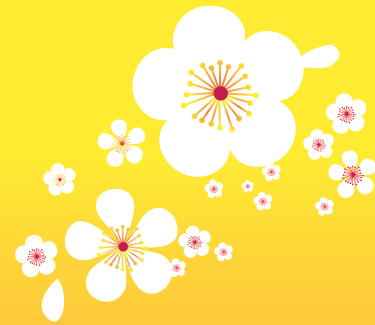


Y HỌC CỘNG ĐỒNG

VIỆN SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG - TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM

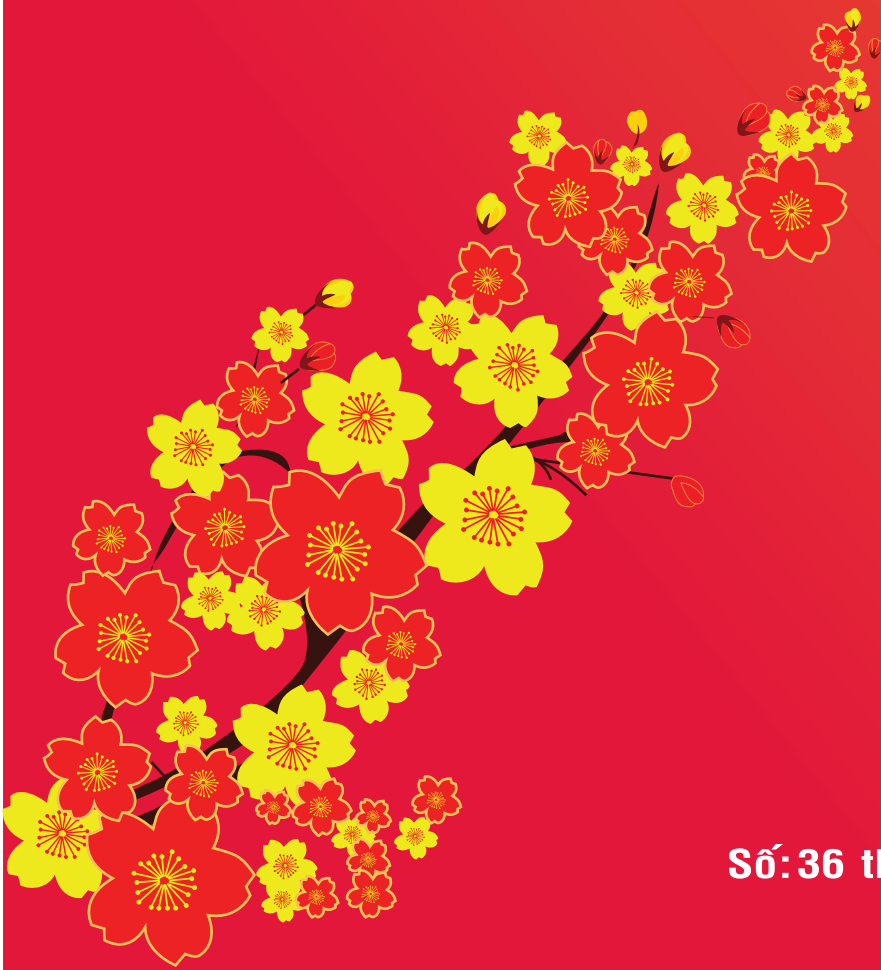


ISSN 2354-0613

JOURNAL OF
COMMUNITY
MEDICINE

Mừng
Xuân

2017



Số: 36 tháng 01+02/2017



INSTITUTE OF COMMUNITY HEALTH

Thư chúc tết

An Khang - Thịnh vượng - Hạnh phúc

Kính thưa các quý vị!

Nhân dịp năm mới 2017 và Xuân Đinh Dậu, Tạp chí Y học Cộng đồng kính chúc các nhà khoa học, nhà quản lý, các bạn cộng tác viên, bạn đọc sức khỏe, hạnh phúc và thành đạt.

Xin chân thành cảm ơn các cơ quan quản lý, các đơn vị trong và ngoài ngành Y tế, các nhà khoa học, các thầy thuốc đã tận tình giúp đỡ hỗ trợ và đồng hành cùng Tạp chí trong năm 2016.

Xuân mới, khí thế mới, Tạp chí Y học Cộng đồng luôn vững tin vào sự quan tâm của các quý vị để Tạp chí ngày càng hoàn thiện và phát triển!

**Chúc mừng năm mới
Tạp chí Y học Cộng đồng**

HAPPY
NEW YEAR
2017



VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

NATIONAL INSTITUTE OF HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY

Số 1 - Phố Yecxanh - Quận Hai Bà Trưng - Hà Nội - Việt Nam

Chúc mừng năm mới



Thành lập: Ngày 3/10/1945. Từ năm 1979, là Viện nghiên cứu khoa học đầu tiên được Thủ tướng Chính phủ giao nhiệm vụ đào tạo tiến sĩ.

Chức năng, nhiệm vụ: Cùng với nghiên cứu về Dịch tễ học, Vi sinh y học, Miễn dịch học và Sinh học phân tử... công tác đào tạo sau Đại học được chú trọng phát triển.

Các chuyên ngành đào tạo: 05 chuyên ngành: Dịch tễ học, Vi sinh y học, Vệ sinh học xã hội và Tổ chức y tế, Y tế công cộng, Vi sinh vật học.

Thành tựu: Đã đào tạo hơn 250 Tiến sĩ tham gia giảng dạy, nghiên cứu khoa học và quản lý nhà nước từ trung ương đến địa phương; Tổ chức nhiều lớp tập huấn, đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn và bổ túc kiến thức trong các lĩnh vực cho cán bộ Y tế trên toàn quốc.

Viện đã vinh dự được Đảng, Nhà nước, Bộ Y tế trao tặng nhiều phần thưởng cao quý như danh hiệu Anh hùng Lao động, Huân chương Độc lập hạng Nhất...





