất là viêm âm đạo do vi nấm đứng thứ hai trong các nguyên nhân gây bệnh: *Candida sp*, *Trichomonas vaginalis*... Tuy nhiên trong số 80% phụ nữ có một số triệu chứng lâm sàng thì 2/3 số này được xét nghiệm mắc bệnh đường sinh sản.

Tại Phú Thọ nói chung và huyện Tam Nông nói riêng, cho đến nay chưa có công trình nghiên cứu nào thật đầy đủ và quy mô để đánh giá thực trạng nhiễm trùng đường sinh dục. Xuất phát từ sự hỗ trợ của Viện Ký sinh trùng Sốt rét - Côn trùng Trung ương tại huyện Tam Nông, chúng tôi thực hiện đề tài **Thực trạng, nguy cơ nhiễm *Candida sp*, *Trichomonas vaginalis* đường sinh dục ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại huyện Tam Nông tỉnh Phú Thọ và hiệu quả điều trị, giáo dục sức khỏe (2011-2013)** với các mục tiêu sau:

1. Xác định thực trạng nhiễm *Candida sp* và *Trichomonas vaginalis* đường sinh dục ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (18 - 49) đã có chồng tại huyện Tam Nông tỉnh Phú Thọ, 2011-2013.

2. Xác định một số yếu tố liên quan nhiễm *Candida sp* và *Trichomonas vaginalis* đường sinh dục.

3. Đánh giá hiệu quả điều trị và giáo dục sức khỏe 2011 - 2013

Đề tài gồm 116 trang: Đặt vấn đề 2 trang và gồm 4 chương: chương I Tổng quan tài liệu 32 trang; chương II Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 23 trang; chương III Kết quả nghiên cứu 33 trang; chương IV Bàn luận 24 trang; Kết luận 2 trang; Kiến nghị 1 trang.

CHƯƠNG I TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Khái niệm và phân loại bệnh nhiễm trùng đường sinh sản

Nhiễm trùng đường sinh theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới là các viêm nhiễm tại cơ quan sinh dục do bệnh lây truyền qua đường tình dục và viêm nhiễm khác không lây qua quan hệ tình dục tại âm hộ, âm đạo và cổ tử cung.

Căn nguyên của bệnh do Hiệp hội sức khỏe phụ nữ Thế giới đưa ra năm 1987, được sử dụng rộng rãi, bao gồm ba nhóm nguyên nhân gây ra ba nhóm bệnh.

1.2. Đặc điểm mầm bệnh nhiễm trùng đường sinh dục do *Candida sp* và *Trichomonas vaginalis*

1.2.1. Một số đặc điểm hình thể

Nấm *Candida sp* Nấm (fungi), là những sinh vật có nhân và thành tế bào thực vật, dị dưỡng (Heterotrophic), sinh sản bằng bào tử. Ước tính trên thế giới có 1 triệu loài nấm, hiện nay khoa học đã phát hiện 400 loài gây bệnh cho người, những loài nấm gây bệnh cho người thường gặp nhất là *Candida sp* gây các bệnh nấm nội tạng và nấm da - niêm mạc.

Đơn bào *Trichomonas vaginalis*

Trichomonas vaginalis là đơn bào có nhân, có roi và chuyển động bằng roi, sinh sản vô tính, phân chia theo chiều dọc thân. Trùng roi *Trichomonas vaginalis* có từ 3 - 5 roi ở phía trước và một roi về phía sau đến giữa thân tạo thành màng vây.

1.2.2. Khả năng gây bệnh

Người là nguồn truyền nhiễm chủ yếu và là ổ chứa mầm bệnh của hầu hết các bệnh nhiễm trùng đường sinh dục nói chung và nhiễm ký sinh trùng đường sinh dục (*Candida sp* và *Trichomonas vaginalis*) nói riêng

1.2.3. Đường truyền nhiễm, cơ chế lây truyền và khối cảm thụ

Đường truyền nhiễm: Có 3 đường truyền các bệnh nhiễm trùng đường sinh dục Lây truyền trực tiếp qua đường tình dục Do phát triển quá mức của các vi sinh vật sống cộng sinh trong đường sinh sản: Do thăm khám sản phụ khoa hoặc đặt các dụng cụ kế hoạch hóa gia đình không được vô khuẩn an toàn hoặc từ môi trường tự nhiên

Cơ chế lây truyền: Nhiễm trùng đường sinh dục ở phụ nữ có ba pha là: Pha thái; Pha ngoại môi; Pha xâm nhập.

Khối cảm thụ: Mọi cơ thể khi chưa có miễn dịch đều có thể bị nhiễm bệnh

1.3. Một số đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán nhiễm ký sinh trùng đường sinh dục do *Candida sp* và *Trichomonas vaginalis*

1.3.1. Một số đặc điểm lâm sàng

Nhiễm *Trichomonas vaginalis* đường sinh dục: Bệnh thường có biểu hiện lâm sàng khác nhau. Lúc đầu mới bị bệnh, triệu chứng có thể cấp tính như ngứa nhiều ở âm hộ, âm đạo, khí hư ở âm đạo chảy ra nhiều, có dịch mủ vàng hoặc xanh, nặng mùi, âm đạo bị đau như kim châm, sưng đỏ, viêm tấy, có nhiều nơi bị loét. Sau đó bệnh chuyển sang bán cấp và mãn tính, thường không có viêm tấy và thành thể trường diễn kéo dài.

Nhiễm *Candida sp* đường sinh dục: Biểu hiện bệnh ở phụ nữ:

+ *Khí hư:* khí hư nhiều, màu trắng như váng sữa, không hôi, thành mảng dày dính vào thành âm đạo, ở dưới có vết chọt đỏ. *Ngứa:* ngứa vùng sinh dục - hậu môn, bệnh nhân thường bị ngứa nhiều và gãi làm xây xước vùng âm hộ và làm nấm lan rộng cả tầng sinh môn, ben đùi. *Đau khi giao hợp:* khi giao hợp đau là triệu chứng hay gặp của bệnh nhân viêm âm hộ âm đạo do nấm men, thường bệnh nhân có cảm giác đau nông, cần phân biệt với đau khi giao hợp do viêm tiểu khung thường có cảm giác đau sâu. Đi tiểu khó do đau khi nước tiểu đi qua vùng sinh dục bị viêm

1.3.2. Chẩn đoán nhiễm ký sinh trùng đường sinh dục do *candida sp* và *Trichomonas vaginalis*

Chẩn đoán bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục thường dựa vào kết hợp chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng.

Chẩn đoán lâm sàng: Mỗi nguyên nhân có một biểu hiện khác nhau, vì vậy việc chẩn đoán thường dựa vào hội chứng bệnh như: Đặc điểm của dịch tiết, màu và mùi của khí hư, vị trí tổn thương cùng các triệu chứng của người bệnh.

Nhiễm nấm *Candida* ở âm đạo sinh ra nhiều huyết trắng, đóng mảng và gây ngứa ngáy, khó chịu. Đôi khi kèm theo tiểu tiện khó. Tuy nhiên, ở một số bệnh nhân có thể không có các triệu chứng này.

Nhiễm *Trichomonas vaginalis* có triệu chứng ngứa rất âm hộ, khiến người phụ nữ gãi, âm hộ có vết xước, vùng viêm âm hộ có thể lan đến bẹn. Ra khí hư trắng bọt. Âm đạo viêm đỏ, đầy khí hư trắng, lổn nhổn như cặn sữa. Cổ tử cung viêm, chạm vào chảy máu, bôi lugol nham nhở.

Chẩn đoán cận lâm sàng: Đối với nhiễm đơn bào *Trichomonas vaginalis* thường sử dụng phương pháp soi tươi với nước muối sinh lý. Đối với nhiễm *Candida sp* thường sử dụng nhiều phương pháp như: Soi tươi trong môi trường nước muối sinh lý, nhuộm gram, nuôi

cấp trong môi trường Sabouraud chọn lọc sau đó định loài bằng khóa định loài hoặc bằng kỹ thuật Polymerase Chain Reaction (PCR).

