

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bất thường sinh sản (BTSS) là tình trạng bệnh lý thường gặp, trong đó dị tật bẩm sinh (DTBS), sảy thai (ST) và thai chết lưu (TCL) thường được chú ý.

Phù Cát là điểm nóng Dioxin ở Việt Nam đặc biệt là khu vực sân bay (xã Cát Tân) và khu vực miền núi của huyện. Cách đây hơn 10 năm (2002), Trịnh Văn Bảo và cs nghiên cứu (NC) về BTSS ở 8 xã xung quanh sân bay và vùng núi của Phù Cát cho thấy BTSS ở đây rất cao so với các nơi khác (tỷ lệ mẹ từng bị ST: 8,7%; TCL: 5,21%; sinh con DTBS: 5,82%); tuy nhiên, NC này chưa đề cập đến các yếu tố liên quan ngoài Dioxin.

Ở Việt Nam, việc ghi nhận thông tin (TT) về BTSS còn hạn chế, nên chưa có nhiều số liệu dịch tễ học có chất lượng về vấn đề sức khỏe này.

Vậy sau hơn 10 năm tình hình BTSS ở Phù Cát như thế nào? Làm thế nào để ghi nhận BTSS một cách có hệ thống nhằm cung cấp các số liệu dịch tễ BTSS để có cơ sở lập kế hoạch cũng như hoạch định các chính sách y tế nhằm giảm BTSS ở cộng đồng còn ô nhiễm với chất độc hóa học trong chiến tranh (CDHHTCT).

### **Mục tiêu NC:**

1. *Mô tả tỷ lệ BTSS (sảy thai, thai chết lưu, dị tật bẩm sinh) và một số yếu tố liên quan đến BTSS ở huyện Phù Cát - Bình Định.*

2. *Thử nghiệm ghi nhận một số thông tin về BTSS ở cộng đồng.*

### **Những đóng góp của luận án:**

- Cung cấp các chỉ số dịch tễ học mới về các dạng BTSS ở huyện Phù Cát, tỉnh Bình Định. Tỷ lệ phụ nữ từng bị ST, TCL và sinh con DTBS ở Phù Cát là khá cao, lần lượt là: 9,58%; 1,29% và 4,38%. Tỷ lệ thai bị sảy, TCL có chiều hướng tăng theo thời gian. Tần số BTSS rất cao ở xã Cát Tân (điểm ô nhiễm nặng Dioxin thuộc vùng chung quanh sân bay Phù Cát) với phụ nữ từng bị ST: 15,23%; TCL: 2,05% và sinh con DTBS: 6,38%.

- Chỉ ra một số yếu tố liên quan đến BTSS ngoài Dioxin như tiếp xúc với thuốc bảo vệ thực vật (TBVTV), tuổi của bố mẹ  $\geq 35$ , số lần mang thai  $\geq 3$ , hút thuốc lá, tiền sử BTSS.

- Thử nghiệm ghi nhận TT về BTSS ở cộng đồng thành công tại Việt Nam, có thể áp dụng rộng rãi ở cộng đồng qua y tế cơ sở thông qua đó nắm bắt được sớm nhất đặc điểm dịch tễ học của BTSS.

**Bố cục luận án:** Luận án gồm 137 trang, 55 bảng, 14 biểu đồ, 3 sơ đồ, 4 hình và 257 tài liệu tham khảo, trong đó có 205 tài liệu tiếng Anh. Phần đặt vấn đề 2 trang, tổng quan tài liệu 31

trang, đối tượng và phương pháp NC 16 trang, kết quả 33 trang, bàn luận 50 trang, kết luận 2 trang và kiến nghị 1 trang.

## **Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

### **1.1. MỘT SỐ KHÁI NIỆM LIÊN QUAN ĐẾN BTSS**

BTSS bao gồm vô sinh và bất thường thai sản. Bất thường thai sản thường biểu hiện ở các dạng bệnh lý như ST sớm hoặc ST muộn; TCL; thai trứng; chửa ngoài tử cung; thai chậm phát triển trong tử cung; đẻ non; sơ sinh nhẹ cân; thai già tháng; DTBS; chết sơ sinh, v.v.

NC này, chúng tôi đề cập 3 dạng của BTSS đó là ST, TCL và DTBS.

### **1.2. NC VỀ TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BTSS**

#### **1.2.1. Ở Việt Nam**

Khi NC về BTSS, các tác giả thường quan tâm đến ST, TCL và DTBS. Các số liệu thường là hồi cứu. Có 2 cách tiếp cận cơ bản về tần số BTSS đó là tỷ lệ mẹ bị BTSS (mẫu số là số phụ nữ đã từng mang thai) và tỷ lệ BTSS (mẫu số là số thai đã kết thúc đối với ST, TCL; đối với DTBS là con sinh sống hay quần thể xác định). Các NC về BTSS ở cộng đồng tại Việt Nam có thể được chia thành 2 nhóm là các NC ở các vùng bị ô nhiễm hoặc các đối tượng đã tiếp xúc với CĐHHTCT; nhóm thứ 2 là điều tra dịch tễ học ở một số địa điểm để xác định tỷ lệ BTSS và một số yếu tố liên quan. Tỷ lệ các BTSS thường rất cao ở vùng bị ô nhiễm hoặc đối tượng phơi nhiễm với CĐHHTCT. Tỷ lệ mẹ từng bị ST, TCL, sinh con DTBS ở Thanh Khê - Đà Nẵng (điểm ô nhiễm Dioxin) lần lượt là: 3,57%; 2,24% và 3%; ở Thái Bình (điểm không ô nhiễm Dioxin) thì tỷ lệ này lần lượt là 2,84%; 1,71% và 2,93% (Trịnh Văn Bảo và cs, 2006).

#### **1.2.2. Ở nước ngoài**

Các NC ở nước ngoài cũng có 2 cách tiếp cận chủ yếu về tần số BTSS đó là tỷ lệ mẹ bị BTSS và tỷ lệ BTSS. Với các cỡ mẫu, đối tượng, thời gian, địa điểm và phương pháp NC khác nhau cho tỷ lệ mẹ bị BTSS và tỷ lệ BTSS rất khác nhau. Các NC ở nước ngoài phát hiện nhiều yếu tố liên quan đến BTSS như các độc chất môi trường, các hành vi cá nhân, các đặc trưng của người mẹ.

### **1.3. TÌNH HÌNH THU THẬP TT VỀ BTSS**

#### **1.3.1. Khái quát về hệ thống thống kê báo cáo của ngành y tế**

Theo quy định của Bộ Y tế, việc thu thập TT được tiến hành tại các cơ sở y tế và tuân tự báo cáo từ thấp lên cao. TT y tế được xuất bản trong Niên giám thống kê y tế. Các TT y tế cần thu

thập được thực hiện theo Quyết định 40/2006/QĐ-BYT gồm 123 chỉ tiêu. Quyết định 3440/2009/QĐ-BYT, ban hành biểu mẫu báo cáo và hướng dẫn ghi chép TT y tế.

### 1.3.2. Tình hình thu thập TT về BTSS

Việc ghi nhận BTSS ở Việt Nam còn nhiều hạn chế:

- Thiếu tính sử dụng: trong các biểu mẫu báo cáo rất ít TT về BTSS. Nhiều TT chưa có như: ST, nguyên nhân TCL, sinh con DTBS.