CÔNG TY CỔ PHẦN BỆNH VIỆN ĐA KHOA NAM ANH
(BVĐK TƯ NHÂN NAM ANH)



Chúc Mừng
Năm Mới



Giám Đốc: TS.BS. Trần Văn Hưởng

2017

Đ/c: 2A/8, khu phố Thống Nhất, TX. Dĩ An, Bình Dương

Một số yếu tố nguy cơ của bệnh tay chân miệng nặng Thái Quang Hùng, Đinh Thanh Huệ, Trần Đình Bình	6
Đánh giá việc tuân thủ các qui định an toàn thực phẩm và kiến thức, thực hành của người tham gia sản xuất tại các cơ sở nước uống đóng chai tỉnh Long An năm 2016 Lê Thanh Minh	12
Chăm sóc người cao tuổi bị bệnh mạn tính ở Việt Nam Đào Quang Duy, Đào Quang Vinh	17
Tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh tỉnh Quảng Ngãi năm 2015 Đoàn Vương Diễm Khánh, Đỗ Văn Diệu	24
Các yếu tố liên quan trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh tỉnh Quảng Ngãi năm 2015 Đỗ Văn Diệu, Võ Văn Thắng	29
Thực trạng kiến thức và vai trò quản lý của nhân viên y tế thôn về làm mẹ an toàn tại 4 xã miền núi huyện Minh Hóa tỉnh Quang Bình năm 2016 Đỗ Văn Dung, Cao Sỹ Phương, Vũ Phong Túc	35
Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực ở bệnh nhân giãn phế quản tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên Chu Thị Thu Lan, Phạm Kim Liên, Lương Trung Hiếu	40
Lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng bệnh viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ em trên một tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương Trương Thị Mai Hồng	44
Mối liên quan đường nước bọt và đường máu với tình trạng viêm lợi ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông Lê Thị Liên, Tống Minh Sơn	49
Một số đặc điểm trẻ chậm phát triển vận động ngội tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013 Trịnh Quang Dũng, Trương Thị Mai Hồng	53
Phân tích hoạt động tồn trữ thuốc tại Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên năm 2015 Dương Ngọc Nga, Trần Thị Bích Hợp	58
Thực trạng công tác quản lý chi trả BHXH bắt buộc tại BHXH thị xã Phố Yên tỉnh Thái Nguyên Nguyễn Thị Thu, Trịnh Thị Thu Trang, Nguyễn Văn Quỳnh	64
Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nhà tiêu hợp vệ sinh của người dân xã Tân Hộ Cơ, huyện Tân Hồng, tỉnh Đồng Tháp năm 2016 Nguyễn Văn Sĩ, Lê Thị Thanh Hương	70
Thực trạng nhận thức về vấn đề ma túy của học sinh sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình Trần Quang Thành, Đỗ Văn Dung	75
Bước đầu triển khai hoạt động dạy học e-learning tại Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương Nguyễn Thị Hương	80
7 điểm nhấn quan trọng của ngành Y tế Việt Nam năm 2016 Nga Lương	84
Chủ tịch Tổng hội Y học Việt Nam trả lời phỏng vấn của Tạp chí Y học Cộng đồng: Tổng hội Y học Việt Nam đã phát huy được vai trò của các giáo sư, bác sĩ trong hoạt động của Tổng hội và ngành Y tế Lương Nga	85
Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương: Tiên phong trong lĩnh vực đào tạo dược sĩ cao đẳng chất lượng cao Quỳnh Nga	87
Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai: Phục vụ người bệnh là mục tiêu phát triển	90
HỘI ĐỒNG CỐ VẤN GS.TS. Lê Bách Quang (Chủ tịch) GS.TS. Đỗ Tất Cường GS.TS. Đào Văn Dũng GS.TS. Dunne Michael GS.TS. Đặng Tuấn Đạt GS.TS. Phạm Ngọc Đính GS.TS. Lương Xuân Hiến GS.TS. Vương Tiến Hòa GS.TS. Phạm Văn Thức	
TỔNG BIÊN TẬP GS.TS. Đào Văn Dũng	
PHÓ TỔNG BIÊN TẬP ThS.BS. Trần Quốc Thắng	
BAN BIÊN TẬP PGS.TS. Phạm Ngọc Châu (Trưởng ban) PGS.TS. Nguyễn Xuân Bái TS. Đỗ Hòa Bình BSCK2. Phạm Văn Dũng TS. Trần Văn Hưởng PGS.TS. Phạm Vũ Khánh TS.BS. Nguyễn Văn Lành ThS.BS. Lê Đình Phan PGS.TS. Hoàng Cao Sạ PGS.TS. Đinh Ngọc Sỹ TS.BSCK2. Văn Quang Tân ThS.BSCK2. Võ Văn Thanh PGS.TS. Trần Nhân Thắng PGS.TS. Võ Văn Thắng PGS.TS. Phạm Văn Thao PGS.TS. Ngô Văn Toàn TS. Nguyễn Xuân Trường TS. Nguyễn Anh Tuấn PGS.TS. Hoàng Tùng	
BAN THƯ KÝ TS. Nguyễn Kim Phượng (Trưởng ban) ThS. Nguyễn Văn Chuyền	
BAN TRỊ SỰ Trần Thị Bích Hạnh (Trưởng ban) Nguyễn Thị Thúy	
TRÌNH BÀY Lâm Thảo	
TÒA SOẠN 24 Liễu Giai - Cống Vị - Ba Đình - Hà Nội Tel: 84-4 3762 1898 - Fax: 84-4 3762 1899 Web: skcd.vn - yhoccongdong.vn Email: tapchihcd@gmail.com Giấy phép xuất bản: số 229/GP-BTTTT Cấp ngày 19/6/2013. Giấy phép sửa đổi bổ sung số 261/GP-BTTTT ngày 23/5/2016	
IN TẠI Công ty TNHH In Tân Huệ Hoa Giá: 60.000 đồng	

