

Kết quả điều tra ban đầu về chữa ngoài tử cung ở địa bàn huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương năm 2005

TS. Bùi Thu Hà; ThS. Lê Minh Thi;
ThS. Vũ Hồng Hiền; BS. Đông Kim Tuấn

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là trường hợp trứng được thụ tinh và làm tổ ở ngoài tử cung. Tỷ lệ mắc CNTC có xu hướng tăng lên trên toàn thế giới. Đây là báo cáo ban đầu (7-12/2005) thực hiện tại Chí Linh, Hải Dương nhằm xác định kiến thức, thái độ và thực hành của phụ nữ và cán bộ y tế về CNTC. Thiết kế nghiên cứu gồm điều tra cộng đồng đối với phụ nữ có chồng dưới 49 tuổi, các cán bộ y tế từ cấp thôn đến cấp huyện và nghiên cứu định tính. Các kết quả được phân tích theo mô hình Precede-Procede. Kết quả cho thấy về yếu tố khuynh hướng, phụ nữ có chồng có kiến thức về sự nguy hiểm của CNTC. Các yếu tố cho phép khảo sát kiến thức-thực hành của cán bộ y tế cho thấy kiến thức của cán bộ y tế còn chưa tốt. Các yếu tố tăng cường về sử dụng các phương tiện hỗ trợ cũng còn hạn chế. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến CNTC trong nghiên cứu là tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục, tiền sử nạo phá thai và tiền sử đặt vòng. Kiến nghị cho giai đoạn can thiệp bao gồm tăng cường kiến thức cho phụ nữ có thai, về dự phòng các yếu tố nguy cơ của CNTC, tập huấn cho các cán bộ y tế về tư vấn phụ nữ nhận thức khám thai sớm cũng như có các thực hành sử dụng phương tiện hỗ trợ và xử trí kịp thời CNTC nhằm giảm tỷ lệ CNTC vỡ.

Từ khóa: Chửa ngoài tử cung, viêm nhiễm đường sinh dục, nạo phá thai

Ectopic pregnancy is the implantation of a pregnancy outside the uterine cavity. The incidence of ectopic pregnancy (EP), an important cause of maternal morbidity and mortality, has increased. This is a baseline survey (7-10/2005) which was conducted in Chi Linh district, Hai Duong province. The objectives are to identify KAP of women and health providers related to EP. Study designs including 2 methods: survey with married women under 49 and health providers at different levels; and a qualitative study. Results are analyzed according to Precede-Procede model. Regarding predisposing factor, women have knowledge on severity of EP. However, KAP of health providers on EP is poor. Limited enabling factor in using technical tools (such as quick stick) is found. Risk factors relating to EP found in the study include history of reproductive tract infection and abortion, and IUD insertion history. Recommendations for intervention are to improve knowledge for pregnant women to prevent EP risk factors, and to train health providers in EP counseling and to practice technical tools in order to treat EP patients properly and reduce ruptured EP rate in the community.

Key words: Ectopic pregnancy, reproductive tract infection, abortion.

1. Đặt vấn đề

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là trường hợp trứng được thụ tinh và làm tổ ở ngoài tử cung¹. Trứng thường được thụ tinh ở 1/3 ngoài của vòi trứng, rồi di chuyển về buồng tử cung. Nếu trứng không di

chuyển, hoặc di chuyển về hướng tử cung rồi dừng lại giữa đường, hoặc bị đẩy ra ngoài vòi trứng để làm tổ tại buồng trứng hay trong ổ bụng, sẽ gây ra chửa ngoài tử cung^{2,3}.

Tỷ lệ mới mắc CNTC có xu hướng tăng lên trên toàn thế giới. CNTC là một trong những nguyên nhân chính của bệnh tật và tử vong ở phụ nữ trong lứa tuổi sinh sản, chiếm tới 9% tử vong ở phụ nữ có thai trong vòng 3 tháng đầu^{4,5}. Ở Việt Nam, CNTC là một biến chứng nguy hiểm gây ra tử vong cao, đặc biệt khi điều kiện giao thông và thông tin còn nghèo nàn. Mổ cấp cứu là giải pháp chính hiện nay^{6,7,8}.