- Thiếu tính cập nhật: báo cáo chung tổng quan ngành y tế Việt Nam năm 2013 không có TT về DTBS, ST, TCL. Niên giám thống kê y tế năm 2011 có tỷ lệ DTBS và bất thường của nhiễm sắc thể là 0,38%, đây là con số từ báo cáo của các cơ sở khám chữa bệnh; không thấy số liệu này ở cộng đồng.

Ghi nhận BTSS ở nước ngoài thường được tiến hành ở cấp địa phương, cấp quốc gia, khu vực. Có nhiều hình thức và chỉ số BTSS được thu thập như ST, TCL, DTBS, hội chứng rượu bào thai, v.v.

## Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi sử dụng 2 phương pháp NC khác nhau cho 2 mục tiêu.

### 2.1. MÔ TẢ TỶ LỆ BTSS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở HUYỆN PHÙ CÁT

#### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (15 - 49) ở huyện Phù Cát - Bình Định.

**2.1.2. Thời gian nghiên cứu:** Từ năm 1979 đến năm 2011.

#### 2.1.3. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế NC:* NC cắt ngang có so sánh.

- *Phương pháp thu thập số liệu*

Sử dụng phiếu điều tra theo hộ gia đình bằng cách hỏi đáp trực tiếp.

- *Phương pháp chọn mẫu:* Chọn 30 chòm ngẫu nhiên trong 118 thôn (chòm) của huyện Phù Cát.

- *Cỡ mẫu:* Cỡ mẫu điều tra tỷ lệ mẹ từng bị BTSS tính theo số bà mẹ, được tính theo công thức xác định tỷ lệ ở cộng đồng.

DE

*Trong đó:* p được lấy theo nghiên cứu trước đây của Trịnh Văn Bảo và cs năm 2002 với mẹ từng bị TCL, ST và sinh con DTBS là 5,21%; 8,7% và 5,82% riêng biệt; vậy chọn  $p = 5,21\%$  để có thể đại diện cho 3 dạng BTSS. là hệ số tin cậy  $95\% = 1,96$  (được tính tròn là 2);  $\epsilon$ : sai số tương đối = 0,15 ; DE (Design Effect): hệ số ảnh hưởng thiết kế được chọn bằng 2 (do chọn mẫu

chùm). Với các thông số trên, cỡ mẫu là 6.469. Chúng tôi đã điều tra 6.600 phụ nữ từng mang thai, đảm bảo cỡ mẫu cần thiết.

## **2.2. THỬ NGHIỆM GHI NHẬN MỘT SỐ TT VỀ BTSS Ở CỘNG ĐỒNG**

### **2.2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Tất cả thai đã kết thúc của phụ nữ đang sinh sống ở huyện Phù Cát.

**2.2.2. Thời gian nghiên cứu:** Từ 01/01/2012 đến hết 31/12/2013.

### **2.2.3. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế NC:** NC thực nghiệm can thiệp cộng đồng không có nhóm chứng, sử dụng mô hình đánh giá hiệu quả “trước - sau” can thiệp.

Hiệu quả can thiệp được đánh giá bằng cách:

+ So sánh kết quả ghi nhận TT về BTSS 2 năm (2012 - 2013) với kết quả điều tra ngang.

+ So sánh kết quả ghi nhận TT về BTSS 2 năm (2012 - 2013) và 2 năm trước đó (2010 - 2011) của hệ thống thống kê, báo cáo y tế huyện.

#### **- Phương pháp thu thập số liệu**

+ Sử dụng các phiếu ghi nhận BTSS được thiết kế sẵn.

+ Sử dụng TT từ báo cáo theo quy định hiện hành của Bộ Y tế.

- **Cỡ mẫu:** 5.422 thai đã kết thúc trong 2 năm 2012 - 2013.

#### **- Tổ chức can thiệp**

+ Bổ sung nhân viên y tế thôn là thành phần cung cấp TT về BTSS ở cộng đồng ngoài y tế xã và huyện.

+ Bổ sung các chỉ số cần thu thập ngoài các chỉ số theo quy định hiện hành của Bộ Y tế: ST, DTBS và một số TT có liên quan đến 3 dạng BTSS.

+ Các hoạt động: chọn cộng tác viên, giám sát viên, xử lý thông tin về BTSS.

## **2.3. CÁC BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU**

### **2.3.1. Các biến số phụ thuộc**

Mẹ bị BTSS và các dạng BTSS bao gồm: ST, TCL, DTBS.

### **2.3.2. Các biến số độc lập**

- Các đặc trưng cá nhân: tuổi; năm sinh; số lần mang thai; khu vực sinh sống; học vấn; hút thuốc lá; phơi nhiễm TBVTV; sử dụng rượu bia.

- Tiền sử sinh sản, BTSS, bệnh tật có đặc điểm di truyền.

- Nguồn cung cấp TT về BTSS, sử dụng dịch vụ y tế liên quan đến BTSS.

## **2.4. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU**

- Xử lý số liệu bằng phần mềm Excel và Stata 12.

- Đơn vị phân tích: số thai, số bà mẹ đã từng mang thai. Các trường hợp nạo hút thai chủ động, thai trứng không đưa vào phân tích số liệu.

Tổng số thai = số trẻ đẻ ra sống + TCL + ST + thai ngoài tử cung.

Tỷ lệ con bị DTBS =

Tỷ lệ BTSS =

Tỷ lệ mẹ từng bị BTSS =

- Mức ý nghĩa thống kê được xác định  $p < 0,05$ .

- Các thông số thống kê tính toán trong nghiên cứu bao gồm: tỷ lệ %; so sánh 2 tỷ lệ bằng test  $\chi^2$  (Chi-square test); Tính tỷ số chênh (Odd Ratio - OR), tỷ số hiện mắc (Prevalence Ratio - PR) thay cho OR trong trường hợp tỷ lệ BTSS  $> 10\%$  với 95% khoảng tin cậy (95% CI - 95% confidence interval); tỷ số chênh hiệu chỉnh (adjusted OR - aOR) trong mô hình hồi quy logistic đa biến cho các biến số đặc trưng của người phụ nữ (tuổi có thai lần đầu, năm sinh, số lần mang thai, học vấn, khu vực sinh sống), tình trạng hút thuốc lá và uống rượu bia của người chồng, tình trạng phơi nhiễm TBVTV và tình trạng bệnh tật có đặc điểm di truyền của vợ, chồng.

### Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. TỶ LỆ BTSS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BTSS Ở HUYỆN PHÙ CÁT

##### 3.1.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Có 6.600 phụ nữ đã từng mang thai, tuổi hiện tại từ 19 - 49, tuổi có thai lần đầu từ 17 - 45 (đảm bảo đủ cỡ mẫu cần thiết và tiêu chuẩn lựa chọn). 17.350 thai đã kết thúc và 16.444 con sinh sống

Bảng 3.1. Một số đặc điểm của đối tượng NC và tiền sử BTSS

Biến số định tính		Số phụ nữ	Tiền sử ST		Tiền sử TCL		Tiền sử sinh con DTBS	
			SL	%	SL	%	SL	%
Năm sinh	< 1972	2.82	287	10,1	37	1,31	157	5,56
	≥ 1972	3.77	345	9,14	48	1,27	132	3,50
		4		6				
Học vấn	Tiểu học	1.75	166	9,47	23	1,31	104	5,94
		2						

	Trung học	4.42 4	436	9,86	60	1,36	177	4,00
	> Trung học	424	30	7,08	2	0,47	8	1,89
Có thai lần đầu	< 20 tuổi	726	96	13,2 2	4	3,60	39	5,37
	20 - 34 tuổi	5.76 3	528	9,16	65	1,13	247	4,29
	> 34 tuổi	111	8	7,21	16	2,20	3	2,70
Số lần mang thai	≤ 2	3.44 5	82	2,73	15	0,43	83	2,4 0
	3 - 4	2.65 1	374	14,1 1	51	1,92	160	6,0 4
	> 4	494	176	35,6 3	19	3,85	46	9,3 1
Nơi ở	Thị trấn	440	12	2,73	4	0,91	12	2,7 3
	Đồng bằng	4.84 0	439	9,07	52	1,07	202	4,1 7
	Miền núi	880	114	12,9 5	20	2,27	47	5,3 4
	Vùng sân bay	440	67	15,2 3	9	2,05	28	6,3 8
Phơi nhiễm TBVTV	Có	4.48 4	355	7,92	34	1,70	110	5,20
	Không	2.11 6	277	13,0 9	49	1,09	179	3,99
Tổng		6.60 0	632	9,58	85	1,29	289	4,38

Tỷ lệ phụ nữ từng bị ST, TCL và sinh con DTBS lần lượt là 9,58%; 1,29% và 4,38%. Tỷ lệ mẹ từng bị ST, TCL và sinh con DTBS ở vùng xung quanh sân bay Phù Cát rất cao, lần lượt là: 15,23%; 2,05% và 6,38%.

### 3.1.2. Tần số và khuynh hướng BTSS

Bảng 3.2. Tỷ lệ BTSS/số thai và số con sinh sống

BTSS	Số thai: 17.350	%	95% CI
3 dạng BTSS	1.164	6,70	6,33-7,07
<i>Trong đó</i>			
ST	772	4,45	4,14-4,76
TCL	91	0,52	0,41-0,63
DTBS	301	1,73	1,54-1,92
	Số con sinh sống: 16.444		
DTBS	301	1,83	1,63-2,03

Tỷ lệ ST: 4,45%; TCL: 0,52%; tỷ lệ DTBS trên tổng số thai: 1,73%; tỷ lệ con bị DTBS trên số trẻ sinh sống: 1,83%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ BTSS/số thai/giai đoạn thời gian

Năm	Số thai	ST		TCL		DTBS		BTSS chung	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1979-	3.134	10	3,4	9	0,2	49	1,5		5,2
1991		7	1		9		6	165	6
1992 -	8.008	31	3,8	3	0,4	16	2,0		6,3
2001		0	7	6	5	0	0	506	2
2002 -	6.208	35	5,7	4	0,7	92	1,4		7,9
2011		5	2	6	4		8	493	4
Tổng	17.350	77	4,4	9	0,5	30	1,7	1.16	6,7
		0	2	5	1	2	1	3	4
p		< 0,001		< 0,01		< 0,05		< 0,001	

Tỷ lệ BTSS chung, ST, TCL có chiều hướng tăng theo thời gian với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ DTBS có chiều hướng giảm với  $p < 0,05$ .

### 3.1.3. Một số yếu tố liên quan đến BTSS ở huyện Phù Cát

#### 3.1.3.1. Một số yếu tố liên quan đến ST

Bảng 3.4. Tiền sử BTSS của phụ nữ và ST ở lần mang thai thứ 2

Tiền sử		Tổng g	ST		Không ST		OR	95% CI
			SL	%	SL	%		
ST	Có (**)	222	41	21,6 4	181	78,3 1	6,6 3	4,82- 9,12
	Không (*)	5.31 1	14 8	3,39	5.16 3	96,6 1		
TCL	Có (**)	29	3	10,3 4	26	89,6 6	3,0 6	1,04- 9,02
	Không (*)	5.50 4	18 6	3,38	5.31 8	96,6 2		
Sinh con DTB S	Có	116	5	4,31	111	95,6 9	1,2 8	0,52- 3,18
	Không (*)	5.41 7	18 4	3,40	5.23 3	96,6 0		

Ghi chú: (\*): Nhóm tham khảo; (\*\*): Giá trị OR và 95% CI được ước tính từ giá trị PR; SL: Số lượng.

Phân tích 5.533 phụ nữ ít nhất có 2 lần kết thúc thai cho thấy mẹ bị ST và TCL ở lần mang thai thứ nhất thì OR cho ST ở lần mang thai thứ 2 là 6,63 (95% CI: 4,82 - 9,12) và 3,06 (95% CI: 1,04 - 9,02) riêng biệt.

Bảng 3.5. Tuổi cha, mẹ và ST

Đối tượng	Nhóm tuổi	Số thai	Số ST	%	p
Cha	(1) <20	528	18	3,41	$p_{1-2} >$



	(2) 20-34	14.745	608	4,12	0,05
	(3) >34			7,33	$p_{2-3} < 0,01$
	Tổng	17.250	771	4,47	$p_{1-3} < 0,001$
Mẹ	(1) <20	753	31	4,12	$p_{1-2} > 0,05$
	(2) 20-34	15.365	642	4,18	$p_{2-3} < 0,01$
	(3) >34	1.232	99	8,04	$p_{1-3} < 0,001$
	Tổng	17.350	772	4,45	

Phụ nữ và người chồng  $\geq 35$  tuổi có tỷ lệ thai sảy/số thai là 8,04% và 7,33% cao hơn các nhóm tuổi còn lại, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 3.6. Hồi quy logistic đa biến một số đặc điểm của chồng, phụ nữ và ST

Biến số		p	aOR	95% CI
Năm sinh phụ nữ	< 1972 (*)			
	$\geq 1972$	< 0,001	2,23	1,83-2,71
Học vấn phụ nữ	Tiểu học (*)			
	Trung học	< 0,001	1,48	1,20-1,83
	Trên trung học	< 0,001	3,02	1,90-4,82
Tuổi có thai lần đầu	< 20 tuổi	> 0,05	0,97	0,75-1,2
	20 - 34 tuổi (*)			
	> 34 tuổi	< 0,01	3,66	1,58-8,46

Số lần mang thai	$\leq 2$ (*)			
	3 - 4	< 0,001	9,57	7,31-12,54
	> 4	< 0,001	44,94	31,87-63,36
Nơi ở	Thị trấn (*)			
	Đồng bằng	> 0,05	1,51	0,81-2,81
	Miền núi	< 0,05	2,03	1,05-3,92
	Vùng sân bay	< 0,01	2,82	1,43-5,57
Phụ nữ phơi nhiễm TBVTV	Có	< 0,01	1,34	1,11-1,63
	Không (*)			
Chồng phơi nhiễm TBVTV	Có	< 0,05	1,27	1,02-1,58
	Không (*)			
Chồng hút thuốc lá	> 10 năm	> 0,05	1,58	0,80-3,15
	6 - 10 năm	> 0,05	1,19	0,81-1,74
	< 6 năm	> 0,05	0,96	0,77-1,21
	Không (*)			
Chồng uống rượu bia	> 10 năm	> 0,05	0,78	0,37-1,65
	6 - 10 năm	> 0,05	1,08	0,73-1,60
	< 6 năm	> 0,05	0,87	0,67-1,11
	Không (*)			

Tiền sử bệnh tật của chồng	Có	> 0,05	1,32	0,83-2,11
	Không (*)			
Tiền sử bệnh tật của phụ nữ	Có	> 0,05	1,12	0,72-1,74
	Không (*)			

Ghi chú: (\*): Nhóm tham khảo.