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH TAY CHÂN MIỆNG NẶNG

Thái Quang Hùng¹, Đinh Thanh Huế², Trần Đình Bình²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh TCM là bệnh truyền nhiễm do enterovirus gây ra. Bệnh lành tính và tự giới hạn trong vòng 7-10 ngày. Tuy nhiên, trong một số trường hợp bệnh diễn tiến nặng với các biến chứng thần kinh, tim mạch và có thể tử vong nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Nhận ra một số yếu tố nguy cơ của bệnh tay chân miệng nặng là rất quan trọng. Dựa vào các yếu tố nguy cơ này, các bác sĩ ở tuyến y tế cơ sở có thể nhanh chóng phân loại bệnh nhân tay chân miệng và có thái độ xử lý thích hợp: chuyển bệnh nhân tay chân miệng có nguy cơ cao xuất hiện biến chứng vào bệnh viện sớm để theo dõi chặt chẽ và xử lý tiếp theo, trong khi những người có nguy cơ thấp có thể được chăm sóc ngoại trú sau khi giáo dục và tư vấn cho cha mẹ bệnh nhi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng dựa vào bệnh viện được tiến hành trên 150 ca bệnh là bệnh nhân TCM nặng (từ 2b trở lên), 150 ca chứng là bệnh nhân TCM nhẹ (độ 1, 2a) với tiêu chí kết đôi theo nhóm tuổi, giới tính, dân tộc và địa bàn cư trú. Cả ca bệnh và ca chứng đều nhập viện điều trị tại cùng một bệnh viện và dương tính với EV hoặc EV71 (kỹ thuật PCR). Nhóm bệnh và nhóm chứng được so sánh với nhau về các yếu tố có thể ảnh hưởng đến mức độ nặng của bệnh TCM. **Kết quả:** Phân tích hồi quy logistic cho thấy các yếu tố nguy cơ trước khi trẻ nhập viện điều trị: là suy dinh dưỡng, không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, học vấn của mẹ thấp và chăm sóc trẻ ốm chưa tốt; các yếu tố nguy cơ khi trẻ nhập viện điều trị: đỉnh nhiệt $\geq 39^{\circ}\text{C}$, không có dấu hiệu loét ở miệng, bệnh sử giạt mình, tăng bạch cầu và tác nhân gây bệnh là EV71. **Kết luận:** Những yếu tố làm gia tăng nguy cơ mắc TCM nặng bao gồm: suy dinh dưỡng thể thấp còi (OR=1,84 – KTC95%: 1,05-3,22); không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (OR=2,03 – KTC95%: 1,08-3,84); học vấn của người mẹ thấp (OR=2,77 – KTC95%: 1,06-7,28); nhóm bà mẹ chăm sóc trẻ ốm chưa tốt (OR=3,93 – KTC95%: 2,40-6,44);

đỉnh nhiệt $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (OR=3,63-KTC95%: 1,91-6,90); không có dấu hiệu loét miệng (OR=2,45-KTC95%: 1,28-4,69); bệnh sử giạt mình (OR=9,93-KTC95%: 4,89-20,14); tăng bạch cầu $\geq 11,0$ (K/ μl) (OR=2,52-KTC95%: 1,36-4,69); bệnh nhân nhiễm EV71 (OR=2,46-KTC95%: 1,29-4,69).

Từ khóa: Yếu tố nguy cơ, bệnh tay chân miệng nặng

ABSTRACT

Background: HFMD is an infectious disease caused by enterovirus. The disease is benign and self-limiting within 7-10 days. However, in some cases, the disease progresses to severe neurological, cardiovascular complications and can be fatal if not detected and treated in time. Identifying some risk factors of severe HFMD is very important. Based on these risk factors, doctors at grassroots health system can quickly classify HFMD patients and adopt appropriate handling approaches: either transfer HFMD patients at high risk complications to the hospital early to closely monitor for subsequent treatment, while those with low risk can be given outpatient care after counseling patients' parents.

Methodology: A case-control study based on hospital was conducted on 150 cases of severe HFMD patients (from level 2b or higher) and 150 cases of mild HFMD patients (level 1, 2a), matching by age, gender, ethnicity and area of residence. Both cases and controls were hospitalized at the same hospital and were positive for EV or EV71 (PCR). Cases and controls were compared in terms of factors which can affect the severity of HFMD. **Results:** Logistic regression showed that the risk factors before patients' hospitalization include: malnutrition, not exclusive breastfeeding in the first 6 months, low maternal education, and poor care for sick children. The risk factors after patients' hospitalization include: peak temperature $\geq 39^{\circ}\text{C}$, with no signs of mouth ulcers, startling history, increase of leukocytosis, and EV71 as pathogen. **Conclusion:** Factors increasing the risk

1. Nghiên cứu sinh trường Đại học Y Dược, Đại học Huế. Email: hungthaiquang@gmail.com

2. Trường Đại học Y Dược Huế

» Ngày nhận bài: 18/11/2016 | » Ngày phản biện: 26/11/2016 | » Ngày duyệt đăng: 03/12/2016

of severe HFMD include stunting malnutrition (OR = 1.84 - 95% CI: 1.05 to 3.22); not be exclusively breastfed for the first 6 months (OR = 2.03 - 95% CI: 1.08 to 3.84); Low maternal education (OR = 2.77 - 95% CI: 1.06 to 7.28); poor maternal care for patients (OR = 3.93 - 95% CI: 2.40 to 6.44); peak temperature $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (OR = 3.63 95% CI: 1.91 to 6.90); No signs of oral ulcers (OR = 2.45 95% CI: 1.28 to 4.69); Startling history (OR = 9.93 95% CI: 4.89 to 20.14); increase of leukocytosis ≥ 11.0 (K/ μl) (OR = 2.52 95% CI: 1.36 to 4.69); EV71-infected patients (OR = 2.46 95% CI: 1.29 to 4.69).

Key words: Risk factors, severer hand-foot-mouth disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng là bệnh thường gặp ở trẻ em với đặc trưng là sốt nhẹ kèm phát ban điển hình dạng sẩn mụn nước ở lòng bàn tay hoặc lòng bàn chân, có hoặc không có loét miệng. Hầu hết các trường hợp bệnh đều diễn biến nhẹ. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, bệnh có thể diễn biến nặng và gây ra những biến chứng nguy hiểm như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời [11],[17],[18].