Kỹ thuật soi tươi chẩn đoán *Candida* sp và *Trichomonas vaginalis*

Kỹ thuật nuôi cấy nấm trong môi trường Sabouraud

Kỹ thuật PCR xác định loài nấm gây bệnh đường sinh sản

1.4. Điều trị nhiễm ký sinh trùng đường sinh dục do *Candida* sp và *Trichomonas vaginalis*

- **Điều trị nấm *Candida* sp: Fluconazol** 150mg/ngày x 07 ngày, đặt vào buổi tối trước khi đi ngủ và sau khi đã vệ sinh sạch sẽ

Theo khuyến cáo fluconazole đường uống hàng tuần với liều 150 mg, mà đạt được kiểm soát triệu chứng > 90% bệnh nhân.

- **Điều trị nhiễm *Trichomonas vaginalis*: Metronidazole** 2g uống trong một liều duy nhất

+ Không uống rượu, bia trong quá trình điều trị và 24 giờ sau đó

+ Tránh giao hợp hoặc dùng bao cao su khi quan hệ tình dục

+ Không thụt rửa âm đạo có thể làm tăng nguy cơ tái phát.

Theo khuyến cáo tại Hoa Kỳ cho điều trị nhiễm *Trichomonas*. Trong các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, các phác đồ metronidazole cho tỷ lệ chữa khỏi khoảng 90% -95%

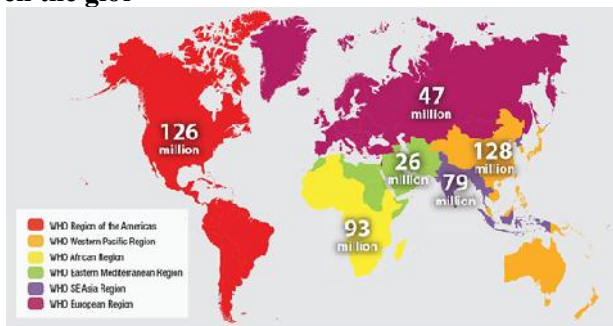
1.5. Phòng chống nhiễm ký sinh trùng đường sinh dục

1.5.1. Nguyên tắc chung

Can thiệp phải tác động vào cả ba khâu của quá trình truyền: nguồn truyền nhiễm; Đường truyền nhiễm; khối cảm thụ

2. Thực trạng nhiễm trùng đường sinh dục do *Candida* sp và *Trichomonas vaginalis*

2.1. Trên thế giới



Hình 1.7. Số trường hợp nhiễm trùng đường sinh dục năm 2008 trên thế giới (Nguồn: WHO)

2.1.1. Tại Châu Á, Châu Phi, Mỹ La tinh

Theo WHO năm 2008, trên thế giới có 499 triệu người nhiễm trùng đường sinh dục, trong đó khu vực Đông - Nam Á có 128 triệu người nhiễm chiếm 25,6%, khu vực Cận Sahara - Châu Phi 93 triệu người nhiễm chiếm 18,6%, Mỹ La tinh và Caribe 126 triệu người nhiễm chiếm 25,2%

2.1.2. Tại Châu Âu, Châu Đại Dương, Bắc Mỹ

Ở một số nước phát triển như Tây Ban Nha, trong vòng 9 năm (1993-2002), tỷ lệ mắc bệnh nhiễm trùng đường sinh dục ở phụ nữ bán dâm từ 3,6% - 13,3% và gia tăng nhanh chóng từ 25-50%.

Tại Anh Quốc mỗi năm có khoảng trên 400.000 người mắc giang mai, lậu, *Chlamydia trachomatis* và HPV; Tại Mỹ ước tính mỗi năm có khoảng 126 triệu người tuổi từ 14-49 bị mắc các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, Trong đó nhiễm *Trichomonas vaginalis* khoảng 3,7 triệu người. Như vậy các nước Châu Âu, Châu Đại Dương và Bắc Mỹ có nền kinh tế phát triển mạnh, đời sống văn hóa vật chất và trình độ dân trí cao, các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục cũng khá cao

2.2. Tại Việt Nam

Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới ở Việt Nam khoảng có 1 triệu người mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục

3. Yếu tố nguy cơ nhiễm trùng đường sinh dục do *Candida* sp và *Trichomonas vaginalis*:

Yếu tố về cá nhân; Yếu tố về lao động; Yếu tố về vệ sinh; Yếu tố nguy cơ về sinh đẻ, nạo hút phá thai và kế hoạch hóa gia đình.

4. Biện pháp và hiệu quả can thiệp cộng đồng phòng chống nhiễm trùng đường sinh dục do *Candida* sp và *Trichomonas vaginalis*

4.1. Trên thế giới

Năm 2006, WHO đã đưa ra chiến lược toàn cầu cho việc phòng và kiểm soát các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục giai đoạn 2006 - 2015, nhằm đáp ứng nhanh với công tác phòng chống và kiểm soát các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Trong đó có một số giải pháp: Cải thiện sự hiểu biết về lây nhiễm và phòng tránh; Cải thiện thông tin cho phát triển chính sách và chương trình

thông qua việc giám sát, theo dõi, đánh giá để đảm bảo các hoạt động theo kế hoạch, thời gian, và nguồn lực trong phạm vi ngân sách.

4.2. Tại Việt Nam

Chiến lược Dân số và Sức khỏe Sinh sản giai đoạn 2011 - 2020, đó là "... giảm nhiễm trùng đường sinh dục, nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục; chủ động phòng ngừa, phát hiện và điều trị sớm... đường sinh sản ở phụ nữ trong độ tuổi 30 - 54 tuổi với một số chỉ tiêu cơ bản sau":

- Chỉ tiêu 1: Giảm 15% số trường hợp nhiễm trùng đường sinh dục vào năm 2015 và 30% vào năm 2020.

- Chỉ tiêu 2: Giảm 10% số trường hợp nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục vào năm 2015 và 20% vào năm 2020.

Các biện pháp thực hiện các chiến lược có 3 giải pháp chính được chỉ rõ:

- Thiết lập và tăng cường năng lực hệ thống quản lý, giám sát, chẩn đoán và điều trị bệnh lây truyền đường tình dục.

- Tăng cường chẩn đoán sớm và điều trị bệnh lây truyền đường tình dục.

- Tăng cường các hoạt động dự phòng bệnh lây truyền đường tình dục.

CHƯƠNG II

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 18 đến 49 tuổi, đã có chồng đang sống và làm việc tại địa phương, tình nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu: 3 xã Tê Lễ, Quang Húc và Thọ Văn huyện Tam Nông tỉnh Phú Thọ

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 2011 - 2013.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích và nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đánh giá trước -sau.

2.3. Cơ mẫu nghiên cứu

2.3.1. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu điều tra ngang xác định tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường sinh dục

Nghiên cứu trên 532 đối tượng phụ nữ trong độ tuổi 18 - 49 đã có chồng tại 3 xã tại huyện Tam Nông, Phú Thọ.

2.3.2. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu điều tra mô tả kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ độ tuổi sinh đẻ có liên quan đến tình trạng nhiễm ký sinh trùng đường sinh sản

Cách chọn mẫu: căn cứ vào danh sách điều tra ban đầu và kết quả khám và xét nghiệm, chọn ngẫu nhiên 260 người có nhiễm ký sinh trùng đường sinh sản và người không nhiễm.