Tóm tắt mô hình hồi quy: Số quan sát: 6.535; Likelihood ratio  $\chi^2(20)$ : 749,05; Prob >  $\chi^2$ : 0,00; Pseudo  $R^2$ : 0,1805; Log likelihood: -1700,0193.

Các yếu tố liên quan đến ST với  $p < 0,05$ : năm sinh, học vấn của phụ nữ, tuổi có thai lần đầu, số lần mang thai, nơi ở, chồng và phụ nữ phơi nhiễm TBVTV.

### 3.1.3.2. Một số yếu tố liên quan đến TCL

Bảng 3.7. Tiền sử BTSS của phụ nữ và TCL ở lần mang thai thứ 2

Tiền sử		Tổng	TCL		Không TCL		OR	95% CI
			SL	%	SL	%		
ST	Có	222	3	1,35	219	98,65	3,15	0,94-10,57
	Không (*)	5.311	23	0,43	5.288	99,57		
TCL	Có	29	2	6,9	27	93,10	16,91	3,81-75,14
	Không (*)	5.504	22	0,44	5.480	99,56		
Sinh con DTBS	Có	116	1	0,86	115	99,14	1,87	0,25-13,96
	Không (*)	5.417	25	0,46	5.138	99,54		

Ghi chú: (\*): Nhóm tham khảo.

Phân tích 5.533 phụ nữ ít nhất 2 lần kết thúc thai nghén cho thấy phụ nữ bị TCL ở lần mang thai thứ nhất thì OR cho TCL ở lần mang thai thứ 2 là 16,91 (95% CI: 3,81 - 75,14).

Bảng 3.8. Tuổi cha, mẹ và TCL

Đối tượng	Nhóm tuổi	Số thai	Số TCL	%	p
Cha	(1) <20	528	2	0,38	p <sub>1-2</sub> > 0,05
	(2) 20-34	14.745	67	0,45	
	(3) >34	1.977	21	1,06	p <sub>2-3</sub> < 0,001
	Tổng	17.250	90	0,52	p <sub>1-3</sub> < 0,001
Mẹ	(1) <20	753	7	0,93	p <sub>1-2</sub> < 0,05
	(2) 20-34	15.365	66	0,43	
	(3) >34	1.232	18	1,46	p <sub>2-3</sub> < 0,001
	Tổng	17.350	91	0,52	p <sub>1-3</sub> > 0,05

Phụ nữ và người chồng  $\geq 35$  tuổi có tỷ lệ TCL/số thai là 1,46% và 1,06% riêng biệt cao hơn so với nhóm tuổi 20 - 34 ( $p < 0,05$ ). Phụ nữ < 20 tuổi có tỷ lệ TCL/số thai là 0,93% cao hơn so với nhóm tuổi 20 - 34 ( $p < 0,05$ ).

Bảng 3.9. Hồi quy logistic đa biến một số đặc điểm của chồng, phụ nữ và TCL

Biến số		p	aOR	95% CI
Năm sinh phụ nữ	< 1972 (*)			
	$\geq 1972$	< 0,01	1,95	1,21-3,17
Học vấn phụ nữ	Tiểu học (*)			
	Trung học	> 0,05	1,12	0,67-1,87
	Trên trung học	> 0,05	0,78	0,17-3,50
Tuổi có thai	< 20 tuổi	> 0,05	1,48	0,83-

lần đầu				2,62
	20 - 34 tuổi (*)			
	> 34 tuổi	< 0,001	6,97	1,79- 27,17
	≤ 2 (*)			
Số lần mang thai	3 - 4	< 0,001	5,80	3,10- 10,86
	> 4	< 0,001	15,60	7,08- 34,38
Nơi ở	Thị trấn (*)			
	Đồng bằng	> 0,05	0,55	0,18- 1,65
	Miền núi	> 0,05	1,06	0,31- 3,56
	Vùng sân bay	> 0,05	1,06	0,29- 3,80
Phụ nữ phơi nhiễm TBVTV	Có	> 0,05	1,23	0,76- 1,99
	Không (*)			
Chồng phơi nhiễm TBVTV	Có	> 0,05	1,04	0,60- 1,80
	Không (*)			
Chồng hút thuốc lá	> 10 năm	< 0,05	4,53	1,28- 16,01
	6 - 10 năm	< 0,05	2,32	1,01- 5,34
	< 6 năm	> 0,05	0,83	0,47- 1,46
	Không (*)			
Chồng uống rượu bia	> 10 năm	> 0,05	0,36	0,07- 1,85
	6 - 10 năm	> 0,05	0,75	0,30-

				1,91
	< 6 năm	> 0,05	1,05	0,56- 1,95
	Không (*)			
Tiền sử bệnh tật của chồng	Có	> 0,05	0,34	0,05- 2,51
	Không (*)			
Tiền sử bệnh tật của vợ	Có	> 0,05	0,63	0,15- 2,61
	Không (*)			

Ghi chú: (\*): Nhóm tham khảo.

Tóm tắt mô hình hồi quy: Số quan sát: 6.535; Likelihood ratio  $\chi^2(20)$ : 86,44; Prob >  $\chi^2$ : 0,00; Pseudo  $R^2$ : 0,0962; Log likelihood: -405,98409.

Các yếu tố liên quan đến TCL với  $p < 0,05$ : năm sinh phụ nữ, tuổi có thai lần đầu, số lần mang thai.

### 3.1.3.3. Một số yếu tố liên quan đến sinh con DTBS

Bảng 3.10. Hồi quy logistic đa biến một số đặc điểm của chồng, phụ nữ và sinh con DTBS

Biến số		p	aOR	95% CI
Năm sinh phụ nữ	< 1972 (*)			
	$\geq 1972$	> 0,05	0,89	0,69- 1,16
Học vấn phụ nữ	Tiểu học (*)			
	Trung học	> 0,05	0,79	0,61- 1,02
	Trên trung học	> 0,05	0,53	0,25- 1,13
Tuổi có thai lần đầu	< 20 tuổi	> 0,05	1,01	0,71- 1,44
	20 - 34 tuổi (*)			
	> 34 tuổi	> 0,05	0,74	0,18-

				3,14
Số lần mang thai	≤ 2 (*)			
	3 - 4	< 0,001	2,27	1,69 - 3,06
	> 4	< 0,001	3,30	2,16- 5,04
Nơi ở	Thị trấn (*)			
	Đồng bằng	> 0,05	0,97	0,52- 1,82
	Miền núi	> 0,05	1,22	0,60- 2,48
	Vùng sân bay	> 0,05	1,50	0,72- 3,13
Phụ nữ phơi nhiễm TBVTV	Có	> 0,05	1,17	0,89- 1,52
	Không (*)			
Chồng phơi nhiễm TBVTV	Có	> 0,05	0,97	0,73- 1,29
	Không (*)			
Chồng hút thuốc lá	> 10 năm	> 0,05	1,26	0,46- 3,46
	6 - 10 năm	> 0,05	1,09	0,63- 1,88
	< 6 năm	> 0,05	0,96	0,71- 1,30
	Không (*)			
Chồng uống rượu bia	> 10 năm	> 0,05	0,77	0,26- 2,29
	6 - 10 năm	> 0,05	0,95	0,54- 1,69
	< 6 năm	> 0,05	1,30	0,92- 1,85

	Không (*)			
Tiền sử bệnh tật của chồng	Có	< 0,05	1,90	1,11-3,27
	Không (*)			
Tiền sử bệnh tật của vợ	Có	< 0,05	1,81	1,09-3,00
	Không (*)			

Ghi chú: (\*): Nhóm tham khảo.