Bệnh tay chân miệng hiện đang là vấn đề sức khỏe cộng đồng ở Việt Nam. Thứ nhất, đây là bệnh truyền nhiễm mới nổi trong một khoảng thời gian gần đây với số mắc cao, trong đó có một số trường hợp xuất hiện biến chứng và một số ít trường hợp gây tử vong, gây lo lắng cho người dân và gây quá tải cho các bệnh viện vốn đã quá đông. Thứ hai là các thông tin về bệnh tay chân miệng ở Việt Nam còn ít, đặc biệt là những yếu tố ảnh hưởng đến mức độ nặng nhẹ của bệnh tay chân miệng. Trong bối cảnh như vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm: tìm hiểu những yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh tay chân miệng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ dưới 5 tuổi, mắc bệnh tay chân miệng nhập viện điều trị.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh chứng dựa vào bệnh viện. Ca bệnh là những bệnh nhân mắc TCM nặng nhập viện điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk và Bệnh viện Nhi Đồng Nai. Ca chứng là những bệnh nhân mắc bệnh TCM nhẹ nhập viện điều trị tại cùng bệnh viện.

Định nghĩa ca bệnh: (i) có triệu chứng lâm sàng của bệnh tay chân miệng như sốt, phát ban dạng mụn nước ở tay, chân, miệng có kèm loét họng hoặc không; (ii) được xác định mức độ nặng (2b trở lên) theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế (iii) có xét nghiệm PCR dương tính với enterovirus. Định nghĩa ca chứng: (i) có triệu chứng lâm sàng của bệnh tay chân miệng

như sốt, phát ban dạng mụn nước ở tay, chân, miệng có kèm loét họng hoặc không; (ii) được xác định mức độ nhẹ (độ 1 và 2a) theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế (iii) có xét nghiệm PCR dương tính với enterovirus. Ca chứng được kết đôi với ca bệnh theo nhóm tuổi, giới tính, dân tộc và địa bàn cư trú.

Nhóm bệnh và nhóm chứng được so sánh với nhau về các yếu tố có thể ảnh hưởng đến mức độ nặng của bệnh. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ nặng bệnh có thể chia thành hai nhóm: nhóm các yếu tố trước khi trẻ mắc bệnh TCM và nhóm các yếu tố khi trẻ mắc bệnh TCM và nhập viện điều trị.

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Stata 10.0, tính tỷ lệ phần trăm, tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% của OR cho phân tích đơn biến và đa biến (hồi quy logistic).

III. KẾT QUẢ

A. Đặc điểm kết đôi của nhóm bệnh và nhóm chứng

Bảng 3.1. Đặc điểm kết đôi giữa nhóm bệnh và nhóm chứng

Đặc điểm	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		Giá trị p	
	Tần số	%	Tần số	%		
Tuổi (tháng)	<12	22	14,7	22	14,7	> 0,05
	12-35	110	73,3	110	73,3	
	36-59	18	12,0	18	12,0	
Giới tính	Nam	101	67,3	101	67,3	> 0,05
	Nữ	49	32,7	49	32,7	
Dân tộc	Kinh	136	90,7	136	90,7	> 0,05
	Dân tộc	14	9,3	14	9,3	
Nơi cư trú	Thành phố	58	38,7	58	38,7	> 0,05
	Nông thôn	92	61,3	92	61,3	

B. Các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh tay chân miệng

Để tìm hiểu các mối liên quan giữa các yếu tố và bệnh nghiên cứu, chúng tôi xếp các yếu tố nghiên cứu thành các nhóm:

- (1) các yếu tố thuộc về môi trường gia đình
- (2) các yếu tố trước khi trẻ mắc bệnh
- (3) các yếu tố ngay khi nhập viện khám và điều trị

Và dưới đây là các mối liên quan theo các nhóm yếu tố nghiên cứu.

Bảng 3.2. Liên quan giữa các yếu tố thuộc về gia đình môi trường và mức TCM nặng

Yếu tố	Đơn vị so sánh	OR	KTC95%
Diện tích nhà ở bình quân	< 20m2/ người	1,45	0,89-2,35
Loại nền/sàn nhà	Xi măng/ đất	1,30	0,53-3,29
Loại nước sinh hoạt	Nước giếng/hồ	1,36	0,79-2,34
Loại hồ xí sử dụng	Không hợp VS	0,82	0,31-2,15

Các yếu tố thuộc gia đình môi trường không liên quan đến tình trạng nặng của bệnh TCM.

Bảng 3.3. Phân tích đơn biến: liên quan giữa các yếu tố trước thời điểm nhập viện và mức TCM nặng

Yếu tố	Đơn vị so sánh	OR	KTC95%
Sinh non (tuổi thai)	< 37 tuần	1,30	0,53-3,29
Thiếu cân sơ sinh (gr)	< 2500 gr	1,24	0,45-3,49
Thứ tự sinh trẻ	Con thứ	0,85	0,53-1,38
Số con trong gia đình	≥ 3	1,49	0,68-3,34
Suy dinh dưỡng thể gầy còm	Có	2,27	0,89-6,27
Không bú sữa mẹ hoàn toàn (6 tháng đầu)	Có	1,84	1,05-3,24
Tiêm chủng không đầy đủ	Có	1,33	0,76-2,34
Tiếp xúc nhóm (nhà trẻ)	Có	1,06	0,65-1,71
Chăm sóc trẻ ốm chưa đúng	Có	4,12	2,48-6,87
Không khám ban đầu/tự ý mua thuốc	Có	1,63	1,02-2,60
Học vắn của mẹ (tiểu học trở xuống)	Có	2,96	1,14-8,59
Nghề nghiệp mẹ (làm nông)	Có	0,97	0,60-1,58

Khi xét đơn lẻ từng yếu tố trong các nhóm trước khi trẻ mắc bệnh TCM cho thấy các yếu tố: (1) Không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu sau sinh, (2) Suy dinh dưỡng thể thấp còi, (3) học vắn của mẹ thấp; (4) chăm sóc trẻ ốm chưa đúng; (5) không tới khám ban đầu tại cơ sở y tế là các yếu tố làm gia tăng khả năng mắc bệnh tay chân miệng nặng.