2.3.3. Cơ mẫu nghiên cứu can thiệp điều trị: Mẫu nghiên cứu can thiệp là mẫu toàn bộ. Tất cả phụ nữ nếu có bệnh đều được điều trị bằng các loại thuốc đặt âm đạo, thuốc uống kết hợp với sử dụng dung dịch vệ sinh. Đánh giá hiệu quả can thiệp sau 6 tháng và 18 tháng.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu và kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

Kỹ thuật phỏng vấn cộng đồng; Can thiệp tại cộng đồng: Điều trị cho những người nhiễm bệnh và cho chồng người bệnh; Can thiệp bằng tuyên truyền giáo dục sức khỏe; Đánh giá hiệu quả can thiệp

2.5. Các chỉ số đánh giá

Đánh giá tình trạng nhiễm ký sinh trùng đường sinh sản; tỷ lệ nhiễm từng loại *Candida* sp bằng kỹ thuật sinh học phân tử PCR; Xác định các yếu tố nguy cơ về Kiến thức - Thái độ - Thực hành có liên quan đến tình trạng nhiễm ký sinh trùng đường sinh sản.

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Bằng phần mềm Epi - Info 6.04 và phần mềm Stata.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các quy định trong nghiên cứu y - sinh học

2.8. Giới hạn và hạn chế của nghiên cứu

Vì điều kiện nguồn lực cũng như thời gian đầu tư cho việc thực hiện đề tài có hạn, do vậy phạm vi nghiên cứu của đề tài được giới hạn trong điều kiện có thể cho phép.

Chương III KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tình trạng nhiễm nấm *Candida sp* và *Trichomonas vaginalis* ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (18 - 49) đã có chồng tại huyện Tam Nông tỉnh Phú Thọ.

3.1.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tổng số 532 phụ nữ độ tuổi sinh đẻ từ (18-49), đã có chồng, ở 3 xã với một số đặc điểm như sau:

Bảng 3.1. Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu

Các đặc trưng cá nhân		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18 - 25	45	8,5
	26 - 35	117	22,0
	36 - 49	360	69,5
	Tổng	532	100,0
	Tuổi trung bình: 35,48 ± 5,79		
Giá trị p: (1: 2; 3) < 0,01			
Học vấn	Mù chữ (1)	102	19,2
	Tiểu học (2)	30	5,6
	Trung học cơ sở (3)	300	56,4
	Trung học phổ thông (4)	70	13,2
	Trung cấp chuyên nghiệp và đại học (5)	30	5,6
	Tổng	532	100,0
	Giá trị p (3: 1; 2; 4; 5) < 0,01; p (2: 5) > 0,05		
Nghề nghiệp	Nông, lâm nghiệp	430	81,7
	Cán bộ, công chức	50	9,4
	Buôn bán dịch vụ	47	8,9
	Tổng	532	100,0
	Giá trị p (1: 2; 3) < 0,01; (2: 3) > 0,05		

Nhận xét: Có sự khác biệt về số phụ nữ đến khám bệnh đường sinh sản giữa các độ tuổi 18 -25; 26 -35 và 36 - 49 với các tỷ lệ tương ứng là 8,5%; 22,0% và 69,5%, với p < 0,01. Tuổi trung bình của phụ nữ đến khám bệnh đường sinh sản tại huyện Tam Nông tỉnh Phú Thọ là: 35,48 ± 5,79.

Học vấn trung học cơ sở, chiếm tỷ lệ cao nhất 56,4%, trung cấp chuyên nghiệp và đại học chỉ chiếm có 5,6% và đặc biệt có 19,2% số

phụ nữ trong độ tuổi 18 - 49 mù chữ. Có sự khác biệt về tỷ lệ phụ nữ làm nông - lâm nghiệp với phụ nữ là công chức và buôn bán (81,7% so với 9,4% và 8,9% với p<0,01). Không có sự khác biệt về tỷ lệ phụ nữ làm công chức và phụ nữ làm nông - lâm nghiệp (9,4% so với 8,9% với p>0,05).

3.1.2 Thực trạng nhiễm trùng chung đường sinh sản ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (18-49) và có gia đình tại huyện Tam Nông tỉnh Phú Thọ

- *Thực trạng nhiễm trùng đường sinh sản chung ở đối tượng*

Bảng 3.2. Thực trạng nhiễm trùng đường sinh sản chung qua thăm khám lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Khám lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Giá trị p
Kết quả khám lâm sàng	Có viêm nhiễm qua các hội chứng lâm sàng (1)	420	78,95	(1: 2) < 0,01
	Không có các hội chứng lâm sàng (2)	132	21,05	
Cộng		532	100,0	

Nhận xét: Tỷ lệ phụ nữ 18 - 49 tuổi có viêm nhiễm đường sinh sản khi thăm khám lâm sàng là: 78,95%. Có sự khác biệt về tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi 18 - 49 bị viêm nhiễm và không viêm nhiễm khi khám lâm sàng (78,95% so với 21,05% với p < 0,01).

3.1.3. Thực trạng nhiễm trùng đường sinh sản do *Candida sp* và *T. vaginalis* ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3 Tỷ lệ nhiễm *Candida sp* đường sinh sản qua các phương pháp xét nghiệm nước muối sinh lý và nuôi cấy

Phương pháp XN	Nhiễm <i>Candida sp</i> đường sinh sản (n=532)	Giá trị p
Nước muối sinh lý phát hiện <i>Candida sp</i> (1)	Số (+)	75
	Tỷ lệ (%)	14,0
Nuôi cấy nấm trong môi trường Sabouraud (2)	Số (+)	135
	Tỷ lệ (%)	25,3
Chung của cả 2 phương pháp	Số (+)	162
	Tỷ lệ (%)	30,5

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm nấm đường sinh sản khi xét nghiệm bằng phương pháp nước muối sinh lý thấp hơn nuôi cấy trong môi trường Sabouraud. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với các giá trị 14,0% so với 25,3% với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ đơn nhiễm và đa nhiễm *Candida sp* và *T. vaginalis* đường sinh sản ở đối tượng theo nhóm tuổi.

Bảng 3.4. Tỷ lệ nhiễm *Candida sp* và *T. vaginalis* ở đối tượng

Ký sinh trùng ĐSD	Tỷ lệ nhiễm ở các nhóm tuổi					Giá trị p
	Lứa tuổi	18-25 (1)	26-35 (2)	36-49 (3)	Cộng	
	Số XN	45	117	370	532	
Nhiễm <i>Candida sp</i>	Số (+)	05	17	113	135	(3: 1; 2 < 0,01)
	Tỷ lệ (%)	11,11	14,53	30,54	25,37	(1: 2 > 0,05)
Nhiễm <i>T. vaginalis</i>	Số (+)	06	05	16	27	(1: 2; 3 < 0,01)
	Tỷ lệ (%)	13,33	4,30	4,32	5,10	(2: 3 > 0,05)
Nhiễm phối hợp <i>Candida sp</i> và <i>T. vaginalis</i>	Số (+)	11	22	129	162	(3: 1; 2 < 0,01)
	Tỷ lệ (%)	24,44	18,80	35,86	30,50	(1: 2) > 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm chung *Candida sp* và *T. vaginalis* ở lứa tuổi 36 - 49 cao hơn các lứa tuổi 26 - 35 và 18 - 25, với các giá trị 35,86% so với 18,80% và 24,44% Với $p < 0,01$. Đối với tỷ lệ nhiễm từng loại *Candida sp* cũng có kết quả tương tự, tuổi càng cao tỷ lệ nhiễm càng cao (30,54% so với 14,53% và 11,13% với $p < 0,01$). Riêng đối với tình trạng nhiễm *T. vaginalis* thì lứa tuổi 18 - 25 có tỷ lệ nhiễm cao hơn các lứa tuổi 26 - 35 và 36 - 49 (13,33% so với 4,30% và 4,43% với $p < 0,01$).