Tóm tắt mô hình hồi quy: Số quan sát: 6.535; Likelihood ratio  $\chi^2(20)$ : 103,8; Prob >  $\chi^2$ : 0,00; Pseudo  $R^2$ : 0,0442; Log likelihood: -1122,6235.

Các yếu tố liên quan đến sinh con DTBS với  $p < 0,05$ : số lần mang thai, tiền sử bệnh tật có đặc điểm di truyền của vợ, chồng.

Bảng 3.11. Tiền sử ST, TCL của gia đình và BTSS

Đối tượng	ST		TCL		DTBS	
	OR	p	OR	p	OR	p
Mẹ chồng	1,59	< 0,05	1,20	> 0,05	1,33	< 0,05
Mẹ ruột	1,69	< 0,05	1,87	< 0,05	1,37	< 0,05
Chị em ruột bên chồng	1,74	< 0,05	0,92	> 0,05	1,24	> 0,05
Chị em ruột	1,32	> 0,05	1,97	> 0,05	1,36	> 0,05
Chị em dâu bên chồng	1,48	< 0,05	1,64	> 0,05	1,02	> 0,05
Chị em dâu	1,57	< 0,05	2,85	> 0,05	1,55	< 0,05

Tiền sử ST, TCL của mẹ ruột liên quan đến 3 dạng BTSS với  $p < 0,05$ .

Bảng 3.12. Bệnh tật của gia đình và BTSS



Đối tượng	ST		TCL		DTBS	
	OR	p	OR	p	OR	p
Cha mẹ chồng	1,34	< 0,05	1,19	> 0,05	1,38	> 0,05
Anh chị em chồng	1,35	> 0,05	1,30	> 0,05	1,68	< 0,05
Cha mẹ ruột	1,53	< 0,05	1,18	> 0,05	1,77	< 0,05
Anh chị em ruột	1,67	< 0,05	1,59	> 0,05	1,05	> 0,05

Dị tật, ung thư và bệnh có đặc điểm di truyền của cha mẹ ruột, anh chị em ruột liên quan đến ST với  $p < 0,05$ . Bệnh tật của gia đình không liên quan đến TCL.

### 3.2. THỬ NGHIỆM GHI NHẬN TT VỀ BTSS Ở CỘNG ĐỒNG

#### 3.2.1. Kết quả ghi nhận TT về BTSS

Bảng 3.13. So sánh kết quả ghi nhận BTSS trước và sau can thiệp

Loại BTSS	Năm 2010-2011		Năm 2012-2013		p
	n <sub>1</sub>	%	n <sub>2</sub>	%	
ST	-	0	297	5,85	
TCL	25	0,49	46	0,91	<0,05
DTBS	-	0	67	1,32	
Tổng	25	0,49	410	8,08	

Trước khi can thiệp các chỉ số về ST, DTBS không được ghi nhận; ghi nhận TCL sau can thiệp là 0,91% lớn hơn trước can thiệp ( $p < 0,05$ ).

Bảng 3.14. So sánh kết quả ghi nhận và điều tra ngang BTSS

Các dạng BTSS	Tổng số thai kết thúc qua điều tra ngang N = 17.350		Tổng số thai kết thúc qua theo dõi dọc 2 năm N = 5.422		p
	n	%	n	%	
Sảy thai	772	4,45	297	5,85	<0,05

Thai chết lưu	91	0,52	46	0,91	<0,0 5
Dị tật bẩm sinh	301	1,73	67	1,32	<0,0 5
Tổng	1.164	6,70	410	8,08	<0,0 5

Số thai đã kết thúc trong 2 năm 2012 - 2013 là 5.422. Tỷ lệ ST và TCL lần lượt là 5,85% và 0,91% cao hơn so với kết quả điều tra ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ sinh con dị tật là 1,32% thấp hơn so với kết quả điều tra ( $p < 0,05$ ).

### Biểu đồ 3.1. Nguồn cung cấp thông tin BTSS

Nguồn thông tin từ y tế thôn chiếm 50,98%; từ bệnh viện 33,41% và từ y tế xã chiếm 15,61%.

### 3.2.2. Một số đặc điểm TT về BTSS

#### Biểu đồ 3.2. Thông tin về nguyên nhân thai chết lưu

Có 73,92% TCL không rõ nguyên nhân; 21,74% TCL do dị tật của thai.

Bảng 3.15. Thông tin DTBS theo hệ cơ quan (5.075 trẻ sinh sống)

ICD - 10	Loại DTBS	n=67	% trẻ bị DTBS	% số trẻ sinh sống
Q20-Q28	Tuần hoàn	15	22,39	0,30
Q35-Q37	KHM/KHVM	11	16,42	0,22
Q65-Q79	Cơ, xương	10	14,93	0,20
Q50-	Sinh dục	6	8,96	0,12

Q56				
Q00- Q07	Thần kinh	6	8,96	0,12
E00	Thiếu năng tuyến giáp	5	7,46	0,10
Q90	Hội chứng Down	3	4,48	0,06
Q10- Q18	Mất, tai, mặt, cổ	3	4,48	0,06
Q82	Da	1	1,49	0,02
Q30- Q34	Hô hấp	1	1,49	0,02
Q38- Q45	Tiêu hóa	1	1,49	0,02
Q80- Q89	Các dị tật khác	5	7,46	0,10
	Tổng	67	100	1,32

*Ghi chú: KHM/KHVM: Khe hở môi hoặc khe hở vòm miệng hoặc cả 2.*

Tỷ lệ phát sinh DTBS trong 2 năm là 1,32%; trong đó dị tật hệ tuần hoàn chiếm 0,3%; KHM/KHVM: 0,22%; hội chứng Down: 0,06%.

### Biểu đồ 3.3. Thông tin về tiền sử các BTSS được ghi nhận

Trong tổng số 410 ca BTSS của 410 lượt phụ nữ có thai bị BTSS được ghi nhận có 83,66% bị BTSS lần 1; 12,93% bị BTSS lần 2; 2,44% bị BTSS lần 3.

### Biểu đồ 3.4. Thông tin về thứ tự thai các BTSS được ghi nhận

Có 28,05% BTSS xảy ra ở lần mang thai thứ nhất; 37,8% xảy ra ở lần mang thai thứ hai; có 1,46% xảy ra ở lần mang thai thứ sáu.