Bảng 3.4. Phân tích đa biến (hồi quy logistic): liên quan giữa các yếu tố trước thời điểm nhập viện và mức TCM nặng

Yếu tố	Đơn vị so sánh	OR	KTC 95%
Không bú sữa mẹ hoàn toàn (6 tháng đầu)	Có	2,03	1,08 - 3,81
Suy dinh dưỡng thấp còi	Có	1,84	1,05 - 3,22
Học vắn của mẹ thấp	Có	2,77	1,06 - 7,28
Chăm sóc trẻ ốm chưa đầy đủ	Có	3,93	2,40 - 6,44

Có 4 yếu tố nguy cơ độc lập làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh TCM nặng là: (1) không bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu; (2) suy dinh dưỡng thể thấp còi; (3) học vắn của mẹ thấp; (4) chăm sóc trẻ ốm chưa đầy đủ.

Bảng 3.5. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh và nhóm chứng

Dấu hiệu lâm sàng	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		Giá trị P
	Tần số	%	Tần số	%	
(1) Sốt cao (≥ 39°C)	123	82,0	62	41,3	< 0,05
(2) Sốt kéo dài (≥ 38,5°C & >3 ngày)	105	70,0	28	18,7	< 0,05
(3) Loét miệng	74	49,3	119	79,3	< 0,05
(4) Nôn ói	19	12,7	9	6,0	< 0,05
(5) Bệnh sử giật mình	135	90,0	61	40,7	< 0,05
(6) Tiêu chảy	20	13,3	23	15,3	> 0,05

Những dấu hiệu chỉ xảy ra ở nhóm bệnh: run chi, li bì, yếu liệt chi, co giật, dấu hiệu màng não, dấu hiệu mất nước, mạch nhanh, thở nhanh, shock

Nhóm bệnh và nhóm chứng có 6 dấu hiệu lâm sàng với tỷ lệ xuất hiện khác nhau; trong khi đó, ở nhóm bệnh còn có thêm 11 triệu chứng khác, cũng với tỷ lệ khác nhau. Các dấu hiệu có ở cả 2 nhóm có thể là những yếu tố nguy cơ và được đưa vào phân tích tìm mối liên quan.

Bảng 3.6. Phân tích đơn biến: liên quan giữa các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng và mức TCM nặng

Yếu tố	Đơn vị so sánh	OR	KTC95%
Đỉnh nhiệt (> 39°C)	Có	6,47	3,70-11,40
Sốt > 38,5°C và > 3 ngày	Có	10,17	5,74-18,12
Loét miệng	Không	3,94	2,30-6,79
Nôn ói	Có	2,27	1,01-5,10

Yếu tố	Đơn vị so sánh	OR	KTC95%
Bệnh sử giật mình	Có	13,13	6,81-26,25
Bạch cầu (> 11,0 K/ μ l)	Có	2,90	1,77-4,77
Nhiễm EV71	Có	3,47	2,05-5,88

Trong phân tích đơn biến, các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng làm gia tăng nguy cơ mắc TCM nặng là: (1) Sốt cao ($\geq 39^\circ\text{C}$); (2) Sốt kéo dài ($\geq 38,5^\circ\text{C}$ và kéo dài trên 3 ngày); (3) Không loét miệng; (4) Bệnh sử giật mình; (5) Nôn ói; (6) tăng bạch cầu; (7) Tác nhân gây bệnh là EV71. Sau khi phân tích đa biến các yếu tố này và loại bỏ những yếu tố không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$, chúng tôi được bảng dưới đây.

Bảng 3.7. Phân tích đa biến các yếu tố lâm sàng-cận lâm sàng và bệnh TCM nặng

Yếu tố	Đơn vị so sánh	OR	KTC95%
1. Sốt cao ($\geq 39^\circ\text{C}$)	Có	3,63	1,91 - 6,90
2. Không loét miệng	Có	2,45	1,28 - 4,69
3. Bệnh sử giật mình	Có	9,93	4, 89 - 20,14
4. Bạch cầu ($\geq 11,0\text{K}/\mu\text{l}$)	Có	2,52	1,36 - 4,69
5. Tác nhân gây bệnh là EV71	Có	2,46	1,29 - 4,69

Nhận xét: Từ bảng 3.7 cho thấy các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng như sốt cao, không loét miệng, bệnh sử giật mình, tăng bạch cầu ($\geq 11,0\text{K}/\mu\text{l}$), tác nhân gây bệnh là EV71 là những yếu tố nguy cơ độc lập đối với tình trạng nặng của bệnh tay chân miệng.

IV. BÀN LUẬN

Một số yếu tố thuộc về gia đình môi trường

Trong nghiên cứu này, một số yếu tố thuộc gia đình môi trường như: diện tích nhà ở bình quân, loại sàn/nền nhà, loại nước sinh hoạt, loại hố xí sử dụng không liên quan với tình trạng bệnh tay chân miệng nặng. Những yếu tố được liệt kê phía trên có lẽ liên quan đến khả năng mắc bệnh TCM hơn là khả năng xuất hiện bệnh TCM nặng.

Một số yếu tố trước thời điểm trẻ mắc bệnh TCM

- **Bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu kể từ khi sinh có khả năng mắc bệnh TCM nặng gấp 2,03 lần (KTC 95% từ 1,08 - 3,81) so với trẻ được bú sữa mẹ hoàn toàn. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Li và cộng sự [12] cho thấy trẻ

được bú mẹ nguy cơ mắc TCM nặng giảm xuống so với trẻ không được bú mẹ (OR = 0,514, KTC 95% = 0,309-0,856). Thêm vào đó, một số nghiên cứu khác đã xác định mối liên quan giữa bú sữa mẹ hoàn toàn và khả năng mắc bệnh TCM như nghiên cứu bệnh chứng dựa vào cộng đồng của Lin và cộng sự [13] cho thấy bú sữa mẹ có khả năng bảo vệ trẻ tránh (giảm) mắc bệnh TCM với OR= 0,63 (KTC 95% = 0,47-0,85); nghiên cứu của Zhu và cộng sự [21] cũng cho kết quả tương tự, trẻ được bú mẹ hoàn toàn giúp giảm nguy cơ mắc bệnh TCM (OR = 0,401, KTC 95% 0,229 - 0,704).