Huyện Chí Linh bao gồm 17 xã và 3 thị trấn. Trong vòng 3 năm (2002-2004), hàng năm bình quân có 5-6 bệnh nhân chữa ngoài tử cung nhập viện (bệnh viện huyện) do băng huyết, vỡ CNTC. Tỷ lệ CNTC hiện nay là khoảng 0.22%. Đa số các ca CNTC nhập viện muộn (vỡ, băng huyết, sốc) và bệnh viện chỉ có khả năng mổ cấp cứu. Cho đến nay, trên địa bàn Chí Linh chưa có một nghiên cứu nào về tình hình CNTC trong cộng đồng phụ nữ tuổi sinh đẻ, nghiên cứu các yếu tố nguy cơ gây CNTC, lý do vì sao hầu hết các trường hợp CNTC đều đến muộn, các giải pháp có thể giúp phát hiện và xử trí sớm CNTC, tiến tới hạn chế CNTC trên địa bàn. Vì những lý do đó chúng tôi chọn đề tài nghiên cứu can thiệp nhằm tăng tỷ lệ chẩn đoán sớm CNTC tại Chí Linh (CHILILAB).

Giả thuyết đặt ra là nếu như kiến thức và kỹ năng của cán bộ y tế tại địa bàn CHILILAB tốt hơn trong vấn đề quản lý thai nghén, thì tỷ lệ chẩn đoán sớm CNTC sẽ được tăng lên. Tương tự như thế, nếu như kiến thức, thái độ và thực hành về khám thai và xử trí CNTC của phụ nữ có thai tốt hơn thì họ sẽ đến các cơ sở y tế sớm hơn, tỷ lệ chẩn đoán sớm CNTC sẽ tăng lên. Mục tiêu của can thiệp này là làm giảm tỷ lệ CNTC vỡ nhập viện, tăng tỷ lệ chẩn đoán sớm CNTC tại địa bàn CHILILAB (4 xã và 3 thị trấn của huyện) nhằm giảm tỷ lệ tai biến tử vong và các tai biến khác của phụ nữ có thai. Nghiên cứu này gồm 3 giai đoạn: điều tra ban đầu, can thiệp và đánh giá. Trong khuôn khổ của báo cáo này, chúng tôi xin khu trú vào kết quả của nghiên cứu ban đầu trong giai đoạn 7-10/2005.

Mục tiêu cụ thể của giai đoạn nghiên cứu ban đầu như sau:

Xác định kiến thức, thái độ và thực hành của phụ nữ và cán bộ y tế liên quan đến chữa ngoài tử cung ở địa bàn CHILILAB.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu giai đoạn 1 (điều tra ban đầu) trong thời gian từ tháng 7-10/2005 tại địa bàn CHILILAB,

Chí Linh Hải Dương.

Nghiên cứu được thực hiện gồm 2 phương pháp: (1) thiết kế nghiên cứu định tính gồm phỏng vấn sâu 5 phụ nữ từng mắc CNTC và 2 thảo luận nhóm với cán bộ y tế nhằm tìm hiểu thông tin ban đầu và làm cơ sở xây dựng bộ công cụ định lượng điều tra cộng đồng. (2) điều tra mô tả cắt ngang dùng bảng hỏi có cấu trúc đối với 998 phụ nữ có chồng 15-49 tuổi và 129 cán bộ y tế từ tuyến huyện đến tuyến thôn nhằm mục đích tìm hiểu kiến thức, thái độ và thực hành của hai đối tượng trên liên quan đến khám thai sớm và CNTC.

Chọn mẫu:

Phụ nữ có chồng 49 tuổi: Theo công thức tính cỡ mẫu so sánh hai tỷ lệ nghiên cứu, với giả thuyết rằng P1 là tỷ lệ chẩn đoán muộn chữa ngoài tử cung trước can thiệp bằng 0.18% (tỷ lệ CNTC tại cộng đồng theo giáo sư Dương Thị Cương, 2002) và giả thuyết là P2 là tỷ lệ chẩn đoán muộn chữa ngoài tử cung sau can thiệp bằng 0.12%, tỷ lệ đáp ứng là 80%, tổng số người cần thiết là 500. Tuy nhiên, để tăng độ tin cậy, chúng tôi lựa chọn 1000 phụ nữ trong diện điều tra. Dựa trên danh sách có chồng 49 tuổi trong địa bàn CHILILAB đã lựa chọn 1000 phụ nữ thuộc đối tượng nghiên cứu dựa vào cách lấy mẫu ngẫu nhiên đơn từ phần mềm SPSS. Thực tế, chỉ có 998 phụ nữ tham gia vào phỏng vấn.