**Bảng 3.16. Khoảng thời gian ghi nhận thông tin BTSS**

Khoảng thời gian	Năm 2012		Năm 2013		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Trong 1 tuần	62	34,64	97	41,99	159	38,78
2 tuần - 1 tháng	56	31,28	58	25,11	114	27,80

2 tháng - 3 tháng	26	14,53	35	15,15	61	14,88
4 tháng - 6 tháng	11	6,15	18	7,79	29	7,07
7 tháng - 12 tháng	15	8,38	23	9,96	38	9,27
> 1 năm	9	5,03	0	0	9	2,20
Tổng	179	100	231	100	410	100

38,78% BTSS được ghi nhận và báo cáo trong vòng 1 tuần; 27,8% trong vòng từ 2 tuần đến 1 tháng; 14,88% trong vòng 2 đến 3 tháng.

## **Chương 4: BÀN LUẬN**

### **4.1. TỶ LỆ BTSS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BTSS Ở HUYỆN PHÙ CÁT**

#### **4.1.1. Tần số và khuynh hướng BTSS**

Tỷ lệ phụ nữ từng bị ST trong NC là khá cao: 9,58%; cao hơn ở Phù Cát (8,7%), Thanh Khê - Đà Nẵng (3,57%) và Thái Bình (2,87%) cách đây 10 năm ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ thai sẩy trong NC là 4,45% cũng cao hơn so với 3 địa điểm trên. Như vậy, các tần số ST ở Phù Cát không giảm sau 10 năm. Thanh Khê cũng là “điểm nóng” về Dioxin nhưng đã được xây tường dày bao quanh sân bay (điểm ô nhiễm Dioxin) nên nguy cơ phơi nhiễm với dioxin còn tồn lưu có thể không cao, đây có thể cũng là một trong các lý do giải thích tần số ST thấp hơn so với ở Phù Cát.

Tỷ lệ phụ nữ từng bị TCL trong NC là 1,29%; thấp hơn so với Phù Cát (5,21%), Thanh Khê - Đà Nẵng (2,24%) và Thái Bình (1,71%) cách đây trên 10 năm ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ TCL trong NC là 0,52% cũng thấp hơn so với 3 địa điểm trên. Tần số TCL ở Phù Cát đã giảm hơn sau 10 năm. Sự khác biệt này, theo chúng tôi, có thể do sự cải thiện công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản ở Phù Cát và điều kiện kinh tế xã hội ở đây đã phát triển trong những năm gần đây.

Mẹ sinh con dị tật: 4,38%; tỷ lệ DTBS trên số con sinh sống là 1,83%. Tần số DTBS ở Phù Cát trong NC của chúng tôi dù xem xét theo con sinh sống hay theo mẹ cũng đều cao hơn so với Thanh Khê - Đà Nẵng và Thái Bình; nhưng đều thấp hơn so với ở Phù Cát năm 2002 ( $p < 0,05$ ); như vậy tần số DTBS ở Phù Cát đã giảm hơn sau 10 năm; sự khác biệt này có thể là do sự phát triển kinh tế - xã hội; sự cải thiện công tác chăm sóc sức khỏe ở Phù Cát đặc biệt là việc chẩn đoán trước sinh, kết thúc sớm thai bị dị tật; đồng thời năm 2002, tác giả NC ở các xã xung quanh sân bay và miền núi là phơi nhiễm nặng với CĐHHTCT, trong khi chúng tôi NC toàn huyện Phù Cát.

Tỷ lệ BTSS ở Phù Cát trong giai đoạn 1979 - 1992 là 5,26%, 1992 - 2001 là 6,32% và từ 2002 - 2011 là 7,94% với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ ST, TCL cũng có chiều hướng tăng với  $p < 0,05$ . Như vậy, có thể đang tồn tại những yếu tố nguy cơ ST, TCL ở Phù Cát như ô nhiễm môi trường. Tỷ lệ DTBS trên tổng số thai ở Phù Cát giai đoạn 1979 - 1992 là 1,56%; 1992 - 2001 là 2,00% và 2002 - 2011 là 1,48% với  $p < 0,05$ ; chúng tôi cho rằng đây là kết quả của các can thiệp như tư vấn di truyền, chẩn đoán trước sinh, kết thúc sớm thai bị dị tật mà Phù Cát đã thực hiện trong những năm gần đây.

Tỷ lệ phụ nữ từng bị BTSS ở vùng sân bay (ST: 15,23%; TCL: 2,05% và sinh con DTBS: 6,38%) và vùng miền núi (ST: 12,95%; TCL: 2,27% và sinh con DTBS: 5,34%) cao hơn so với các vùng còn lại.

#### **4.1.2. Một số yếu tố liên quan đến BTSS**

##### **4.1.2.1. Tuổi bố mẹ**

Bố, mẹ có tuổi  $\geq 35$  có tỷ lệ ST, TCL cao hơn nhóm tuổi 20 - 34 với  $p < 0,05$ ; nhưng tuổi bố, mẹ  $\geq 35$  chưa thấy liên quan đến DTBS. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết luận của nhiều tác giả khác cũng cho rằng tỷ lệ ST, TCL tăng lên ở những người vợ, người chồng  $\geq 35$  tuổi.

Mô hình hồi quy logistic đa biến thấy mẹ có thai lần đầu  $\geq 35$  tuổi liên quan đến BTSS với aOR = 3,66 ( $p < 0,01$ ) cho ST và aOR = 6,97 ( $p < 0,001$ ) cho TCL so với mẹ có thai lần đầu ở tuổi 20 - 34.

Phụ nữ sinh ra sau năm 1971 có nguy cơ BTSS so với phụ nữ sinh ra trước đó với aOR = 2,23 ( $p < 0,001$ ) cho ST và aOR = 1,95 ( $p < 0,01$ ) cho TCL. Từ 1965 đến 1971, Phù Cát là vùng bị rải CDHHTCT. Lý do có thể do khả năng phát hiện BTSS tăng lên và các yếu tố độc hại môi trường ở Phù Cát tiếp tục ảnh hưởng.

##### **4.1.2.2. Tiền sử BTSS và bệnh tật có đặc điểm di truyền**

Phân tích 5.533 phụ nữ ít nhất có 2 lần kết thúc thai cho thấy mẹ bị ST và TCL ở lần mang thai thứ nhất thì OR cho ST ở lần mang thai thứ 2 là 6,63 (95% CI: 4,82 - 9,12) và 3,06 (95% CI: 1,04 - 9,02) riêng biệt; phụ nữ bị TCL ở lần mang thai thứ nhất thì OR cho TCL ở lần mang thai thứ 2 là 16,91 (95% CI: 3,81 - 75,14). Mẹ từng ST, TCL, sinh con DTBS ở lần mang thai đầu chưa thấy có liên quan đến DTBS.

Tình trạng bệnh của vợ và chồng như: dị tật; ung thư; bệnh lý (tiểu đường, bướu cổ, tâm thần, chậm phát triển trí tuệ, teo cơ, chảy máu kéo dài, mụn nước trên da hay da bị xơ cứng) chưa thấy có liên quan đến ST, TCL nhưng có liên quan đến sinh con DTBS (aOR  $> 1$  và  $p < 0,05$ ).

#### **4.1.2.3. Số lần mang thai**

Mẹ có 3 - 4 lần,  $\geq 5$  lần mang thai liên quan đến tỷ lệ mẹ bị BTSS (ST, TCL, DTBS) so với có thai 1 - 2 lần trong phân tích đơn biến với  $OR > 1$  (95% CI  $> 1$ ) và chiều hướng này thể hiện rõ trong mô hình hồi quy logistic đa biến với  $aOR > 1$  ( $p < 0,05$ ).