- Tỷ lệ thành phần loài nấm gây bệnh ở đường sinh sản qua kết quả thực hiện PCR thu đoạn DNA của vùng gen ITS của các nhóm mẫu:

Bảng 3.5. Tổng hợp kết quả định loài nấm bằng kỹ thuật PCR

Xã	Số mẫu nấm xét nghiệm PCR	Kết quả xét nghiệm bằng kỹ thuật PCR			
		Số mẫu (+)		Số mẫu (-)	
		Số mẫu (+)	Tỷ lệ (%)	Số mẫu (-)	Tỷ lệ (%)
Quang Húc (1)	52	42	80,76	10	19,24
Tê Lẽ (2)	19	14	73,68	05	26,32
Thọ Văn (3)	22	13	59,09	09	40,91
Cộng	93	69	74,20	24	25,80
Giá trị p		(1: 3) < 0,01; (2: 3) > 0,05		(1: 3) < 0,01; (2: 3) > 0,05	

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện nấm (+) bằng kỹ thuật PCR với cặp mồi chung ITS1-ITS4 là 74,20%. Có sự khác biệt về tỷ lệ phát hiện được PCR giữa xã Quang Húc và Thọ Văn (80,8% so với 68,2% với $p < 0,01$).

Bảng 3.6. Số lượng sản phẩm PCR ITS1-ITS4 trước và sau khi cắt bằng *Msp I*

S TT	Kích thước ITS1-ITS4 (bp)	Kích thước sản phẩm cắt (bp)	Tên loài <i>Candida sp</i>	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	871	557, 314	<i>C. glabrata</i>	30	43,47
2	524	340, 184	<i>C. tropical</i>	24	34,78
3	535	297, 238	<i>C. albicans</i>	10	14,49
4	510	261, 249	<i>C. krusei</i>	3	4,34
5	520	176, 243	<i>C. parapsilosis</i>	02	2,92
Tổng			5 loài	69	100

Nhận xét: Loài *C. glabrata* chiếm ưu thế với 43,5%, tiếp đến là loài *C. tropical* chiếm 34,8% và *C. krusei* 4,3% và *C. parapsilosis* ít nhất chiếm 2,8 %. Riêng *Candida albicans* trong nghiên cứu của chúng tôi là 14,6%.

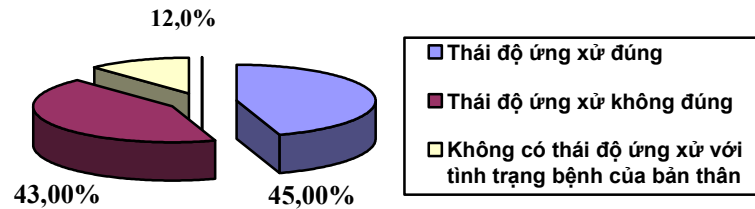
3.2. Một số yếu tố nguy cơ về kiến thức, thái độ và thực hành có liên quan đến tình trạng nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh sản.

3.2.1 Kiến thức và thái độ của đối tượng nghiên cứu về bệnh đường sinh sản do nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis*

Bảng 3.7. Hiểu biết về nguyên nhân gây bệnh *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh sản của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp

Hiểu biết	Kết quả phỏng vấn			Giá trị p
	Số phỏng vấn (n)	Số trả lời đúng	Tỷ lệ (%)	
Sử dụng BCS (1)	260	188	72,30	(1: 2; 3; 4) > 0,05 (5: 2; 3; 4) < 0,01
Chung thủy VC (2)	260	208	80,00	
VSSD hằng ngày (3)	260	229	88,07	
VS kinh nguyệt (4)	260	225	86,53	
Khám PK định kỳ (5)	260	149	57,30	

Nhận xét: Tỷ lệ hiểu đúng nguyên nhân gây bệnh *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh sản khám phụ khoa định kỳ chiếm 57,30%, thấp hơn hiểu biết do các nguyên nhân khác như: Sử dụng bao cao su 72,30%; Chung thủy vợ chồng 80,00%; Vệ sinh sinh dục hằng ngày 88,07% và vệ sinh kinh nguyệt 86,53%.



Hình 3.1. Tỷ lệ các thái độ ứng xử của phụ nữ khi bị nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh sản

Nhận xét: Chỉ có 45,00% (117/260) số phụ nữ được phỏng vấn có thái độ ứng xử đúng; 43,0% số phụ nữ có thái độ ứng xử chưa đúng khi bị mắc bệnh như: Giấu bệnh tật, xấu hổ, không đi khám bệnh tại các cơ sở y tế... và 12,0% số phụ nữ không có thái độ gì đối với bệnh tật của bản thân.

Bảng 3.8. Thái độ ứng xử của phụ nữ khi bị nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh dục

Chỉ tiêu đánh giá	Chung		Giá trị p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Tự mua thuốc điều trị (1)	107	41,20	(1: 2; 3; 4; 5; 6) < 0,01 (3: 4; 5) > 0,05 (4: 5; 6;) > 0,05
Khám và điều trị tại trạm y tế (2)	81	31,15	
Khám, điều trị tại y tế tư (3)	27	10,32	
Không đi khám và điều trị (4)	23	8,80	
Khám, điều trị tại bệnh viện (5)	17	6,53	
Nói với chồng hoặc bạn tình (6)	06	2,30	
Tổng	260	100	

Nhận xét: Người mua thuốc tự điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất 41,20% khác biệt có ý nghĩa so với khám tại trạm y tế và y tế tư nhân với các tỷ lệ 31,15% và 10,32%. Vẫn còn 8,80% số người không đi khám và điều trị. Tỷ lệ khám và điều trị tại bệnh viện rất thấp chỉ chiếm 6,53%, chỉ có 2,30% số người có bệnh nói với chồng hoặc bạn tình.

3.2.2. Một số yếu tố về điều kiện vệ sinh, sinh đẻ, nạo hút thai và sử dụng các biện pháp tránh thai có liên quan đến tình trạng nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh sản

3.2.2.1. Các yếu tố về điều kiện vệ sinh

Bảng 3.9. Các yếu tố nguy cơ về điều kiện vệ sinh có liên quan đến tình trạng nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh sản

Các yếu tố khảo sát	Tình trạng nhiễm <i>Candida</i> sp và <i>T. vaginalis</i> đường sinh sản		Cộng
	Có nhiễm	Không nhiễm	
Ngâm mình dưới nước khi lao động	Có ngâm	81	135
	Không ngâm	95	125
	Cộng	176	260
OR = 2,12; p < 0,01; 95%CI: 1,19 - 3,75			
Vệ sinh đường sinh dục hằng ngày hợp vệ sinh	Có	80	135
	Không	96	125
	Cộng	176	260
OR = 1,85; p < 0,05; 95%CI: 1,06 - 3,27			

Nhận xét: Có liên quan giữa tình trạng nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh dục với các yếu tố nguy cơ ngâm mình dưới nước khi lao động và vệ sinh đường sinh dục không đúng cách với các giá trị tương ứng: (OR = 2,12; 95%CI: 1,19 - 3,75; p < 0,01); (OR = 1,85; 95%CI: 1,06 - 3,27; p < 0,05). Người ngâm mình dưới nước khi lao động và vệ sinh đường sinh dục không đúng cách có nguy cơ nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh sản cao gấp 1,12 và 1,85 lần so với người không ngâm mình dưới nước khi lao động và người vệ sinh kinh nguyệt đúng cách.

3.2.2.2. Các yếu tố nguy cơ về sinh đẻ, nạo hút thai và sử dụng các biện pháp tránh thai

Bảng 3.10. Các yếu tố nguy cơ về sinh đẻ, nạo hút thai và sử dụng các biện pháp tránh thai

Các yếu tố khảo sát		TT nhiễm <i>Candida</i> sp và <i>T. vaginalis</i> đường sinh sản		Tổng
		Có nhiễm	Không nhiễm	
Số lần nạo hút thai	≥ 3 lần	31	39	70
	< 3 lần	53	137	190
	Cộng	84	176	260
	OR = 2,05; p < 0,01; 95%CI: 1,11-3,76			
Đặt dụng cụ tử cung	Đang sử dụng	68	91	149
	Không sử dụng	16	85	111
	Cộng	84	176	260
	OR = 3,97; p < 0,01; 95%CI: 2,07-7,89			

Nhận xét: Có liên quan giữa nạo hút thai > 3 lần với giá trị: (OR = 2,05; p < 0,01) và đặt dụng cụ tử cung (OR = 3,97; p < 0,01) với tình trạng nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh sản ở đối tượng nghiên cứu. Người nạo hút thai và đặt dụng cụ tử cung có nguy cơ nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh sản cao gấp 2,05 và 3,97 lần người không nạo hút thai > 3 lần và không đặt dụng cụ tử cung.

