

HIỂM MUỘN VÀ VIÊM VÙNG CHẬU MẠN

BS. Phan Thị Thanh Thảo¹, BS. Nguyễn Thành Nam²

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Buôn Mê Thuột;

²Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức

Viêm vùng chậu là một tập hợp các rối loạn viêm nhiễm đường sinh dục trên liên quan đến các bệnh lây truyền qua đường tình dục, phổ biến ở nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Các tổn thương do viêm vùng chậu gây ra bao gồm viêm nội mạc tử cung, viêm ống dẫn trứng, áp xe ống dẫn trứng và viêm phúc mạc chậu. Tình trạng này có thể tồn tại lâu dài và là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến hiếm muộn (trong khoảng 10% các trường hợp), thai ngoài tử cung (8,5%), và cũng có thể là một nguyên nhân gây đau vùng chậu mạn (18%) (ACOG, 2019; Witkin và cs., 2017). Thực tế lâm sàng tại Việt Nam hiện chưa quản lý tốt các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong sàng lọc, chẩn đoán cũng như đang lạm dụng kháng sinh trong điều trị, gây tăng tỷ lệ viêm vùng chậu và tỷ lệ vi khuẩn kháng thuốc. Bài viết dưới đây trình bày về các yếu tố liên quan đến hiếm muộn do viêm vùng chậu và cập nhật phác đồ điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục theo hướng dẫn của Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật Hoa Kỳ (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) năm 2021.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA VIÊM VÙNG CHẬU

Viêm vùng chậu là một hội chứng do nhiều căn nguyên gây ra, liên quan đến các bệnh lây truyền qua đường tình dục và hệ khuẩn âm đạo. Khoảng 15% trường hợp nhiễm *Chlamydia trachomatis* không được điều trị sẽ tiến triển thành viêm vùng chậu, tỷ lệ này có thể cao hơn khi nhiễm *Neisseria gonorrhoeae* (Price và cs.,

2013). Ngoài ra, các can thiệp vùng chậu (chấn thương trong lúc sinh, nạo phá thai, đặt dụng cụ tử cung...) gây rối loạn hệ khuẩn âm đạo, vi khuẩn tấn công lên khoang nội mạc tử cung và ống dẫn trứng. Một số vi khuẩn kỵ khí có vai trò trong sự phát triển của viêm vùng chậu như *Mycoplasma genitalium*, *Peptostreptococcus species*, *Bacteroides species*, *Haemophilus influenza*, *Streptococcus pneumonia*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Streptococci* nhóm B.

DỊCH TẾ

Tỷ lệ viêm vùng chậu cao nhất được tìm thấy ở phụ nữ có quan hệ tình dục trong độ tuổi 15 – 25, tỷ lệ viêm vùng chậu thấp hơn ở những bệnh nhân trên 35 tuổi. Những người trẻ tuổi thường có diện tích lộ tuyến lớn, sau đó dần thoái triển thành biểu mô vảy và cuối cùng là gây phát triển quá mức biểu mô trụ, tạo điều kiện cho *N. gonorrhoeae* và *C. trachomatis* bám vào nhiều hơn. Tương tự, những bệnh nhân sử dụng thuốc tránh thai có diện tích lộ tuyến lớn hơn và tỷ lệ nhiễm *C. trachomatis* cao hơn dẫn đến tỷ lệ viêm vùng chậu cao hơn so với những bệnh nhân sử dụng các biện pháp tránh thai khác (Haggerty và Ness, 2006). Ngoài ra, viêm vùng chậu thường gặp ở nhóm phụ nữ có điều kiện kinh tế xã hội thấp, dân tộc thiểu số và hút thuốc lá.

CƠ CHẾ BỆNH SINH VIÊM VÙNG CHẬU VÀ HIỂM MUỘN

Viêm vùng chậu có thể làm tổn thương nghiêm trọng ống dẫn trứng, 2 buồng trứng, các

mô trong và xung quanh buồng trứng và tử cung. Sự tổn thương có thể kéo dài dẫn đến các biến chứng cấp tính và mạn tính. Hiếm muộn liên quan đến viêm vùng chậu có nhiều khả năng xảy ra nếu *C. trachomatis* là nguyên nhân lây nhiễm, chậm trễ điều trị viêm vùng chậu, có các đợt viêm vùng chậu tái phát, hoặc trong trường hợp viêm vùng chậu nặng.