Cán bộ y tế: toàn bộ số cán bộ y tế từ cấp huyện đến thôn bản, có 129 người tham gia vào nghiên cứu

Bộ câu hỏi định lượng được xây dựng trên mô hình Proceed-Precede. Mô hình này là một mô hình về thay đổi hành vi, được sử dụng rất nhiều trong các can thiệp với 3 cấu phần là (1) yếu tố khuynh hướng /predisposing, (2) yếu tố cho phép /enabling ví dụ kiến thức về CNTC và cách xử trí về CNTC, và (3) yếu tố tăng cường /reinforcing như tư vấn, phản hồi về dấu hiệu nguy hiểm khi khám thai. Mô hình này cho phép chúng ta có thể kết hợp xem xét được hành vi của các cán bộ y tế ở tuyến huyện, xã và thôn bản với hành vi của phụ nữ trong việc khám thai sớm và xử trí liên quan đến CNTC. Bộ công cụ nghiên cứu và các can thiệp sẽ được thiết kế dựa trên khung lý thuyết trên. Các yếu tố này được nghiên cứu ở phía cán bộ y tế và phía người phụ nữ có chồng 49 tuổi tại địa bàn CHILILAB.

Số liệu phân tích định lượng được xử lý bằng phần mềm nhập Epi info và phần mềm phân tích SPSS. Số liệu định tính được gỡ băng, phân tích và

sử dụng cho thiết kế câu hỏi định lượng cũng như báo cáo trường hợp.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu:

3.1.1. Phụ nữ có chồng dưới 49 tuổi:

Có tổng số 998 phụ nữ tham gia vào nghiên cứu. Trong đó chủ yếu là phụ nữ ở lứa tuổi 25-34 và 35-44 tuổi (35,9% và 35,0%). Có một số ít phụ nữ trẻ ở lứa tuổi 18-24 (8,7%) và ở lứa tuổi lớn hơn (45 tuổi) là 20,1%. Đa đa số phụ nữ có trình độ văn hóa là phổ thông cơ sở (cấp II). Một số ít có trình độ khác như cấp I và cấp III là khoảng 16,0%. Rất ít người có trình độ trung cấp, đại học và sau đại học (2-4%).

3.1.2. Tiền sử bệnh của phụ nữ:

Số lần nạo hút thai cũng dao động. Có khoảng một nửa số phụ nữ không nạo hút bao giờ (45,8%), và khoảng một phần tư (27,4%) có ít nhất một lần nạo hút thai. Trong số 998 phụ nữ có 24 người đã từng bị CNTC chiếm tỷ lệ 2,4%. Có 26% số phụ nữ đã từng bị viêm nhiễm phụ khoa, nhưng chỉ có 83,3% trong số đó có tiến hành điều trị. Trong số những người bị viêm nhiễm, có người bị 1 - 2 lần chiếm tỷ lệ là 22,1% và số người bị từ 3 lần trở lên chiếm tỷ lệ là 3,8%. Chỉ có một số rất ít (1,7%) có u nang buồng trứng và có tiền sử mổ ruột thừa (3,0%). Tổng số người có tiền sử mổ vùng bụng rất ít (3,4%). Chỉ có 1,8% có tiền sử điều trị vô sinh và không có ai hút thuốc lá.

3.1.3. Cán bộ y tế: Cán bộ y tế tham gia nghiên cứu được phân thành 3 tuyến: huyện, xã, thôn, bản. Trong đó cán bộ y tế thôn bản chiếm tỷ lệ lớn nhất 72 người (55,8%), cán bộ trạm y tế xã 35 người (27,1%) và cán bộ tuyến huyện 22 người (17,1%).

Trình độ học vấn: trình độ đại học cao nhất ở tuyến huyện, với số bác sỹ chiếm tỷ lệ là 60,0%, sau đó là tuyến xã (40,0%). Trình độ cao đẳng chỉ có ở tuyến xã. Trình độ sơ /trung cấp cao nhất ở tuyến thôn bản (54,6%), sau đó là tuyến xã (28,9%) và tuyến huyện (16,5%).

3.2. Các yếu tố liên quan đến khám thai sớm theo mô hình Precede- Procede:

3.2.1. Khám thai sớm

3.2.1.1. Các yếu tố khuynh hướng liên quan đến khám thai sớm:

Quan niệm của phụ nữ có chồng về sự cần thiết phải đi khám thai sớm tương đối tốt. Khi hỏi về sự cần thiết phải đi khám thai sớm, có tới 88,1% số phụ nữ cho rằng cần phải đi khám thai càng sớm càng tốt. Đặc biệt khi có các dấu hiệu nguy hiểm (chảy máu, đau bụng v.v) thì có tới 98,0% cho rằng cần phải đi khám thai ngay. Nhận thức về sự cần thiết đi khám thai của CBYT cũng tương đối tốt ở cả ba tuyến. Khi được hỏi về sự cần thiết đi khám thai của CBYT thì tất cả các cán bộ đều trả lời là phải đi khám thai nhưng ở các thời điểm khác nhau. Kết quả này cũng tương tự như kết quả thảo luận nhóm cán bộ y tế. Các cán bộ y tế tuyến xã và thôn trả lời phụ nữ đi khám sớm ngay khi phát hiện có thai trong khi cán bộ y tế tuyến huyện chỉ trả lời chung chung là khám thai 3 lần trong thời kỳ mang thai