Ở Việt Nam, theo một số nghiên cứu, tỷ lệ trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu dao động tùy theo khu vực nghiên cứu từ 51,6% [6] đến 81,0% [4]. Một nghiên cứu gần đây của Nguyễn Văn Thịnh ở Lâm Đồng [2], tỷ lệ không được bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu là 79,7%. Vấn đề này cần được lưu ý trong các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe về lợi ích của sữa mẹ trong 6 tháng đầu của trẻ trong việc bảo vệ trẻ trước các bệnh truyền nhiễm, trong đó có bệnh tay chân miệng.

- **Suy dinh dưỡng:** Trẻ suy dinh dưỡng làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng, truyền nhiễm nặng hơn so với những trẻ không bị suy dinh dưỡng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, suy dinh dưỡng (đặc biệt là thể thấp còi) có nguy cơ mắc bệnh TCM nặng gấp 1,84 lần (KTC 95%: 1,05-3,22) so với trẻ không bị suy dinh dưỡng. Theo Tăng Chí Thượng và cộng sự [5] trong nghiên cứu tiên lượng bệnh TCM, cho thấy không có sự liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và nguy cơ biến chứng trong nhóm nghiên cứu. Kết quả này khác với kết quả của chúng tôi, có lẽ do tác giả đã phân chia tình trạng dinh dưỡng thành 4 nhóm (bình thường, SDD nhẹ/trung bình, SDD nặng, béo phì) nên khó phát hiện được sự khác biệt về tỷ lệ bệnh TCM biến chứng giữa các nhóm (giá trị $p = 0,06$). Nghiên cứu của Nguyễn Đình Thoại [3] tại Bệnh viện Quảng Nam năm 2014 cho thấy có sự liên quan giữa suy dinh dưỡng thể nhẹ cân với mức độ nặng của bệnh TCM. Ngoài ra, một báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương cho rằng suy dinh dưỡng là nguyên nhân gây ra 54 ca tử vong trong vụ bùng phát dịch TCM ở Campuchia năm 2012 [19].

- **Trình độ học vấn của người mẹ:** Cũng là một yếu tố có liên quan đến tình trạng nặng của bệnh TCM. Trẻ ở nhóm bà mẹ có học vấn thấp (mù chữ hoặc bậc tiểu học) có nguy cơ mắc TCM nặng cao hơn so với trẻ thuộc nhóm bà mẹ có học vấn từ THCS trở lên (OR = 2,77, KTC95%: 1,06-7,28).

- **Thực hành chăm sóc trẻ ốm:** Khi trẻ ốm, việc chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ trong giai đoạn này cũng ảnh hưởng rất nhiều đến tình trạng nặng của bệnh. Trẻ thuộc nhóm bà mẹ có thực hành chăm sóc khi trẻ ốm chưa tốt (kiêng khem ăn, uống, ủ trẻ



trong chăn, chế biến thức ăn không phù hợp) có nguy cơ mắc TCM nặng gấp 3,93 lần (KTC95%: 2,40-6,44) so với trẻ thuộc nhóm bà mẹ có thực hành chăm sóc trẻ ốm tốt. Kết quả này là cơ sở cho những chương trình giáo dục sức khỏe tập trung tư vấn cho các bà mẹ cách nuôi dưỡng và chăm sóc khi trẻ ốm.

Các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng

- **Sốt trên 39°C:** Bệnh TCM thường có sốt nhẹ kèm theo nổi mụn nước ở lòng bàn tay, bàn chân. Ở những trường hợp TCM nặng, bệnh nhân có thân nhiệt cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân TCM có sốt trên 39°C thì khả năng xảy ra biến chứng gấp 3,63 lần (từ 1,91 đến 6,90) so với bệnh nhân TCM có sốt dưới 39°C. Kết quả cho thấy sốt trên 39°C là một tiêu chí quan trọng liên quan đến bệnh TCM nặng và cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác như Yang và cs [20] (n=356; OR=2,7; KTC 95%=1,5-4,8); Ooi và cs [15] (OR=2,3; KTC 95%=1,1-4,5); Chang và cs [7] (OR=2,6; KTC 95%=1,2-5,8); Chen và cs [8] (OR=5,0; KTC 95%= 4,0-6,3).

- **Dấu hiệu loét ở miệng:** Cũng là dấu hiệu hay gặp trong bệnh TCM. Trong toàn bộ mẫu nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân TCM không có dấu hiệu loét miệng chiếm là 35,6% (107/300) (hay có dấu hiệu loét miệng là 64,4%). Bệnh nhân TCM không kèm loét miệng thì khả năng xảy ra biến chứng tăng lên OR=2,45 (1,28 đến 4,69) so với bệnh nhân TCM có kèm loét miệng.

Liên quan đến dấu hiệu loét miệng và biến chứng của bệnh TCM, một số nghiên cứu khác cũng có ý nghĩa tương tự. Dấu hiệu loét miệng là một trong những yếu tố làm giảm nguy cơ mắc bệnh TCM nặng hoặc tử vong. Nghiên cứu của Tăng Chí Thượng [5] cho thấy ở nhóm có biến chứng (n=200) tỷ lệ có loét miệng chiếm 56,5%; ở nhóm không biến chứng (n=219) tỷ lệ có loét miệng là 78,5%, số chênh OR = 0,6 (0,4-0,9). Nghiên cứu của Chong và cộng sự [9] so sánh các dấu hiệu lâm sàng ở nhóm TCM tử vong (n=7) và nhóm TCM không tử vong (n=131) cho thấy tỷ lệ có loét miệng ở nhóm tử vong do TCM là 57,0%, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm TCM không tử vong là 96,0%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Yang và cs thậm chí còn có kết quả OR=0,001.

- **Bệnh sử giật mình:** Trong nghiên cứu này, bệnh sử giật mình được ghi nhận qua người nhà của bệnh nhân kể lại. Kết quả là bệnh nhân TCM có bệnh sử giật mình thì khả năng xảy ra biến chứng (2b+) gấp 9,93 lần (từ 4,89 đến 20,14) so với bệnh nhân TCM không có bệnh sử giật mình. Theo Tăng Chí Thượng và cs [5], tỷ lệ giật mình ở nhóm TCM nặng là 90,5%, ở nhóm TCM nhẹ là 59,8% (OR=6,3, $p < 0,05$), tỷ lệ giật mình từ nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, có thể là do số bệnh nhân TCM ở bệnh viện chúng tôi nhẹ hơn so với Bệnh viện

Nhi Đồng 1. Tuy vậy, kết quả chung vẫn cho thấy có mối liên quan giữa triệu chứng giật mình với bệnh TCM nặng. Kết quả này cũng phù hợp với những nghiên cứu khác cho rằng bệnh sử giật mình là một dấu hiệu cảnh báo khả năng bệnh chuyển sang tình trạng nặng, có biến chứng [14],[16].