Tổn thương ở tử cung

Viêm nội mạc tử cung mạn được định nghĩa là tình trạng viêm khu trú của nội mạc tử cung, đặc trưng bởi sự hiện diện của phù nề, tăng mật độ tế bào mô đệm, sự trưởng thành và phân ly (dissociated maturation) của tế bào biểu mô và nguyên bào sợi, cũng như sự thâm nhiễm tế bào huyết tương trong mô đệm. Những thay đổi ở mức độ vi mô trong nội mạc tử cung có thể ảnh hưởng đến khả năng tiếp nhận của nội mạc tử cung. Trong đó, viêm vùng chậu và các thủ thuật xâm lấn phụ khoa là những nguyên nhân phổ biến nhất gây viêm nội mạc tử cung. Các nghiên cứu cho thấy viêm nội mạc tử cung mạn gặp ở 72% phụ nữ nghi ngờ mắc viêm vùng chậu do các bệnh lây truyền qua đường tình dục (Puente và cs., 2020). Đặc biệt, một nghiên cứu gần đây cho thấy một phần ba bệnh nhân hiếm muộn có liên quan viêm mạn nội mạc tử cung, biểu hiện nồng độ cao của thụ thể estrogen, progesterone và sự tăng sinh tế bào ở cả tế bào biểu mô và mô đệm (Puente và cs., 2020). Về mặt sinh lý, trong giai đoạn tăng sinh, có sự co bóp ngược dòng từ đáy tử cung đến cổ tử cung, tạo điều kiện thuận lợi cho việc loại bỏ các phần còn sót lại của máu kinh, tiếp theo là giai đoạn tiền phóng noãn và giai đoạn hoàng thể khi có sự co thắt ngược dòng chiếm ưu thế theo hướng ngược lại, từ cổ tử cung đến đáy tử cung, hỗ trợ sự di chuyển của tinh trùng đến ống dẫn trứng. Ngược lại, trong viêm nội mạc tử cung, tỷ lệ co thắt ngược của ống dẫn trứng kém hơn 3,3 lần. Sự thay đổi nhu động này do sự hiện diện của viêm nội mạc tử cung có thể làm giảm khả năng sinh sản và góp phần gây nên một số triệu chứng như đau vùng chậu và đau bụng khi hành kinh

(Puente và cs., 2020).

Tổn thương ống dẫn trứng

Biến chứng thường gặp và nghiêm trọng của viêm vùng chậu là tổn thương ống dẫn trứng, biểu hiện là sẹo dính lòng ống dẫn trứng và dính quanh phúc mạc ống dẫn trứng. Tổn thương ống dẫn trứng dẫn đến tình trạng tắc và ứ dịch ống dẫn trứng, hiếm muộn là một biến chứng phổ biến của viêm vùng chậu, với khoảng 33% trường hợp hiếm muộn do nguyên nhân ống dẫn trứng (Inhorn và Patrizio, 2015). *C. trachomatis* và *N. gonorrhoeae* được chứng minh là có liên quan đến hiếm muộn, đặc biệt là hiếm muộn do yếu tố ống dẫn trứng. Nhiễm *C. trachomatis* thường không có triệu chứng ở hầu hết phụ nữ, vì vậy các trường hợp nhiễm thường không được chú ý và không được điều trị. Protein sốc nhiệt (heat-shock protein) tăng lên do *C. trachomatis* gây ra phản ứng miễn dịch tiền viêm trong biểu mô ống dẫn trứng, dẫn đến sẹo và tắc ống dẫn trứng (Neuer và cs., 2000). Trong một nghiên cứu khác ở những phụ nữ hiếm muộn không có bệnh lý về ống dẫn trứng, xét nghiệm kháng thể Chlamydia dương tính có liên quan đến tỷ lệ mang thai tự nhiên thấp hơn 33% so với những người không có kháng thể Chlamydia. Tỷ lệ mang thai thấp này có thể không chỉ do cơ chế đã biết của phản ứng viêm mạn gây tổn thương ống dẫn trứng mà phản ứng tự miễn dịch đối với các protein sốc nhiệt, ảnh hưởng đến sự làm tổ và phát triển phôi (Stephens và cs., 2011).