3.2.1.2. Các yếu tố cho phép liên quan đến khám thai sớm

Khi hỏi về thời điểm nên đi khám thai lần đầu, có 21,6% số phụ nữ cho rằng cần phải đi khám thai ngay trong tháng đầu, nhưng có tới quá nửa (59,5%) số phụ nữ lại cho rằng nên đi khám thai lần đầu trong vòng 2-3 tháng đầu. Chỉ có một số ít (7,5%) quan niệm rằng nên đi khám thai lần đầu vào 3 tháng giữa hoặc chỉ có một số rất ít (0,7%) cho rằng nên đi khám thai vào 3 tháng cuối.

Thực hành khám thai của phụ nữ có chồng:

Có 70,7% số phụ nữ có đi khám thai trong lần có thai vừa qua. Trong đó chỉ có 6,7% là đi khám một lần, 12,5% là khám hai lần và có khoảng một nửa (49,0%) là khám từ 3 lần trở lên. Trong số những người đi khám thai có 12,9% phụ nữ là khám thai trong tháng đầu, khoảng 43,8% khám thai trong 2-3 tháng đầu, và số còn lại là khám muộn hơn.

Nhận thức về dấu hiệu bất thường khi có thai của PNCC

Đau bụng là triệu chứng chính cần phải quan tâm đến (42,0%), sau đó là buồn nôn (41,5%) và chảy máu /ra huyết (19,2%). Tuy nhiên chỉ có 1,5% số phụ nữ là nêu được hai triệu chứng đồng thời là chảy máu và đau bụng mà thôi.

Dấu hiệu được nhiều cán bộ biết đến nhất là ra huyết, sau đó là đau bụng, choáng và buồn nôn. Tỷ lệ kể được nhiều dấu hiệu nhất là cán bộ làm ở trạm y tế xã, sau đó là cán bộ y tế thôn bản và cuối cùng mới là cán bộ tuyến huyện.

Thực hành của phụ nữ về các triệu chứng bất thường khi có thai:

Trong số các phụ nữ có triệu chứng bất thường trong lần có thai vừa qua (n=224) thì có tới 42% có biểu hiện đau bụng/buồn nôn, nôn. Biểu hiện ra máu/huyết thì ít hơn (19,2%). Khi có biểu hiện bất thường đó, chủ yếu phụ nữ không đi khám (30,8%) hoặc là khám ở trạm y tế (34,8%). Số phụ nữ đi khám ở tuyến huyện thấp hơn (21,4%). Có một số ít đi khám ở phòng khám tư nhân (8,5%).

Bảng 1. Xử trí khi bệnh nhân có dấu hiệu bất thường của cán bộ y tế

Xử trí khi bệnh nhân có dấu hiệu bất thường	Thôn n=72 (%)	Xã n=35 (%)	Huyện n=22(%)
Không làm gì	5 (6,9)	5 (14,3)	2 (9,1)
Cho thuốc giảm đau, theo dõi	6 (8,3)	6 (17,1)	4 (18,2)
Thử thai bằng que thử	14 (19,4)	14 (40,0)	14 (63,6)
Gửi đi siêu âm	1 (1,4)	0 (0)	0 (0)
Giảm đau, cho về nhà theo dõi	41 (56,9)	12 (34,3)	3 (13,6)
Chuyển tuyến trên	0(0)	0 (0)	1 (4,5)
Khác	7 (9,7)	5 (14,3)	6 (27,3)

Thực hành xử trí của cán bộ y tế

Tỷ lệ cán bộ thôn cho thuốc giảm đau và cho về nhà theo dõi cao nhất (56,9%). Y tế xã thì khoảng 40,0% cho rằng phải thử thai bằng que thử, một phần ba (34,3%) cho thuốc giảm đau, cho về nhà theo dõi. Ở tuyến huyện thì quá nửa số cán bộ cho rằng phải thử thai bằng que thử nhanh (63,6%). Chỉ một số ít đi theo xu hướng là cho thuốc giảm đau, theo dõi tiếp (18,2%). Vẫn có một tỷ lệ nhất định CBYT huyện cho thuốc giảm đau và cho bệnh nhân về nhà (13,6%).