- **Tăng bạch cầu:** Bệnh nhân TCM có bạch cầu tăng ($\geq 11,0$ K/ μ l) thì khả năng xuất hiện biến chứng cao gấp 2,52 lần (từ 1,36 đến 4,69). Bạch cầu tăng trong các trường hợp nặng được một số tác giả cho rằng có liên quan đến phản ứng viêm. Bệnh nhân càng nặng, phản ứng viêm càng nhiều và bạch cầu tăng.

- **Tác nhân gây bệnh:** Tác nhân gây bệnh TCM là nhóm virus đường ruột (Enterovirus) trong đó thường gặp nhất là CV A16 và EV71. Do điều kiện kỹ thuật, trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ xác định EV71 và các EV khác (không phân loại). Kết quả cho thấy, bệnh nhân TCM do EV71 có nguy cơ xuất hiện biến chứng nặng cao hơn gấp 2,46 lần (1,29 đến 4,69) so với bệnh nhân nhiễm các EV khác. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thảo và cs [1] về tác nhân gây bệnh TCM nặng ở khu vực phía Nam năm 2011-2013 cho thấy EV71 là tác nhân chiếm ưu thế gây bệnh TCM nặng và tử vong so với các EV khác ở khu vực phía Nam. Trong 200 mẫu xét nghiệm dương tính với enterovirus, EV71 chiếm 95%, các EV khác như CA6, CA12, CA24, CoxB3 và Rhinovirus chiếm 5% còn lại. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số tác giả khác trong khu vực: Yang và cs [20], Fang và cs trong một nghiên cứu gộp [10].

KẾT LUẬN

Ở cùng độ tuổi, cùng giới tính, cùng dân tộc và cùng nơi cư trú, trẻ mắc bệnh tay chân miệng có những yếu tố sau đây làm gia tăng khả năng mắc bệnh tay chân miệng nặng:

Những yếu tố dinh dưỡng

- Suy dinh dưỡng thể thấp còi (OR=1,84 – KTC95%: 1,05-3,22)

- Không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (OR=2,03 – KTC95%: 1,08-3,84)

Những yếu tố thuộc bà mẹ

- Học vấn của người mẹ thấp (OR=2,77 – KTC95%: 1,06-7,28).

- Nhóm bà mẹ chăm sóc trẻ ốm chưa tốt (OR=3,93–KTC95%: 2,40-6,44)

Những yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

- Sốt $> 39^\circ\text{C}$ (OR=3,63 – KTC95%: 1,91-6,90)

- Không có loét miệng (OR=2,45 – KTC95%: 1,28-4,69)

- Bệnh sử giật mình (OR=9,93 – KTC95%: 4,89-20,14)

- Bạch cầu $\geq 11,0$ (K/ μ l) (OR=2,52 – KTC95%: 1,36-4,69)

- Bệnh nhân nhiễm EV71 (OR=2,46 – KTC95%: 1,29-4,69).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Thanh Thảo, Vũ Thị Huyền Trang, Nguyễn Trung Kiên, & et al. (2013). "Đặc điểm dịch tễ và di truyền của vi rút đường ruột týp 71 gây bệnh nặng và tử vong trong vụ dịch tay chân miệng tại khu vực phía Nam Việt Nam, 2011-2013", Tạp chí Y học Dự phòng, 10(146), pp. 149-154.
2. Nguyễn Văn Thịnh & Phạm Văn Phú. (2014). "Thực hành chăm sóc dinh dưỡng bà mẹ và trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Di Linh, tỉnh Lâm Đồng, năm 2013", Tạp chí Y học Dự phòng, 7(156), pp. 163-168.
3. Nguyễn Đình Thoại. (2015). "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học và một số yếu tố liên quan tới độ nặng của bệnh tay chân miệng điều trị tại Bệnh viện Nhi tỉnh Quảng Nam trong năm 2014", Luận án chuyên khoa cấp II, chuyên ngành Quản lý y tế, trường Đại học Y Dược Huế.
4. Nguyễn Thị Hoài Thương, Lê Hồng Phượng & Lê Thị Hương. (2015). "Kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ của bà mẹ và tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Văn Chấn, tỉnh Yên Bái năm 2013", Tạp chí Y học Dự phòng, 6(166).
5. Tăng Chí Thượng, Nguyễn Thanh Hùng, Đỗ Văn Niệm, & et al. (2011). "Các yếu tố tiên lượng bệnh tay chân miệng do enterovirus", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 15(3).
6. Chu Trọng Trang, Trần Như Dương & Lê Bạch Mai. (2013). "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại vùng đồng bằng và ven biển tỉnh Nghệ An", Tạp chí Y học Dự phòng, 7(143).
7. Chang, L. Y., Lin, T. Y., Hsu, K. H., & et al. (1999). "Clinical features and risk factors of pulmonary oedema after enterovirus-71-related hand, foot, and mouth disease", Lancet, 354(9191), pp. 1682-1686.
8. Chen, S. M., Du, J. W., Jin, Y. M., & et al. (2015). "Risk Factors for Severe Hand-Foot-Mouth Disease in Children in Hainan, China, 2011-2012", Asia Pac J Public Health, 27(7), pp. 715-722.
9. Chong, C. Y., Chan, K. P., Shah, V. A., & et al. (2003). "Hand, foot and mouth disease in Singapore: a comparison of fatal and non-fatal cases", Acta Paediatr, 92(10), pp. 1163-1169.
10. Fang, Y., Wang, S., Zhang, L., & et al. (2014). "Risk factors of severe hand, foot and mouth disease: a meta-analysis", Scand J Infect Dis, 46(7), pp. 515-522.
11. Goh, K. T., Doraisingham, S., Tan, J. L., & et al. (1982). "An outbreak of hand, foot, and mouth disease in Singapore", Bulletin of the World Health Organization, 60(6), pp. 965-969.
12. Li, Y., Dang, S., Deng, H., & et al. (2013). "Breastfeeding, previous Epstein-Barr virus infection, Enterovirus 71 infection, and rural residence are associated with the severity of hand, foot, and mouth disease", Eur J Pediatr, 172(5), pp. 661-666.
13. Lin, H., Sun, L., Lin, J., & et al. (2014). "Protective effect of exclusive breastfeeding against hand, foot and mouth disease", BMC Infect Dis, 14, pp. 645.
14. Lu, H. K., Lin, T. Y., Hsia, S. H., & et al. (2004). "Prognostic implications of myoclonic jerk in children with enterovirus infection", J Microbiol Immunol Infect, 37(2), pp. 82-87.
15. Ooi, M. H., Wong, S. C., Mohan, A., & et al. (2009). "Identification and validation of clinical predictors for the risk of neurological involvement in children with hand, foot, and mouth disease in Sarawak", BMC Infect Dis, 9, pp. 3.
16. Pan, J., Chen, M., Zhang, X., & et al. (2012). "High risk factors for severe hand, foot and mouth disease: a multicenter retrospective survey in Anhui Province China, 2008-2009", Indian J Dermatol, 57(4), pp. 316-321.
17. Shah, A. V., Chong, C. Y., Chan, W. P., & et al. (2003). "Clinical characteristics of an outbreak of hand, foot and mouth disease in Singapore", Ann Acad Med Singapore, 32(3), pp. 381-387.
18. WHO. (2008). "Report on the hand, foot and mouth disease outbreak in Fuyang city, Anhui province and the prevention and control in China".
19. WPRO. (2012). "Severe hand, foot and mouth disease killed Cambodian children".
20. Yang, T., Xu, G., Dong, H., & et al. (2012). "A case-control study of risk factors for severe hand-foot-mouth disease among children in Ningbo, China, 2010-2011", Eur J Pediatr, 171(9), pp. 1359-1364.
21. Zhu, Q., Li, Y., Li, N., & et al. (2012). "Prolonged exclusive breastfeeding, autumn birth and increased gestational age are associated with lower risk of fever in children with hand, foot, and mouth disease", Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 31(9), pp. 2197-2202.