#### **4.1.2.4. Tình trạng hút thuốc lá**

Chồng hút thuốc lá trước khi người vợ có thai lần đầu liên quan đến TCL:  $aOR = 2,32$  ( $p < 0,05$ ) với thời gian hút 6 - 10 năm,  $aOR = 4,53$  ( $p < 0,05$ ) với thời gian hút  $> 10$  năm so với không hút thuốc. Như vậy, cần có các biện pháp tuyên truyền giáo dục nhằm giảm hút thuốc lá, đặc biệt là các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ.

#### **4.1.2.5. Chồng, vợ phơi nhiễm TBVTV**

NC phát hiện vợ, chồng phơi nhiễm TBVTV là nguy cơ của ST với  $aOR = 1,34$  ( $p < 0,01$ ) nếu người phụ nữ phơi nhiễm và  $aOR = 1,27$  ( $p < 0,05$ ) nếu người chồng phơi nhiễm.

#### **4.1.2.6. Nơi sinh sống**

Phụ nữ sống ở miền núi và vùng sâu bay Phù Cát đều có liên quan đến ST với  $aOR = 2,03$  ( $p < 0,05$ ) và  $aOR = 2,82$  ( $p < 0,01$ ) so với phụ nữ sống ở thị trấn. Tuy nhiên, chưa thấy có liên quan đến TCL, sinh con DTBS trong mô hình hồi quy logistic đa biến ( $p > 0,05$ ); nhưng thực tế, BTSS ở đây rất cao vì thế các điểm ô nhiễm nặng với CĐHHTCT ở Phù Cát như vùng sâu bay cần phải được can thiệp.

#### **4.1.2.7. Trình độ học vấn của mẹ**

Học vấn của mẹ có ảnh hưởng đến khả năng bị ST với  $aOR = 1,5$  ( $p < 0,001$ ) cho bậc trung học và  $aOR = 3,14$  ( $p < 0,001$ ) cho bậc trên trung học so với mẹ có bậc học thấp hơn. Có nhiều ý kiến khác nhau giữa học vấn và ST. Norsker F. N và cs (2012) thấy mẹ có học vấn  $\leq 12$  năm thì có nguy cơ ST hơn so với mẹ có học vấn  $> 12$  năm. Osborn J. F. và cs (2000) thì thấy phụ nữ có học vấn thấp có giảm nhẹ tỷ lệ ST so với các bậc học cao hơn. Theo chúng tôi, học vấn không phải là yếu tố liên quan trực tiếp đến ST mà học vấn như là một biến số thay thế thông qua một số yếu tố khác (như thông qua nghề nghiệp, công việc xã hội v.v) mà chúng tôi chưa có điều kiện tìm hiểu đầy đủ trong NC này.

#### **4.1.2.8. Một số yếu tố liên quan đến BTSS thuộc về gia đình**

Tình trạng ST, TCL của mẹ chồng, mẹ ruột, chị em ruột bên chồng, chị em dâu bên chồng, chị em dâu liên quan đến ST ( $OR > 1$  và  $p < 0,05$ ); một số bệnh tật của cha mẹ chồng, cha mẹ ruột, anh chị em ruột liên quan đến ST ( $OR > 1$ ,  $p < 0,05$ ); mẹ ruột có tiền sử ST hay TCL liên quan đến TCL ( $OR > 1$ ,  $p < 0,05$ ); tình trạng ST, TCL của mẹ chồng, mẹ ruột, chị em dâu ruột

liên quan đến sinh con DTBS ( $OR > 1, p < 0,05$ ); một số bệnh tật của anh chị em chồng, cha mẹ ruột liên quan đến sinh con DTBS ( $OR > 1, p < 0,05$ ).

Sinh một đứa trẻ khỏe mạnh là kết quả của quá trình phát triển và chọn lọc tự nhiên. Nếu một thai bị sẩy thì không có cơ hội TCL; nếu bị ST, TCL thì không có cơ hội thành trẻ sơ sinh DTBS. Điều này có thể làm cho phát hiện về yếu tố liên quan đến sinh con DTBS ít hơn so với ST hoặc TCL.

## **4.2. THỬ NGHIỆM GHI NHẬN TT VỀ BTSS Ở CỘNG ĐỒNG**

### **4.2.1. Kết quả và những ưu điểm của ghi nhận TT về BTSS ở cộng đồng**

Qua 24 tháng theo dõi (từ 1/2012 đến 12/2013), ghi nhận 5.422 thai đã kết thúc (bao gồm cả thai ở trẻ vị thành niên nhưng không bao gồm các thai đã bị nạo hút chủ động, thai trứng).

Trước năm 2012, Trung tâm y tế Phù Cát đã thực hiện thống kê báo cáo TT y tế theo quy định của Bộ Y tế trong đó có một số TT về BTSS như: sơ sinh nhẹ cân, số lượng TCL; nhưng không có báo cáo nguyên nhân TCL, không có số ST và sinh con DTBS. Vậy việc ghi nhận TT về BTSS ở cộng đồng của NC này có những ưu điểm gì?

- Ưu điểm thứ nhất là việc bổ sung y tế thôn là một thành phần ghi nhận TT về BTSS ở cộng đồng. Đây là điểm mới vì trong hệ thống báo cáo thống kê của ngành y tế chỉ bắt đầu từ trạm y tế và chỉ dựa trên các biểu mẫu sổ khám bệnh vì thế dễ bỏ sót BTSS (do người bệnh tự chữa ở nhà, đến y tế tư nhân hoặc đến các dịch vụ y tế công lập nằm ngoài phạm vi thống kê báo cáo của Trung tâm y tế huyện). NC cho thấy có đến 50,89% ca BTSS được ghi nhận từ y tế thôn, trong khi đó y tế huyện là 33,41% và y tế xã chỉ có 15,61%.

- Ưu điểm thứ hai là của việc ghi nhận TT về BTSS của chúng tôi có bổ sung các chỉ số còn thiếu đó là ST, DTBS và một số đặc điểm liên quan khác. Đây cũng là một hạn chế của hệ thống thống kê, báo cáo hiện hành. Kết quả cho thấy trong 2 năm 2012 - 2013 đã ghi nhận tỷ lệ ST là 5,85%, TCL là 0,91% và DTBS là 1,32%; tỷ lệ TCL phát hiện qua ghi nhận BTSS (0,91%) gần gấp đôi tỷ lệ TCL được thống kê ở giai đoạn 2010 - 2011 (0,49%) với  $p < 0,05$ . So sánh với tỷ lệ các dạng BTSS qua điều tra ngang trong cùng NC này thấy tỷ lệ BTSS chung (8,08%) cao hơn điều tra ngang (6,7%); trong đó tỷ lệ ST (5,85%), TCL (0,91%) cũng cao hơn so với kết quả điều tra ngang (4,45% và 0,52% tương ứng); tỷ lệ DTBS 1,32% thấp hơn so với điều tra ngang (1,73%) với  $p < 0,05$ .