3.2.1.3 Các yếu tố tăng cường liên quan đến khám thai sớm:

Trong khi khám thai lần đầu, tỷ lệ phụ nữ được tư vấn về dấu hiệu nguy hiểm chỉ có 7,9% mà thôi. Số phụ nữ được thử thai nhanh bằng que thử thai nhanh cũng không nhiều, khoảng 25,9%. Trong quá trình có thai chỉ có 25,5% số phụ nữ được siêu âm. Trong đó số phụ nữ được siêu âm 1 lần chỉ có 6,0%, còn đại đa số là được siêu âm từ 2 lần trở lên.

Với những người không giới thiệu siêu âm thì lý do chính là không có sẵn (71,4%; 88,2% và 100,0% ở thôn bản, xã và huyện tương ứng). Các lý do như không cần thiết hoặc không biết để làm gì chiếm tỷ trọng rất nhỏ.

3.2.2. Các yếu tố liên quan đến CNTC theo mô hình Precede-Proceed

3.2.2.1. Các yếu tố khuynh hướng liên quan đến CNTC

Bảng 2. Tư vấn của cán bộ y tế

Được cán bộ y tế tư vấn về dấu hiệu nguy hiểm	Số lượng (n=998)	Tỷ lệ (%)
Có	79	7,9
Không	919	92,1
Thử que thử thai nhanh khi có thai		
Có thử	258	25,9
Không thử	740	74,1
Siêu âm khi có thai		
Có	254	25,5
1 lần	60	6,0
2 3 lần	122	12,2
> 3 lần	71	7,1
Không nhớ	1	0,1
Không	744	74,5
Thời gian siêu âm lần đầu khi có thai	N=254	
1 tháng đầu tiên	53	20,9
3 tháng đầu	140	55,1
3 tháng giữa	77	30,3
3 tháng cuối	37	14,6

Nhận thức của phụ nữ về mức độ nghiêm trọng của CNTC:

Trong số 998 phụ nữ trả lời phỏng vấn, có 63,6% có nghe nói đến CNTC, còn tới khoảng 1/3 (36,4%) chưa nghe nói đến CNTC bao giờ. Khi được hỏi về quan niệm về mức độ nặng nhẹ của CNTC, có khoảng 76,2% cho rằng CNTC là một vấn đề nghiêm trọng (nặng), còn khoảng 16% cho rằng ở mức trung bình và một số ít cho rằng không nghiêm trọng (2,1%) và có khoảng 5,7% không biết.

3.2.2.2. Các yếu tố cho phép liên quan đến CNTC

Bảng 3. Kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm về CNTC của phụ nữ có chồng

Kiến thức	Số lượng (n=635)	Tỷ lệ (%)
Biết dấu hiệu: đau bụng	255	40,2
Ra máu	237	37,3
Chậm kinh	150	23,0
Không biết dấu hiệu nào	287	45,2

Trong số 635 phụ nữ đã nghe nói đến CNTC, thì có tới khoảng 2/3 biết được dấu hiệu chính là đau bụng 255 (40,2%), ra máu 237 (37,3%). Dấu hiệu chậm kinh chiếm ít hơn 150 (23,0%). Tuy nhiên gần một nửa 287 (45,2%) là không biết được dấu hiệu nào của CNTC.

Trong số các cán bộ từ y tế thôn bản đến tuyến huyện thì tất cả 100% đều nghe nói đến CNTC. Tuy

nhiên định nghĩa đúng về CNTC thì không phải ai cũng nói được. Tất cả cán bộ y tế xã đều nói chính xác định nghĩa CNTC, nhưng chỉ có khoảng 4/5 số cán bộ y tế huyện và thôn bản nói chính xác được định nghĩa.

Cán bộ y tế cũng nhận thức được hậu quả lâu dài của CNTC nếu xử trí chậm. Ở tuyến xã thì đại đa số (91,4%) cho rằng hậu quả lâu dài là vô sinh, một tỷ lệ ít hơn thì cho là có thể gây ra mất sức lao động (34,3%) và nguy cơ mắc lại CNTC (17,1%). Xu hướng chung cũng nhận thấy ở y tế thôn bản. Chỉ có khoảng 1/3 (33,3%) cán bộ biết được nguy cơ gây vô sinh hoặc mất sức lao động. Có thể thấy rằng nhận thức của cán bộ y tế huyện thấp hơn hẳn so với tuyến xã.