3.3. Hiệu quả can thiệp

3.3.1. Tỷ lệ nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* trước và sau can thiệp ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.11. Tỷ lệ nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh sản trước và sau can thiệp

Thời gian	Trước điều trị (1)		Ngay sau điều trị 10 ngày (2)		Sau điều trị 6 tháng (3)		Sau điều trị 18 tháng (5)	
	Số (+)	TL (%)	Số (+)	TL (%)	Số (+)	TL (%)	Số (+)	TL (%)
Tình trạng nhiễm	162	100	05/162	3,09	27/162	16,7	71/162	43,83
Hiệu quả (PV)	0,0%		97,0%		83,3%		56,0%	
Giá trị p	(2: 3; 5) < 0,01							

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp điều trị bằng thuốc đặt âm đạo sau 10 ngày là 97,0%. Có sự khác biệt về hiệu quả điều trị nhiễm ký sinh trùng đường sinh sản (*Candida* sp và *T. vaginalis*) ngay sau khi điều trị 10 ngày với sau 6 và 18 tháng, với các giá trị tương ứng là: 97,0% so với 83,3%, và 56,0% với p < 0,01. Tỷ lệ tái nhiễm tăng rất nhanh chóng từ 5 ca (+) 3,09% sau điều trị 10 ngày tăng lên 27 ca (16,7%) sau điều trị 6 tháng và 71 ca (43,83%) sau điều trị 18 tháng.

Hiệu quả điều trị giảm nhanh từ 97,0% sau điều trị 10 ngày xuống còn 83,3%, 56,0% sau 6, 18 tháng can thiệp.

3.3.2. Hiệu quả giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh nhiễm ký sinh trùng đường sinh dục do *Candida* sp và *T. vaginalis*

Hiệu quả trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe sau 6 và 18 tháng về các yếu tố:

- Hiểu biết nguyên nhân gây bệnh:

Tỷ lệ hiểu biết nạo hút thai là nguyên nhân gây bệnh (19,6% so với 34,6% và 47,3% với p < 0,01), hiệu quả (PV1= 76,5%; PV2 = 90,0%); Tỷ lệ hiểu biết nguyên nhân gây bệnh do sử dụng nguồn nước bẩn: (10,4% so với 30,0% và 45,8% với p < 0,01); hiệu quả (PV1= 54,6%; PV2= 84,6%); Tỷ lệ hiểu biết Do mất vệ sinh trong sinh hoạt tình dục: (13,8% so với 28,0 và 37,3% với p < 0,01), hiệu quả (PV1= 18,0%; PV2= 57,0%). Đặc biệt tỷ lệ người không còn giấu bệnh có tâm sự với người thân khi bị bệnh đã tăng lên nhanh chóng trước và sau can thiệp 6, 18 tháng, với giá trị tương ứng: (41,1 so với 73,8 và 77,7 với p < 0,01), hiệu quả (PV1= 76,5%; PV2= 89,0%)

- Thái độ khi bị bệnh:

Tâm sự với người thân chưa can thiệp chiếm 41,15%, sau 6 tháng tăng lên 73,84% và sau 18 tháng 77,69% (hiệu quả can thiệp PV1=79,5%; PV2=89,0%).

Đến cơ sở y tế khám, tư vấn sức khỏe sinh chưa can thiệp chiếm 77,30%, sau 12 tháng tăng lên 81,92% và sau 18 tháng 90,76% (hiệu quả can thiệp PV1=6,0%; PV2=18%).

Giấu bệnh chưa can thiệp chiếm 53,84%, sau 6 tháng can thiệp tăng lên 59,23% và sau 18 tháng 61,15% (hiệu quả can thiệp PV1=9,9%; PV2=13,7%).

- Các yếu tố về thực hành khi bị bệnh:

Khám sức khỏe định kỳ chưa can thiệp chiếm 57,30%, sau 6 tháng tăng 70,76% và sau 18 tháng 74,61% (hiệu quả can thiệp PV1=63,3%; PV2=78,1%)

Vệ sinh cải tạo nguồn nước chưa can thiệp chiếm 49,61%, sau 6 tháng tăng 79,61% và sau 18 tháng 81,84% (hiệu quả can thiệp PV1=57,6%; PV2=60,0%);

Vệ sinh đúng cách khi lao động chưa can thiệp chiếm 46,53%, sau 6 tháng tăng 90,0% và sau 18 tháng 92,7% (hiệu quả can thiệp PV1=93,1%; PV2=98,2%);

Thay đổi cách vệ sinh đường sinh sản chưa can thiệp chiếm 50,0%, sau 6 tháng tăng 88,07% và sau 18 tháng 91,15% (hiệu quả can thiệp PV1=76,0%; PV2=82,2%).

Chương IV BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng nhiễm do nấm *Candida* sp và *Trichomonas vaginalis* ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (18-49) và có chồng tại huyện Tam Nông tỉnh Phú Thọ

4.1.1 Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình của phụ nữ đến khám bệnh đường sinh sản tại huyện Tam Nông tỉnh Phú Thọ là: $35,48 \pm 5,79$. Có sự khác biệt về số phụ nữ đến khám bệnh đường sinh sản giữa các độ tuổi 18 - 25; 26 - 35 và 36 - 49 với các tỷ lệ tương ứng là 8,5%; 22,0% và 69,5%, với $p < 0,01$. Về trình độ học vấn của các đối tượng đến khám bệnh vẫn có tới 19,2% số phụ nữ trong độ tuổi 18 - 49 mù chữ. Có sự khác biệt

về tỷ lệ phụ nữ làm nông - lâm nghiệp với phụ nữ là công chức và buôn bán (81,7% so với 9,4% và 8,9% với $p < 0,01$).

Những kết quả nghiên cứu và nhận định của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Hiến và cộng sự (2000), Trần Thị Phương Mai (2001), Lê Thanh Sơn (2005), Mirzabalaeva AK (2007), Patel DA (2005), Sobel JD et al (1985), Wilson J.S. and et al (2002).

4.1.2 Tình trạng nhiễm trùng đường sinh dục

4.1.2.1 Khám lâm sàng

Tỷ lệ phụ nữ 18 - 49 tuổi có hội chứng lâm sàng (có viêm nhiễm một trong những tác nhân nấm, đơn bào, vi khuẩn) đường sinh dục khi thăm khám lâm sàng là: 78,95%, không có hội chứng lâm sàng, là 21,05%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương (1996) ở Viện Bảo vệ Bà mẹ và trẻ sơ sinh nhiễm trùng đường sinh dục dưới là 79,5% và cao hơn các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước như: Nghiên cứu của Vũ Bá Hòe (2008) trên 800 phụ nữ trong độ tuổi 15-49 tại huyện Vĩnh Bảo, thành phố Hải Phòng tỷ lệ mắc bệnh đường sinh sản chiếm 62,9%. Nghiên cứu của tác giả Zhang X.J. và Cs (2009) tiến hành tại tỉnh An Huy Trung Quốc với tỷ lệ nhiễm trùng đường sinh dục dưới mắc 58,1%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Lê Hoài Chương (2011) Khảo sát một số yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới tại bệnh viện phụ sản trung ương tỷ lệ mắc 83,1% và nghiên cứu của Trần Uy Lực (2012) tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ đến khám phụ khoa tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng chiếm 94,5%.