Tương tự *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* cũng là một tác nhân phổ biến gây viêm vùng chậu không triệu chứng. Tuy nhiên, *N. gonorrhoeae* có khả năng xâm nhập lên đường sinh dục trên và gây ra các bệnh lý nghiêm trọng trên cơ quan sinh sản. *N. gonorrhoeae* tấn công các tế bào biểu mô của ống dẫn trứng, bằng cách gắn vào các tế bào niêm mạc không nhung mao và bong ra khỏi các tế bào niêm mạc có nhung mao, hậu quả cuối cùng là gây hiếm muộn và thai ngoài tử cung (Tsevat và cs., 2017).

Áp xe ống dẫn trứng – buồng trứng là một khối viêm liên quan đến ống dẫn trứng, buồng

trứng và các cơ quan vùng chậu lân cận. Áp xe ống dẫn trứng – buồng trứng thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và thường là di chứng của viêm vùng chậu không được điều trị triệt để. Nhiều yếu tố đóng vai trò trong việc hình thành áp xe bao gồm: ngoại độc tố có khả năng hoại tử mô, các enzyme như collagenase, heparinase và các yếu tố độc lực liên quan đến polysaccharide của vi khuẩn. Cơ chế chính xác hình thành áp xe ống dẫn trứng – buồng trứng rất khó xác định, tuy nhiên viêm ống dẫn trứng do *C. trachomatis* và *N. gonorrhoeae* đều có liên quan đến tổn thương biểu mô ống dẫn trứng. Tổn thương niêm mạc ống dẫn trứng dẫn đến hình thành mũ và kết dính làm tắc đoạn xa của ống dẫn trứng, tiếp đến là sự phát triển của một ổ mũ (áp xe ống dẫn trứng). Ổ áp xe hình thành khu trú, liên quan đến ống dẫn trứng và buồng trứng, hoặc lan rộng đến các cơ quan vùng chậu lân cận như ruột, bàng quang hoặc phần phụ đối diện. Sự phát triển thành áp xe với sự phá hủy đồng thời cấu trúc của ống dẫn trứng và buồng trứng thể hiện ở giai đoạn cuối cùng trong quá trình hình thành áp xe ống dẫn trứng – buồng trứng. Tại bất kỳ thời điểm nào trong quá trình tiến triển, khối áp xe có thể vỡ, gây viêm phúc mạc và các cơ quan khác trong ổ bụng, và mang theo vô số mầm bệnh trong trường hợp áp xe không được điều trị. Quá trình này có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết và hình thành áp xe sâu hơn (Park và cs., 2017).

Hội chứng Fitz–Hugh–Curtis

Hội chứng Fitz–Hugh–Curtis (FHCS) là tình trạng viêm khu trú của phúc mạc liên quan đến viêm nhiễm vùng chậu, gặp ở 4 – 27% phụ nữ mắc viêm vùng chậu (Rojo Aldama và cs., 2019). Tổn thương “dải dính vi-ô-lông” (violin-string) điển hình là sự kết dính phúc mạc giữa vòm hoành phải và mặt trước của bao gan, tuy nhiên không tổn thương vào nhu mô gan, do đó mới có thuật ngữ “viêm quanh gan”. Các vi khuẩn gây viêm vùng chậu xâm nhập ngược dòng từ ống dẫn trứng theo dọc rãnh đại tràng đến khoang phúc mạc và gây viêm bao gan (bao Glisson), đôi

khi có thể là dấu hiệu duy nhất của viêm vùng chậu. Điều kiện chẩn đoán FHCS là xác nhận loài vi khuẩn gây bệnh, theo thứ tự thường gặp là *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, vi khuẩn kỵ khí và một số vi khuẩn khác bao gồm *Mycoplasma Roductionium* và các vi khuẩn gram âm (Rojo Aldama và cs., 2019).

CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO CỦA CDC 2021 TRONG ĐIỀU TRỊ *C. TRACHOMATIS*, *N. GONORRHOEAE* VÀ VIÊM VÙNG CHẬU (Bảng 1)

Các khuyến cáo của CDC (2021) dưới đây được cập nhật từ sau bản đầu tiên năm 2015, bao gồm khuyến cáo trong điều trị *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*; bổ sung Metronidazole vào phác đồ điều trị viêm vùng chậu. Bản cập nhật mới của CDC (2021) được khuyến cáo dựa trên những lo ngại liên quan đến việc tăng tỷ lệ kháng Azithromycin và kháng Ceftriaxone khi sử dụng ở liều thấp hơn (Workowski và cs., 2021).

Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận tình trạng kháng Azithromycin trong điều trị nhiễm khuẩn, cũng như Doxycycline hiệu quả hơn Azithromycin trong điều trị nhiễm Chlamydia trực tràng, hầu họng (Kong và cs., 2014, Páez–Canro và cs., 2019). Khi tình trạng quan hệ đồng giới ngày càng tăng, điều trị nhiễm Chlamydia trực tràng là một vấn đề đáng quan tâm trong cộng đồng. Trong nghiên cứu của Khosropour và cộng sự (2014), điều trị nhiễm Chlamydia trực tràng trong nhóm quan hệ đồng giới nam cho thấy tỷ lệ đáp ứng điều trị là 100% với Doxycycline và 74% với Azithromycin. Một nghiên cứu khác so sánh Azithromycin với Doxycycline trong điều trị Chlamydia niệu sinh dục, tỷ lệ thành công trong điều trị với Doxycycline 100% và 97% với Azithromycin (Geisler và cs., 2015). Như vậy CDC khuyến cáo phác đồ điều trị Chlamydia với Doxycycline 200mg trong 7 ngày thay thế cho Azithromycin 1g liều duy nhất. Ngoài ra, Levofloxacin vẫn được khuyến cáo như một phác đồ thay thế để điều trị Chlamydia vì đây

là một phương pháp điều trị hiệu quả, tuy nhiên chi phí điều trị cao hơn.

Nghiên cứu của Wind và cộng sự (2017) ghi nhận tình trạng kháng Azithromycin ngày càng tăng trong điều trị *N. gonorrhoeae*. Trong nghiên cứu này, kết quả cho thấy mối liên quan trực tiếp giữa việc tăng tiếp xúc với Azithromycin và nồng độ ức chế tối thiểu với Azithromycin cao hơn ở *N. gonorrhoeae* gây ra do đột biến mtrR (multiple transferable resistance Regulator), có thể dẫn đến kháng thuốc trên lâm sàng (Wind và cs., 2017). Theo khảo sát của CDC, tỷ lệ *N. gonorrhoeae* kháng Azithromycin đã tăng 7 lần từ năm 2013 đến 2018 (0,6% đến 4,6%) (CDC, 2020). Mặt khác, nồng độ ức chế tối thiểu của Ceftriaxone $\geq 0,125 \mu\text{g/mL}$ đã tăng 0,3% so với 2006 đến 2011. Dự kiến tính nhạy cảm với *N. gonorrhoeae* sẽ giảm hơn nữa trong tương lai. Theo các thử nghiệm lâm sàng, việc điều trị nhiễm *N. gonorrhoeae* với Ceftriaxone kết hợp Azithromycin làm giảm tính nhạy cảm với Ceftriaxone (Unemo và cs., 2019). Do đó, cần phác đồ đơn trị liệu với liều Ceftriaxone cao hơn cho các chủng vi khuẩn có nồng độ ức chế tối thiểu cao hơn $0,03 \mu\text{g/mL}$, khuyến cáo mới là sử dụng Ceftriaxone liều 500mg tiêm bắp. Hơn nữa, cần theo dõi tình trạng kháng Ceftriaxone để ngăn ngừa thất bại điều trị trong tương lai.