Bảng 4. Xử trí của phụ nữ khi có triệu chứng CNTC

Đi khám ngay sau khi có triệu chứng bất thường	Số lượng (n=19)	Tỷ lệ (%)
Có	17	89,5
Chỉ khám sau khi đau bụng nặng lên	2	10,5
Nơi khám bệnh sau khi có triệu chứng		
Trạm y tế xã	3	15,8
Bệnh viện huyện	12	63,2
Bệnh viện tỉnh /TW	4	21,0

Có 17 người đi khám ngay khi có biểu hiện bất thường như đã nêu ở bảng 4. Tuy nhiên vẫn còn 2 người chỉ đi khám sau khi đau bụng nặng lên. Nơi khám bệnh chính của những ca bệnh này chủ yếu là bệnh viện huyện (63,8%), và bệnh viện tỉnh (21,0%). Chỉ có một số ít là đi khám tại trạm y tế xã (15,8%).

3.2.2.3. Các yếu tố tăng cường liên quan đến CNTC

Đối với những phụ nữ có tiền sử CNTC, khi họ đi khám, đã được thực hiện những dịch vụ sau: siêu âm (42,1%); thử thai bằng que thử nhanh (36,8%); khám thai (31,6%) và các dịch vụ khác như xét nghiệm máu chiếm tỷ lệ 21,1%. Tuy nhiên có 10,5% số ca không thực hiện dịch vụ khám/xét nghiệm nào cả.

Thông tin về CNTC của phụ nữ chủ yếu là từ bạn bè, hàng xóm (49,6%); sau đó là tivi (15,2%), và sách báo (10,8%). Chỉ có một số ít là từ cán bộ y tế (5,9%), loa đài (5,0%), pano - tờ rơi (0,7%).

Đối với cán bộ y tế, đa số cán bộ y tế tuyến huyện và xã biết thông tin về CNTC chủ yếu là qua các chương trình học (>90,0%). Ngoài ra khoảng

1/3 số cán bộ xã huyện biết được thêm các thông tin về CNTC qua kinh nghiệm, sách báo hoặc tập huấn. Các phương tiện truyền thông khác chiếm tỷ trọng nhỏ. Đối với cán bộ y tế thôn bản thì thông tin chính về CNTC là qua chương trình học (50,7%) hoặc tập huấn (52,1%). Một phần nhỏ biết được thông tin qua kinh nghiệm, sách báo hoặc các phương tiện truyền thông khác.

4. Bàn luận

4.1. Kiến thức -thái độ - thực hành của phụ nữ và cán bộ y tế (CBYT) liên quan đến khám thai

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng đại đa số (88,1%) phụ nữ đều nhận thức được sự cần thiết phải đi khám thai sớm, và đặc biệt trong trường hợp khi có dấu hiệu bất thường (98,0%). Về việc này thì nhận thức của CBYT cũng tốt ở cả 3 tuyến. Tuy nhiên, theo khuyến cáo thì người phụ nữ nên đi khám thai ngay sau khi phát hiện ra có thai. Ngay CBYT cũng chưa nhận thức được sự cần thiết phải đi khám thai ngay khi phát hiện có thai (chậm kinh).

Chỉ có 21,6% phụ nữ (PN) cho rằng phải đi khám thai ngay trong tháng đầu, sau khi chậm kinh. Còn lại chủ yếu (59,5%) cho rằng có thể đi khám thai trong 2-3 tháng đầu. Thực tế cho thấy rằng việc khám thai của PN cũng phản ánh đúng kiến thức của mọi người. Chỉ có 12,9% số PN là đi khám ở tháng đầu và có 43,9% đi khám ở 2-3 tháng đầu. Điều này cho thấy sự đồng nhất về kiến thức và thực hành trong việc đi khám thai sớm của PN.

Nhận thức này có thể chịu ảnh hưởng phần này từ phía CBYT, vì có rất ít CBYT nhận thức được sự cần thiết phải đi khám ngay từ tháng đầu. Có lẽ đây là một điểm mà các nhà làm công tác chỉ đạo chuyên môn /tuyến phải quan tâm.

Chỉ có 2/3 số CBYT thực hiện một số dịch vụ khi khám thai. Lý do chính mà CBYT không giới thiệu thực hiện thử thai nhanh là đắt, không có sẵn và không biết. Những lý do này cũng phản ánh phần nào nhận thức chưa tốt của CBYT khi không biết về que thử thai nhanh hoặc phản ánh cung cấp dịch vụ tại cơ sở (không có sẵn).