4.1.2.2 Thực trạng nhiễm trùng đường sinh dục do *Candida* sp và *Trichomonas vaginalis*

- Kết quả xét nghiệm nấm và đơn bào bằng các phương pháp soi tươi với nước muối sinh lý và nuôi cấy trong môi trường Sabraud

Tỷ lệ phát hiện nhiễm nấm đường sinh sản khi xét nghiệm bằng phương pháp nước muối sinh lý thấp hơn phương pháp nuôi cấy. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với các giá trị 14,0% so 25,3% với $p < 0,05$.

Về nguyên nhân gây bệnh qua kết quả xét nghiệm, nhiễm nấm *Candida* sp trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu Phạm Thu Xanh và cộng sự (2014) nguyên nhân nhiễm trùng đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng tuổi từ 18-49 tại vùng ven biển là 31,3%; Nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hà (2007) ở 380 phụ nữ tuổi từ 18-49 tuổi ở Hà Nội nhiễm nấm *Candida* sp là 31,8%; Nghiên cứu của Claeys và cộng sự (2001) tiến hành tại Azerbaijan tỷ lệ này là 33,1%.

Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu: căn nguyên gây nhiễm sinh dục dưới của phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Đa khoa thị xã Hồng Lĩnh, Hà Tĩnh (2011) nhiễm nấm *Candida* sp là 24,59%; Ngô Đức Tiếp (2011) tại quận Lê Chân, Hải Phòng nguyên nhân gây bệnh do nấm *Candida* sp là 18,3%; Đỗ Thị Uyên tiến hành nghiên cứu tại 4 xã huyện An Lão, Hải Phòng (2012) nhiễm *Candida* sp là 17,2%.

Việc tỷ lệ mắc bệnh do nguyên nhân gây bệnh do nhiễm nấm *Candida* sp giữa các nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu khác có sự khác biệt có thể giải thích là do sự khác nhau về đặc điểm hình thái, nghề nghiệp và điều kiện kinh tế của các đối tượng giữa các địa bàn nghiên cứu.

- Tỷ lệ nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* ở lứa tuổi 36 - 49 cao hơn các lứa tuổi 26 -35 và 18 - 25, với các giá trị 35,8% so với 18,8% và 24,4% Với $p < 0,01$.

- Đối với tỷ lệ nhiễm từng loại *Candida* sp cũng có kết quả tương tự, tuổi càng cao tỷ lệ nhiễm càng cao (31,3% ở lứa tuổi 36-49 so với 14,5% ở lứa tuổi 26-35 và 11,1% ở lứa tuổi 18 -25 với $p < 0,01$).

Kết luận của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Lê Thanh Sơn (2005), tại Hà Tây cho thấy: Tuổi có ảnh hưởng rõ rệt đến tình trạng nhiễm các bệnh ĐSS, tỷ lệ bệnh tăng cao nhất ở nhóm 30 - 39, nghiên cứu đã chỉ ra sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm *Candida* sp, *Trichomonas vaginalis* ở hai nhóm sử dụng xà phòng và không sử dụng xà phòng (4%, 3% so với 11%, 6%).

+ Riêng đối với tình trạng nhiễm *T. vaginalis* thì lứa tuổi 18 -25 có tỷ lệ nhiễm cao hơn các lứa tuổi 26 -35 và 36 - 49 với các tỷ lệ tương ứng (13,3% so với 4,4% và 4,3% với $p < 0,01$). Điều này hoàn đúng với thực tế tại địa phương nghiên cứu: Phụ nữ tuổi 18 -25 là lực lượng lao động chính trong nông nghiệp, thường xuyên tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ như ngâm mình dưới nước và là lứa tuổi đang sinh hoạt tình dục và sinh đẻ...Làm cho tỷ lệ mắc *T. vaginalis* tăng cao hơn các lứa tuổi khác.

- Nhóm yếu tố về cá nhân: Tuổi, nghề nghiệp và tình trạng sinh hoạt tình dục có ảnh hưởng mạnh nhất đến nhiễm ký sinh trùng ĐSS, nhận định của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Viện Da liễu Trung ương (1999), trên 1991 phụ nữ cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhiễm ký sinh trùng ở phụ nữ > 20 tuổi có xu hướng cao hơn các lứa tuổi khác, nhất là nhóm tuổi 20 - 39 nhiễm nấm *Candida* sp. Riêng về tỷ lệ mắc *T. vaginalis* ở phụ nữ 40 - 49 tuổi cao gấp 5 đến 8 lần phụ nữ < 19 tuổi. Kết luận này khác so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Tỷ lệ nhiễm *T. vaginalis* ở lứa tuổi 18 - 25 cao hơn tỷ lệ nhiễm *T. vaginalis* ở các lứa tuổi 26 -35 và 36 - 49 với các tỷ lệ 13,3% so với 4,3% và 4,4% với $p < 0,01$.

Kết quả nhiễm *T. vaginalis* tương đương với các nghiên cứu trong và ngoài nước: Nghiên cứu của Boselli F, Chiossi G (2004), tại Italia 1644 phụ nữ tỷ lệ hiện mắc do *T. vaginalis* chiếm 6,7%; Nghiên cứu phụ nữ từ 12-49 tuổi tại vùng nông thôn phía bắc Brazil (2007), tỷ lệ hiện mắc do *T. vaginalis* là 4,1%; Ở Trung Quốc nghiên cứu của Zhang X.J và cộng sự (2009) tỷ lệ mắc *T. vaginalis* chiếm 4,5%. Nghiên cứu của Vũ Bà Hòe tại Vĩnh Bảo, Hải Phòng (2008) nhiễm *T. vaginalis* chiếm 4%; Nghiên cứu của Nguyễn Minh Quang tại Trung tâm Chữa bệnh-Giáo dục-Xã hội II Hà Nội (2013) nhiễm *T. vaginalis* chiếm 4,4%. Như vậy tỷ lệ nhiễm *T. vaginalis* trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tỷ lệ nhiễm tại một số quốc gia trên thế giới dao động từ 2% - 25%

- Kết quả định loại bằng kỹ thuật ITS1-ITS4 PCR:

Với 135 mẫu nuôi cấy nấm trong môi trường Saboraud, nấm mọc thành khuẩn lạc, chúng tôi thực hiện kỹ thuật PCR với cặp mồi chung ITS1-ITS4: ITS1 5.8S (5' TCC GTA GGT GAA CCT GCG G 3'); ITS4 có trình tự (5' TCC TCC GCT TAT TGA TAT GC 3') cho 93 mẫu.

Kết quả 74,2% (69/93) mẫu (+) là *Candida* sp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Yu-Ping, Jie Feng và Cs (2010), nghiên cứu tỷ lệ, thành phần loài nấm đường sinh sản ở 1102 phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại vùng nông thôn huyện Lan Châu - Trung Quốc. Tỷ lệ mẫu nấm có kết quả (+) từ 77,1% đến 89,6%.

Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện 5 loài *Candida* với tỷ lệ thành phần loài như sau: *C. glabrata* 43,5%; *C. tropicalis* chiếm 34,8%; *C. albicans* 14,6%; *C. krusei* 4,3%; *C. parapsilosis* 2,8%. Như vậy thống kê nhận thấy rằng *Candida albicans* chiếm 14,6% thấp hơn so với *Candida non albicans* chiếm 85,4%. Kết quả này

tương tự với nghiên cứu tại Bệnh viện phụ sản Từ Dũ thành phố Hồ Chí Minh (2005) định danh vi nấm gây viêm âm đạo *Candida albicans* chiếm 15%, và phù hợp với nghiên cứu Sandra S và Cs (2005), Sobel JD và Cs (1985). Khác với các nghiên cứu của tác giả Yu-Ping, Jie Feng và CS (2010) *Candida albicans* chiếm 89,63%; Nguyễn Khắc Lực, Đỗ Ngọc Ánh và CS (2014), nghiên cứu trên 58/60 chủng là *Candida* sp, trong đó: *C. albicans* chiếm 39%.