Trong khuyến cáo CDC 2015, việc bổ sung Metronidazole vào phác đồ điều trị viêm vùng chậu chỉ được khuyến cáo trong trường hợp áp xe ống dẫn trứng – buồng trứng (Workowski và cs., 2015). Các hướng dẫn của CDC hiện nay khuyến cáo sử dụng Metronidazole với cả liệu pháp tĩnh mạch và đường uống cho tất cả các trường hợp viêm vùng chậu. Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên cho thấy phác đồ Metronidazole kết hợp Ceftriaxone và Doxycycline được dung nạp tốt và hiệu quả đối với vi khuẩn kỵ khí trên nội mạc tử cung, có tác dụng trên *M. genitalium* và giảm biến chứng đau vùng chậu so với phác đồ chỉ có Ceftriaxone và Doxycycline (Wiesenfeld và cs., 2021). Việc điều trị nên được bắt đầu ngay khi có chẩn đoán

ngghi ngờ vì ngăn ngừa các di chứng lâu dài phụ thuộc vào việc sử dụng sớm các loại thuốc kháng sinh được khuyến cáo.

HƯỚNG DẪN DỰ PHÒNG VIÊM VÙNG CHẬU TRÊN LÂM SÀNG

Viêm vùng chậu là một nguyên nhân gây hiếm muộn do yếu tố ống dẫn trứng, thai ngoài tử cung và đau vùng chậu mạn tính. Để giảm tỷ lệ mắc các biến chứng này, cần giảm tỷ lệ mắc viêm vùng chậu. Điều này có thể được thực hiện bằng cách giảm nguồn bệnh lây truyền qua đường tình dục và viêm vùng chậu không triệu chứng. CDC đưa ra hướng dẫn phòng ngừa và kiểm soát bệnh lây truyền qua đường tình dục dựa trên năm chiến lược chính (Workowski và cs., 2021) như sau:

- Đánh giá rủi ro chính xác và giáo dục, tư vấn cho những người có nguy cơ về cách phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục thông qua thay đổi hành vi tình dục và sử dụng các biện pháp phòng ngừa được khuyến cáo.
- Có thể phòng ngừa bệnh lây truyền qua đường tình dục trước phơi nhiễm bằng vaccine.
- Xác định những người nhiễm trùng không có triệu chứng và những người có các triệu chứng liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Chẩn đoán, tư vấn, điều trị và theo dõi hiệu quả điều trị những người nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Đánh giá, tư vấn và điều trị bạn tình của những người nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Viêm vùng chậu là một bệnh nhiễm trùng đường sinh dục phổ biến và có nhiều ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng sinh sản của phụ nữ, trong đó *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* là các tác nhân quan trọng dẫn đến tình trạng hiếm muộn. Một vấn đề đáng lo ngại trong điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục và viêm vùng chậu hiện nay là tình trạng kháng thuốc, vì vậy cần quản lý sử dụng thuốc kháng sinh hợp lý. Cần áp dụng những khuyến cáo mới của CDC

Bảng 1. Phác đồ điều trị *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* và viêm vùng chậu.