Có tới quả nửa CBYT xã/huyện quan niệm về việc cần thiết đi siêu âm trong khi có thai. Lý do chính không giới thiệu đi siêu âm là do không có sẵn dịch vụ (xã). Tuy rằng chỉ định siêu âm trong giai

đoạn sớm không nằm trong chuẩn y tế quốc gia, nhưng việc CBYT xã giới thiệu đi siêu âm sớm để loại trừ CNTC cũng là một dấu hiệu cho thấy sự phổ cập của siêu âm trong chẩn đoán loại trừ CNTC.

4.2.Thái độ và thực hành của phụ nữ và CBYT đối với chữa ngoài tử cung

Có tới 1/3 số PN trong điều tra cắt ngang chưa bao giờ nghe nói đến CNTC. Có tới 76,2% số người tham gia cho rằng CNTC rất nặng. Nhưng có tới 2/3 số người (69,3%) quan niệm rằng nguy cơ mắc CNTC của họ là thấp. Có thể quan niệm đó xuất phát từ nhận định về đối tượng nguy cơ cao của CNTC chỉ là những người mắc các bệnh viêm nhiễm đường sinh sản, nạo phá thai và đặt vòng trong khi đó tất cả CBYT đều nhận định rằng CNTC là rất nguy hiểm.

Quan niệm về đối tượng nguy cơ cao của CNTC ở phụ nữ cũng tương đồng với quan niệm của CBYT về hai loại đối tượng là những người hay mắc viêm nhiễm sinh sản và nạo phá thai.

Số PN mắc CNTC có hai triệu chứng chỉ chiếm 36,8% và số người có cả 3 triệu chứng là 15,8% và có 47,4% số người có 1 triệu chứng trong 3 triệu chứng chính mà thôi. Cho nên nhiều người không biết là bị chậm kinh, tức là có thai để nghĩ đến là CNTC vì chỉ có 1/3 số người là có biểu hiện chậm kinh. Còn những ca còn lại có biểu hiện khác ví dụ đau bụng hoặc ra huyết mà không biết là có thai, lại có thể nghĩ đến tình huống khác dẫn đến hậu quả PN mắc CNTC phải nhập viện trong tình trạng cấp cứu. Ở CBYT, dù rằng 100% đều nghe nói đến CNTC nhưng người nêu đúng được định nghĩa của CNTC thì lại thấp hơn. 100% CBYT xã nói đúng, tỷ lệ này ở y tế thôn bản và TTYT huyện là tương đương (83-84%). Số liệu này cho thấy phải xem lại trình độ chuyên môn của CBYT chuyên trách tuyến huyện.

Sau khi biết chẩn đoán CNTC rồi mà vẫn có 21,1% trong số những PNCC bị CNTC đi cấp cứu sau 1 ngày, cá biệt có các trường hợp đi cấp cứu sau 3-5 ngày kể từ khi bắt đầu có dấu hiệu nghi ngờ. Do vậy khi họ vào bệnh viện huyện thì khối CNTC đã vỡ và bắt buộc phải mổ cấp cứu trong tình trạng sốc mất máu.

Thông tin về CNTC chủ yếu lại qua đường bạn bè (49,6%); tivi (15,2%); sách báo (10,8%). Qua

CBYT chỉ chiếm 5,9% . Điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu định tính cho thấy các phụ nữ từng mắc CNTC đều nhận biết dấu hiệu nghi ngờ và có chia sẻ với kênh bạn bè là các phụ nữ khá lâu trước thời điểm phẫu thuật cấp cứu. Cho nên việc tuyên truyền rộng rãi về CNTC thông qua CBYT còn nhiều hạn chế. Việc cải thiện thông tin về CNTC thông qua hệ thống y tế xã và thôn bản là rất quan trọng, đặc biệt khi có tư vấn khám thai.

Tóm lại, các yếu tố khuynh hướng khảo sát về nhận thức tầm quan trọng của khám thai sớm, nguy cơ của CNTC cho thấy rằng về cơ bản PNCC và CBYT nhận thức được sự cần thiết phải đi khám thai sớm và sự nguy hiểm của CNTC. Cho nên có lẽ không cần tác động can thiệp vào lĩnh vực này.

Các yếu tố cho phép khảo sát về kiến thức thực hành liên quan đến khám thai sớm và CNTC của PNCC và CBYT cho thấy rằng cần phải có một số những tác động để có thể nâng cao kiến thức của bản thân CBYT về việc phải đi khám thai sớm ngay sau khi có biểu hiện tắt kinh. Khi tiến hành khám thai CBYT phải tư vấn về những dấu hiệu bất thường khi có thai, kể cả các triệu chứng của CNTC. Trong trường hợp có điều kiện, việc khuyến nghị đi siêu âm sớm để loại trừ CNTC là cần thiết.