Kết quả nghiên cứu khác với kết quả của các nghiên cứu trong nước trước đây tại Việt Nam khi chưa có kỹ thuật PCR để định danh loài nấm, theo chúng tôi sẽ dĩ có sự khác biệt là do:

+ Trước đây đa số các tác giả nhận định nguyên nhân gây nấm đường sinh sản ở phụ nữ là do *Candida albicans* rồi mới đến các loài nấm *Candida* khác như: *C. glabrata*; *C. tropical*; *C. krusei*; *C. parapsilosis*... Điều này thể hiện rõ qua kết quả của các nghiên cứu gần đây của các tác giả:

+ Nghiên cứu của Trần Thị Phương Mai (2001), ở phụ nữ độ tuổi 18 - 44 tại phòng khám sản Hà Nội, kết quả xét nghiệm vi sinh vật thấy: 11,1% nhiễm *Candida* sp, trong đó *Candida albicans* chiếm đa số.

+ Nghiên cứu của Lê Thanh Sơn (2005), tại Hà Tây nhiễm *Candida albicans* có tỷ lệ cao nhất chiếm 13,84%.

- Sản phẩm PCR ITS1-ITS4 trước và sau khi cắt bằng *Msp* I của các loài nấm gây bệnh ĐSS ở đối tượng nghiên cứu:

Kết quả cho thấy: *C. glabrata* là 871 bp và 557,314 bp; *C. tropical* là 524 bp và 340,184 bp; *C. krusei* là 510 bp và 261,249 bp; *C. albicans* là 535 bp và 297,238 bp, *C. parapsilosis* là 520 bp và 176,243 bp. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy cắt đoạn sản phẩm PCR bằng enzyme *Msp* I cũng được SH Mirhendi và CS (2001), S.A Ayatollahi Mousavi và Cs (2007), Alireza Farasat và Cs (2012) sử dụng để xác định loài nấm *Candida* sp gây bệnh ở người.

4.2. Một số yếu tố có liên quan đến tình trạng nhiễm nấm *Candida* sp và *Trichomonas vaginalis* đường sinh dục

4.2.1. Kiến thức và thái độ của phụ nữ về bệnh đường sinh dục do nhiễm *Candida* sp và *Trichomonas vaginalis*

Tỷ lệ hiểu biết đúng về cách phòng bệnh *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh sản thấp nhất là khám phụ khoa định kỳ chiếm 57,3% so với hiểu biết các nguyên nhân khác.

Chỉ có 45,0% (104/260) số phụ nữ được phỏng vấn có thái độ ứng xử đúng như: Đi khám bệnh tại các cơ sở y tế để khám và điều trị khi bị mắc

bệnh viêm nhiễm đường sinh sản do *Candida* sp và *T. vaginalis*. Trong khi có tới 43,0% số phụ nữ có thái độ ứng xử chưa đúng khi bị mắc bệnh như: Giấu bệnh tật, xấu hổ, không đi khám bệnh tại các cơ sở y tế., tự điều trị và 12,0% số phụ nữ không có thái độ gì đối với bệnh tật của bản thân, có 31,15% tự mua thuốc điều trị và đặc biệt chỉ có 2,3% số chị em mắc bệnh nói với chồng hoặc bạn tình, đây là tảng băng chìm về lây nhiễm các bệnh theo đường tình dục. Kết quả này cũng chung với các nhận định của các nhà nghiên cứu trong nước như: Nghiên cứu của tác giả Chunyu Li và cộng sự (2003) phụ nữ nông thôn tại Hunchun, Trung Quốc có 38,4% phụ nữ có thái độ ngượng ngùng, rụt rè, từ chối khám. Phù hợp nghiên cứu của tác giả Vũ Quyết Thắng (2013) tại thị xã Quảng Yên Quảng Ninh là 36,5% và không có thái độ ứng xử với tình trạng bệnh của bản thân.

4.2.2 Thực hành của phụ nữ khi mắc các bệnh đường sinh dục do nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis*

Thực hành phòng bệnh nhiễm trùng đường sinh dục của phụ nữ tại các điểm nghiên cứu chưa tốt: Tự mua thuốc tự điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất 41,20% khác biệt có ý nghĩa so với khám tại trạm y tế và y tế tư nhân với các tỷ lệ 31,15% và 10,38%. Vẫn còn 8,80% số người không đi khám và điều trị. Tỷ lệ khám và điều trị tại bệnh viện rất thấp chỉ chiếm 6,53%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, các yếu tố có liên quan giữa tình trạng nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* đường sinh dục với các yếu tố nguy cơ: Ngâm mình dưới nước khi lao động và cách vệ sinh đường sinh dục với các giá trị ($\beta = 0,360$, $p < 0,01$) và ($\beta = 0,21$, $p < 0,05$); Đặt dụng cụ tử cung và nạo hút thai cũng liên quan chặt chẽ với tình trạng nhiễm khuẩn đường sinh dục, với các giá trị ($\beta = 0,420$, $p < 0,01$) và ($\beta = 0,310$, $p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tương tự như nghiên cứu tại phòng khám Bệnh viện phụ sản Từ Dũ thành phố Hồ Chí Minh (2005), về số lần sinh và có thai số bệnh nhân viêm âm đạo do vi nấm tập trung trong nhóm có từ 2-4 lần, phù hợp với nghiên cứu của Sobel JD và cộng sự (1985), Margaeiti PA và cộng sự (1997).

4.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp

4.3.1. Tỷ lệ nhiễm *Candida* sp và *T. vaginalis* trước và sau can thiệp điều trị ở đối tượng nghiên cứu

Hiệu quả can thiệp điều trị bằng thuốc đặt âm đạo sau 10 ngày là 97,0%. Có sự khác biệt về hiệu quả điều trị nhiễm ký sinh trùng đường sinh sản (*Candida* sp và *T. vaginalis*) ngay sau khi điều trị 10

ngày với sau 6 và 18 tháng, với các giá trị tương ứng là: 97,0% so với 83,3%, và 56,0% với $p < 0,01$. Tỷ lệ tái nhiễm tăng rất nhanh chóng từ 5 ca (+) sau điều trị 10 ngày tăng lên 27 và 71 ca sau điều trị 6 và 18 tháng. Hiệu quả điều trị giảm nhanh từ 97,0% sau điều trị 10 ngày xuống còn 83,3%, 56,0% sau 6, 18 tháng can thiệp.

Kết quả này khẳng định tình trạng tái nhiễm nhanh chóng các bệnh ký sinh trùng đường sinh sản, vì vậy công tác phòng bệnh, giáo dục sức khỏe sinh sản phải làm thường xuyên, liên tục và đồng bộ với các biện pháp kinh tế, xã hội... Mặt khác: Trong môi trường luôn tồn tại các yếu tố nguy cơ và nguồn lây nhiễm mầm bệnh.