<i>C. trachomatis</i>	Phác đồ khuyến cáo	Phác đồ thay thế
Người lớn và thanh thiếu niên	Doxycycline 100mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày	Azithromycin 1g uống một liều duy nhất Hoặc Levofloxacin 500mg uống 1 lần/ngày x 7 ngày
Phụ nữ có thai	Azithromycin 1g uống một liều duy nhất	Amoxicillin 500mg uống 3 lần/ngày x 7 ngày
<i>N. gonorrhoeae</i>	Phác đồ khuyến cáo	Phác đồ thay thế
Nhiễm trùng không biến chứng của cổ tử cung, niệu đạo và trực tràng: người lớn và thanh thiếu niên < 150kg ⁽¹⁾	Ceftriaxone 500mg tiêm bắp một liều duy nhất ⁽²⁾	Nếu dị ứng với Cephalosporin: Gentamicin 240mg tiêm bắp một liều duy nhất + Azithromycin 2g uống một liều duy nhất. Nếu không có Ceftriaxone: Cefixime 800mg uống một liều duy nhất ⁽²⁾
Nhiễm trùng hầu họng không biến chứng: người lớn và thanh thiếu niên < 150 kg ⁽¹⁾	Ceftriaxone 500mg tiêm bắp một liều duy nhất ⁽²⁾	
Phụ nữ có thai	Ceftriaxone 500mg tiêm bắp một liều duy nhất ⁽²⁾	
Nhiễm <i>N. gonorrhoeae</i> lan tỏa (Disseminated Gonococcal Infection, DGI) ⁽³⁾	Ceftriaxone 1g tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch mỗi 24 giờ ⁽²⁾	Cefotaxime 1g x TM/8 giờ Hoặc Ceftizoxime 1g/8 giờ
Viêm vùng chậu	Phác đồ khuyến cáo	Phác đồ thay thế
Điều trị đường tiêm ⁽⁴⁾	Ceftriaxone 1g tiêm tĩnh mạch (TTM)/24 giờ + Doxycycline 100mg đường uống hoặc TTM/12 giờ + Metronidazole 500mg uống/TTM/12 giờ. Hoặc Cefotetan 2g TTM/12 giờ + Doxycycline 100mg uống/TTM/12 giờ. Hoặc Cefoxitin 2g/6 giờ + Doxycycline 100mg uống hoặc TTM/12 giờ.	Ampicillin-Sulbactam 3g TTM mỗi 6 giờ + Doxycycline 100mg uống/TTM mỗi 12 giờ Hoặc Clindamycin 900mg TTM mỗi 8 giờ + Gentamycin 2 mg/kg mỗi 8 giờ TB hoặc TTM. Duy trì liều 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ. Có thể thay thế bằng 3-5 mg/kg/ngày.
Điều trị đường uống hoặc tiêm bắp	Ceftriaxone 500mg TB một liều duy nhất + Doxycycline 100mg uống 2 lần/ngày x 14 ngày + Metronidazole 500mg uống 2 lần/ngày x14 ngày. Hoặc Cefoxitin 2g TB một liều duy nhất + Probenecid 1g uống một liều duy nhất + Doxycycline 100mg uống 2 lần/ngày x 14 ngày + Metronidazole 500mg uống 2 lần/ngày x 14 ngày. Hoặc Cephalosporin thế hệ 3 TTM/TB (Ceftizoxime, Cefotaxime) + Doxycycline 100mg uống 2 lần/ngày x 14 ngày + Metronidazole 500mg uống 2 lần/ngày x 14 ngày.	

Chú thích: (1) Đối với những người nặng ≥ 150 kg, nên dùng 1g Ceftriaxone; (2) Nếu không loại trừ nhiễm Chlamydia, điều trị Chlamydia với Doxycycline 100mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày (Với phụ nữ có thai, Azithromycin 1mg uống 1 liều duy nhất); (3) Khi điều trị hội chứng viêm khớp-viêm da, có thể chuyển sang thuốc dạng uống theo hướng dẫn bởi kháng sinh đồ 24-48 giờ sau khi cải thiện lâm sàng, cho tổng quá trình điều trị ≥ 7 ngày (Workowski và cs, 2021); (4) Kinh nghiệm lâm sàng sẽ hướng dẫn các quyết định liên quan đến việc chuyển đổi sang liệu pháp uống, thường có thể được bắt đầu trong vòng 24-48 giờ sau khi cải thiện lâm sàng. Đối với phụ nữ có áp xe ống dẫn trứng, nên theo dõi nội trú > 24 giờ.

2021 trong xác định các yếu tố nguy cơ, sàng lọc cũng như chẩn đoán sớm viêm vùng chậu để có hướng điều trị triệt để và ngăn ngừa biến chứng của viêm vùng chậu, giúp bảo tồn khả năng sinh sản, giảm thiểu gánh nặng điều trị hiếm muộn

cũng như giảm sự lây lan bệnh lây truyền qua đường tình dục trong cộng đồng, cải thiện chất lượng cuộc sống cho nhóm phụ nữ này.

 [Mời xem tiếp ở trang 19](#)