Đối với trường hợp CNTC, cần phải cập nhật kiến thức cho CBYT để họ có thể biết được sự nguy hiểm khi xử trí chậm CNTC và lợi ích khi xử trí sớm CNTC. Thông qua đó cán bộ y tế có thể tư vấn lại cho người dân để họ có thể biết được và có hành vi cho phù hợp. Các yếu tố tăng cường khảo sát về các dịch vụ sẵn có ở địa phương cho thấy rằng việc giới thiệu rộng rãi những dịch vụ y tế sẵn có như que thử thai nhanh, siêu âm là nên làm khi thực hiện tư vấn cho người dân đến khám. Thông tin về CNTC chưa được phổ biến rộng rãi lắm trong hệ thống y tế, cho nên người dân ít biết được từ CBYT. Vì vậy để giúp người dân có thể tiếp cận tốt hơn với những thông tin về CNTC, cần phải có những buổi tư vấn trực tiếp cho hoặc các buổi họp, cung cấp thông tin về CNTC cho đông đảo mọi người biết.

Khuyến nghị can thiệp

Cán bộ y tế:

- Tập huấn nâng cao nhận thức về việc khám thai sớm (ngay sau khi có biểu hiện), và kỹ năng tư vấn cho người phụ nữ đến khám thai về các dấu hiệu bất thường khi có thai, lưu ý về CNTC (dấu hiệu chẩn đoán).

- Biện pháp tốt nhất phòng chống CNTC là phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục /viêm nhiễm sinh sản và sử dụng các biện pháp tránh thai để không phải đi nạo phá thai. Có thể sử dụng nhiều biện pháp tránh thai hiện đại khác chứ không chỉ khu trú vào vòng tránh thai mà thôi.

Phụ nữ có thai:

- Cần phải được nâng cao kiến thức về việc đi khám

thai sớm, dấu hiệu bất thường khi có thai và xử trí sớm khi có dấu hiệu bất thường

- Nâng cao kiến thức phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục/viêm nhiễm sinh sản và sử dụng BPTT đa dạng để tránh phải nạo phá thai. Đây là hai biện pháp chính để có thể phòng chống CNTC, có thể thông qua tư vấn trực tiếp của CBYT khi đến khám thai / thông qua các buổi họp phụ nữ - dân số/phát tờ rơi.

Tác giả:

- TS. Bùi Thị Thu Hà, Trưởng bộ môn Sức khỏe sinh sản, Đại học Y tế Công cộng, Địa chỉ: 138 Giảng Võ, Hà nội. Email: bth@hsph.edu.vn

- ThS. Lê Minh Thi, Giảng viên bộ môn Sức khỏe sinh sản, Đại học Y tế Công cộng, Địa chỉ: 138 Giảng Võ, Hà nội. Email: lmt@hsph.edu.vn

- ThS. Vũ Hưng Hiếu, Giảng viên bộ môn Kinh tế y tế, Đại học Y tế Công cộng, Địa chỉ: 138 Giảng Võ, Hà nội. Email: vhh@hsph.edu.vn

- BS. Dương Kim Tuấn, bộ môn Dân số, Đại học Y tế công cộng, Địa chỉ: 138 Giảng Võ, Hà nội. Email: dkt@hsph.edu.vn

Tài liệu tham khảo:

1. Taminzian, O. and S. Arulkumaran (2004). "Bleeding in early pregnancy." *Current Obstetrics & Gynaecology* 14: 23-33.

2. Thu, L. H. (2004). "Ectopic pregnancies during 2002-

2003 in Central Hospital of Obstetrics and Gynecology in Vietnam."

3. Trinh, L. C. (2004). "Ectopic pregnancies in Central Hospital of Obstetrics and Gynecology in 1995."

4. Doyle, M. B., A. H. DeCherney, et al. (1991). "Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy." *Obstetrics Gynecology Clinical North American* 18: 1-17.

5. Ego, A., D. Subtil, et al. (2001). "Survival analysis of fertility after ectopic pregnancy." *Fertility and Sterility* 75(3): 560-566.

6. Hieu, D. T. and T. T. Luong (2003). "The rate of ectopic pregnancy for 24,589 quinacrine sterilization (QS) users compared to users of other methods and no method in 4 provinces in Vietnam, 1994-1996." *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 83(2): S35-S43.

7. Hoa, V. T. (2002). "Some factors influencing early diagnosis of ectopic pregnancy." PhD dissertation. Hanoi medical university.

8. Thu, L. H. (2004). "Ectopic pregnancies during 2002-2003 in Central Hospital of Obstetrics and Gynecology in Vietnam."