4.3.2. Hiệu quả giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh nhiễm trùng đường sinh dục do *Candida sp* và *T. Vaginalis*

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản do *Candida sp* và *T. Vaginalis* trước và sau can thiệp 6 và 18 tháng rất cao, cụ thể như sau:

Tỷ lệ hiểu biết nạo hút thai là nguyên nhân gây bệnh (19,6% so với 34,6% và 47,3% với $p < 0,01$), hiệu quả (PV1= 76,5%; PV2 = 90,0%); Tỷ lệ hiểu biết nguyên nhân gây bệnh do sử dụng nguồn nước bẩn: (10,4% so với 30,0% và 45,8% với $p < 0,01$); hiệu quả (PV1= 54,6%; PV2=84,6%); Tỷ lệ hiểu biết Do mất vệ sinh trong sinh hoạt tình dục: (13,8% so với 28,0 và 37,3% với $p < 0,01$), hiệu quả (PV1= 18,0%; PV2= 57,0%). Đặc biệt tỷ lệ người không còn giấu bệnh có tâm sự với người thân khi bị bệnh đã tăng lên nhanh chóng trước và sau can thiệp 6, 18 tháng, với giá trị tương ứng: (41,1 so với 73,8 và 77,7 với $p < 0,01$), hiệu quả (PV1=76,5%; PV2=89,0%)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy: Có sự thay đổi một cách căn bản về thực hành của phụ nữ trong việc phòng chống nhiễm ký sinh trùng đường sinh dục trước và sau can thiệp 6 và 18 tháng, cụ thể:

Tỷ lệ phụ nữ có thực hành khám, điều trị bệnh và chăm sóc sức khỏe sinh sản khi bị bệnh trước can thiệp và sau can thiệp 6, 18 tháng, với các giá trị (57,7% so với 86,1% và 92,3%, với $p < 0,01$), với hiệu quả (PV1= 49,2%; PV2 = 60,0%)

Có sự khác biệt về tỷ lệ các yếu tố: Đi khám và điều trị tại cơ sở y tế Nhà nước; (49,2% so 75,0% và 80,0 với $p < 0,01$) hiệu quả (PV1= 49,2%; PV2 = 60,0%); Vệ sinh cải tạo nguồn nước: (53,5% so với 79,6% và 78,8%, với $p < 0,01$) hiệu quả (PV1= 26,1,0%; PV2 =

52,3%); Vệ sinh đúng cách khi lao động; (53,5% so với 79,6% và 78,8%, với $p < 0,01$) hiệu quả (PV1= 26,1,0%; PV2 = 52,3%); Thay đổi cách vệ sinh đường sinh sản: (50,0% so với 88,0% và 91,1%) hiệu quả (PV1= 76,0%; PV2 = 82,2%);

Kết quả này đã khẳng định: Vai trò vô cùng quan trọng và là then chốt trong công tác phòng chống các bệnh đường sinh dục là giáo dục sức khỏe. Chỉ có giáo dục sức khỏe làm thay đổi kiến thức của người dân sẽ dẫn đến thay đổi thái độ và thực hành phòng bệnh.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng nhiễm trùng đường sinh dục do nấm *Candida sp* và *Trichomonas vaginalis* ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (18-49) đã có chồng tại huyện Tam Nông tỉnh Phú Thọ.

Tỷ lệ phụ nữ có hội chứng lâm sàng đường sinh dục là: 78,95%

Tỷ lệ phụ nữ nhiễm *Candida sp* 25,37%; *T. vaginalis* chiếm 5,1%

Tỷ lệ nhiễm *Candida sp* và *T. vaginalis* đường sinh dục là 30,5%

Tỷ lệ nhiễm nấm *Candida sp* xác định bằng kỹ thuật PCR với cặp mồi chung ITS1-ITS4 là 74,19% và đã xác định được 5 loài nấm đường sinh dục bao gồm: Nấm *C. glabrata* chiếm 43,5%, *C. tropicalis* chiếm 34,8% và *C. parapsilosis* 2,8 %, *C. krusei* 4,3%, *C. albicans* là 16,3%.

2. Một số yếu tố liên quan nhiễm trùng đường sinh dục do nấm *Candida sp* và *Trichomonas vaginalis*

Tỷ lệ hiểu biết đúng về sử dụng bao cao su phòng tránh bệnh do nấm *Candida sp* và *Trichomonas vaginalis* là 72,30%; Chung thủy vợ chồng là 80,0%; Vệ sinh sinh dục hằng ngày 88,07%; Vệ sinh kinh nguyệt 86,53%; Khám phụ khoa thường kỳ 57,30%.

43,0% số phụ nữ có thái độ ứng xử chưa đúng khi bị mắc bệnh và 13,0% số phụ nữ không có thái độ gì đối với bệnh tật của bản thân.

Tỷ lệ phụ nữ không đi khám và điều trị ở bất cứ cơ sở y tế nào 5,8%; 34,2% tự mua thuốc điều trị

Ngâm mình dưới nước khi lao động ($p < 0,01$) và cách vệ sinh đường sinh dục có liên quan chặt chẽ tới bệnh đường sinh dục ($p < 0,05$); Đặt dụng cụ tử cung ($p < 0,01$) và nạo hút thai trên 3 lần có liên quan chặt chẽ với tình trạng nhiễm bệnh đường sinh dục ($p < 0,05$).

3. Hiệu quả điều trị và truyền thông giáo dục sức khỏe

- Hiệu quả điều trị ca bệnh

+ Tỷ lệ nhiễm nấm *Candida* sp và *T. vaginalis* bằng thuốc đặt âm đạo giảm nhanh từ 97,0% sau 10 ngày điều trị xuống còn 83,3% sau 6 tháng và 56,0% sau 18 tháng can thiệp với $p < 0,01$.

- Truyền thông can thiệp tại cộng đồng

Tỷ lệ hiểu biết nạo hút thai là nguyên nhân gây bệnh tăng từ 19,6% so với lên 34,6% và 37,3%; Tỷ lệ hiểu biết nguyên nhân gây bệnh do sử dụng nguồn nước bẩn tăng 19,4% lên 30,0% và 35,8%; Tỷ lệ hiểu biết do mất vệ sinh trong sinh hoạt tình dục tăng từ 23,8% lên 28,0 và 37,3%; Đặc biệt tỷ lệ người không còn giấu bệnh có tâm sự với người thân khi bị bệnh đã tăng lên nhanh chóng 41,1% tăng lên 73,8% và 77,7%

Tỷ lệ phụ nữ có thực hành khám, điều trị bệnh và chăm sóc sức khỏe sinh sản cải thiện từ 57,7% tăng lên 86,1% và 92,3%; Đi khám và điều trị tại các cơ sở y tế của Nhà nước tăng từ 49,2% lên 75,0% và 80,0%; Vệ sinh cải tạo nguồn nước tăng từ 53,5% lên 79,6% và 81,5%; Thay đổi cách vệ sinh đường sinh sản đúng tăng từ 50,0% lên 88,0% và 91,1%.

KIẾN NGHỊ

1. Tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản, nâng cao hiểu biết của phụ nữ về nguyên nhân gây bệnh, các phương pháp phòng bệnh đường sinh sản. Hướng dẫn sinh hoạt tình dục an toàn, chung thủy vợ chồng.
2. Cần tăng cường đào tạo, đào tạo lại cho nhân viên y tế cơ sở, nhất là nữ sản khoa để nâng cao kiến thức về các bệnh đường sinh sản cho nhân viên y tế cơ sở và nữ sản khoa.
3. Lồng ghép chương trình sức khỏe sinh sản với chương trình y tế và văn hóa xã hội khác.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ

1. Vũ Đức Bình, Cao Bá Lợi, Lê Thành Đồng (2013), “*Thực trạng nhiễm khuẩn đường sinh sản ở phụ nữ trong độ tuổi (18-49) đã có chồng tại huyện Tam Nông tỉnh Phú Thọ 2011*”. Tạp chí phòng, chống bệnh Sốt rét và các bệnh Ký sinh trùng, Số III-2013, Tr. 3-11.

2. Vũ Đức Bình, Trần Thanh Dương, Cao Bá Lợi (2013), “*Phân tích mối liên quan giữa tình trạng nhiễm khuẩn đường sinh sản với kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (18-49) có chồng tại huyện Tam Nông tỉnh Phú Thọ*”. Tạp chí phòng, chống bệnh Sốt rét và các bệnh Ký sinh trùng, Số IV-2013, Tr. 75-82.

3. Vũ Đức Bình, Trần Thanh Dương, Cao Bá Lợi (2014), “*Nghiên cứu định loại nấm đường sinh sản ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (18-49) huyện Tam Nông tỉnh Phú Thọ bằng phương pháp PCR và giải trình tự gen năm 2013*”, Tạp chí phòng, chống bệnh Sốt rét và các bệnh Ký sinh trùng, Số II-2013, Tr. 27-37.