- Ưu điểm thứ ba là việc ghi nhận TT về BTSS ở cộng đồng cung cấp TT chi tiết hơn. Đây cũng là điểm mới vì trong hệ thống thống kê, báo cáo của ngành y tế, chỉ dừng lại ở việc đếm một số ca bệnh (ví dụ đếm ca TCL), không những thiếu về chỉ số mà còn thiếu các TT dịch tễ

học vì thế sẽ hạn chế giá trị sử dụng. Chúng tôi đã bổ sung một số TT chi tiết ngoài đếm ca bệnh xem như là giải pháp nâng cao tính sử dụng của TT y tế gồm: nguyên nhân TCL; các dạng DTBS; tình trạng sử dụng dịch vụ y tế; tiền sử BTSS; các TT này rất hữu ích trong truyền thông tư vấn chăm sóc sức khỏe sinh sản.

- Ưu điểm thứ tư đó là tính cập nhật TT BTSS. Đây cũng là điểm mới vì trong hệ thống thống kê hiện hành của ngành y tế TT chỉ được báo cáo hàng quý. Trong NC, chúng tôi biết được khoảng thời gian từ khi xuất hiện ca bệnh BTSS đến khi TT này đến được “đầu môi” trong vòng 1 tuần là 37,78%; từ 2 tuần đến 1 tháng là 27,80% (như vậy có 66,58% TT báo cáo trong vòng 1 tháng). Nhờ sự cập nhật TT mà việc xử lý TT sẽ kịp thời, trong một số trường hợp có thể giúp tư vấn can thiệp cộng đồng.

#### **4.2.2. Những hạn chế khi ghi nhận thông tin về BTSS ở cộng đồng**

Mặc dù có những ưu điểm đã nêu ở trên, song việc ghi nhận TT về BTSS ở cộng đồng dựa vào y tế cơ sở cũng có một số hạn chế nhất định:

- Mức độ chính xác: việc ghi nhận dựa vào sổ khám bệnh ở tuyến huyện, xã do nhân viên y tế các tuyến này thực hiện có độ tin cậy cao hơn so với nhân viên y tế thôn có trình độ thấp hơn. Để khắc phục tình trạng này, chúng tôi sử dụng cán bộ giám sát, hỗ trợ, xử lý TT.

- Sự trùng lặp: điều này có thể xảy ra khi báo cáo trùng lặp giữa các bộ phận. Chúng tôi hạn chế bằng cách kiểm tra, giám sát, xử lý TT.

Chúng tôi hy vọng rằng, khởi điểm từ NC cứu này trong tương lai việc giám sát các BTSS sẽ là một công việc có tính thường quy và có tính hệ thống trên phạm vi toàn quốc.



## KẾT LUẬN

### 1. Tỷ lệ BTSS và một số yếu tố liên quan đến BTSS ở Phù Cát-Bình Định

#### 1.1. Tỷ lệ BTSS

- Tần số BTSS ở Phù Cát khá cao, trong đó phụ nữ từng bị ST: 9,58%; TCL: 1,29% và sinh con DTBS: 4,38%. Tỷ lệ thai bị sảy, chết lưu và con DTBS ở Phù Cát lần lượt là 4,45%; 0,52% và 1,73%/số thai; tỷ lệ DTBS theo số con sinh sống: 1,83%.

- Tỷ lệ thai bị sảy, chết lưu có chiều hướng tăng theo thời gian.

- Tần số BTSS rất cao ở xã Cát Tân (nơi ô nhiễm nặng Dioxin) trong đó phụ nữ từng bị ST: 15,23%; TCL: 2,05% và sinh con DTBS: 6,38%.

#### 1.2. Một số yếu tố liên quan đến bất BTSS

Các yếu tố liên quan đến cả 3 dạng BTSS (ST, TCL và DTBS) ở Phù Cát ngoài Dioxin là: có  $\geq 3$  lần mang thai; tiền sử ST, TCL của mẹ ruột. Từng dạng BTSS cũng có những yếu tố liên quan cụ thể.

- Liên quan đến ST: tuổi người phụ nữ, người chồng  $\geq 35$ ; sống ở khu vực miền núi (aOR = 2,03 với  $p < 0,05$ ), vùng sân bay Phù Cát (aOR = 2,82 với  $p < 0,01$ ); phơi nhiễm TBVTV trước và trong thời gian mang thai (aOR = 1,27 với  $p < 0,05$  đối với người chồng và aOR = 1,34 với  $p < 0,01$  đối với người phụ nữ); tiền sử ST ở lần mang thai thứ nhất (OR = 6,63; 95% CI: 4,82 - 9,12); tiền sử TCL ở lần mang thai thứ nhất (OR = 3,06; 95% CI: 1,04 - 9,02); tiền sử ST hoặc TCL của mẹ chồng, chị em ruột bên chồng, chị em dâu bên chồng, chị em dâu; bệnh tật có tính di truyền của cha mẹ chồng, cha mẹ ruột, anh chị em ruột.

- Liên quan đến TCL: tuổi phụ nữ  $< 20$ ; tuổi người phụ nữ, người chồng  $\geq 35$ ; người chồng hút thuốc lá trước khi vợ có thai lần đầu  $\geq 6$  năm; tiền sử TCL ở lần mang thai thứ nhất (OR = 16,91; 95% CI: 3,81-75,14).

- Liên quan đến DTBS: bệnh tật có đặc điểm di truyền của người chồng (aOR = 1,9 với  $p < 0,05$ ), của người phụ nữ (aOR = 1,81 với  $p < 0,05$ ), cha mẹ ruột, anh chị em chồng; tiền sử ST hoặc TCL của mẹ chồng, chị em dâu.

### 2. Thử nghiệm ghi nhận TT về BTSS ở cộng đồng

- Ghi nhận TT về BTSS ở cộng đồng là giải pháp cho sự hạn chế của hệ thống thông kê, báo cáo y tế hiện hành.

- Y tế thôn đã ghi nhận 50,98%; y tế xã ghi nhận 15,61% và y tế huyện ghi nhận 33,41% các BTSS ở cộng đồng .

- Bổ sung các chỉ số BTSS mà hệ thống thống kê, báo cáo hiện hành của ngành y tế chưa có. Đã ghi nhận tỷ lệ thai bị sảy: 5,85%; TCL: 0,91% và con DTBS/số thai đã kết thúc: 1,32%.

- Bổ sung các TT chi tiết về BTSS: mô tả dị tật, nguyên nhân TCL (21,74% TCL do thai bị dị tật), tiền sử BTSS (BTSS lần 1: 83,66%, lần 2: 12,93%; lần 5: 0,24%); BTSS được ghi nhận xảy ra ở lần mang thai thứ 1: 28,05%, ở lần thứ 2: 37,8%; ở lần thứ 6: 1,46%.

- TT về BTSS được cập nhật sớm nhất có thể, trong đó 38,78% được ghi nhận trong vòng một tuần; 66,58% trong vòng một tháng.

### **KIẾN NGHỊ**

1. Cần triển khai việc ghi nhận ST, TCL, DTBS ở cộng đồng trên toàn quốc để có số liệu dịch tễ học và sớm có biện pháp can thiệp và phòng ngừa.

2. Các đối tượng có tiền sử BTSS ở lần mang thai đầu, cần có những can thiệp thích hợp để giảm BTSS ở lần mang thai sau.

3. Tiếp tục triển khai việc tuyên truyền giáo dục về sức khỏe sinh sản, các yếu tố bất lợi đến sức khỏe sinh sản.

4. Tiếp tục có các can thiệp và NC về độc chất môi trường ở Phù Cát đặc biệt là CĐHHTCT ở vùng sân bay Phù Cát.