ĐÁNH GIÁ VIỆC TUÂN THỦ CÁC QUI ĐỊNH AN TOÀN THỰC PHẨM VÀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI THAM GIA SẢN XUẤT TẠI CÁC CƠ SỞ NƯỚC UỐNG ĐÓNG CHAI TỈNH LONG AN NĂM 2016

Lê Thanh Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tuân thủ an toàn thực phẩm đối với cơ sở và tỷ lệ người trực tiếp sản xuất có kiến thức đúng, thực hành đúng về an toàn thực phẩm tại các cơ sở nước uống đóng chai tỉnh Long An năm 2016. Xác định một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người trực tiếp sản xuất tại các cơ sở nước uống đóng chai tỉnh Long An năm 2016; **phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu này áp dụng phương pháp cắt ngang kết hợp định lượng để mô tả thực trạng việc tuân thủ các qui định về an toàn thực phẩm và kiến thức - thực hành của người trực tiếp tham gia sản xuất (NTTTGSX) tại các cơ sở nước uống đóng chai tỉnh Long An năm 2016. Quá trình nghiên cứu chọn toàn bộ 96 cơ sở NUĐC trên địa bàn tỉnh để đánh giá thực trạng việc tuân thủ một số quy định về an toàn thực phẩm; phỏng vấn và quan sát 288 công nhân (3 công nhân/cơ sở) để đánh giá kiến thức - thực hành về an toàn thực phẩm khi tham gia sản xuất NUĐC. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu đạt về điều kiện chung đối với cơ sở chiếm tỷ lệ 6,3%; đạt về điều kiện đối với trang thiết bị, dụng cụ chiếm 5,2%; điều kiện đối với con người trực tiếp sản xuất thì 100% cơ sở không tuân thủ theo đúng quy định của Bộ Y tế. Kiến thức đúng về an toàn thực phẩm của người trực tiếp tham gia sản xuất chiếm tỷ lệ cao 81,3% và ngược lại thực hành đúng về an toàn thực phẩm lại đạt rất thấp 23,3%. Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa các yếu tố cá nhân như trình độ học vấn với kiến thức đúng [OR = 7,929 khoảng tin cậy 95% (3,182 - 19,747)]; có mối liên quan giữa việc tham gia tập huấn kiến thức với kiến thức đúng [OR = 3,25 khoảng tin cậy 95% (1,755 - 6,02)] và có mối liên quan giữa việc tham gia tập huấn kiến thức với thực hành đúng về ATTP [OR = 17,034 khoảng tin cậy 95% (4,06 - 71,48)] của người trực tiếp tham gia sản xuất.

Từ khóa: Nước uống đóng chai, an toàn vệ sinh thực phẩm, kiến thức, thực hành

ABSTRACT: ASSESSMENT OF THE COMPLIANCE WITH FOOD SAFETY REGULATIONS, AND KNOWLEDGE-PRACTICE OF PERSONS WHO DIRECTLY INVOLVE IN THE PRODUCTION AT MANUFACTURES OF BOTTLED WATER IN 2016, LONG AN PROVINCE

Research objectives: Describe the compliance with food safety of bottled water manufactures and the knowledge and practices on food safety of persons who directly involve in the production at bottled water manufactures in 2016, Long An Province. Define a number of factors related to knowledge and practice on food safety of persons who directly involve in the production at bottled water manufactures in 2016, Long An Province.

Method: This research applies the cross sectional method combined with quantities to describe the actual situation of the compliance with regulation on food safety and knowledge – practice of persons who directly involve in the production at manufactures of bottled water in Long An province in 2016. The research and selection processes of 96 manufactures of bottled water in the Province to assess the actual situation of the compliance with regulations on food safety; interview and observe 288 employees (3 employees/facility) to assess the knowledge – practice in food safety of persons who directly involve in the production of bottled water.

Results: The research result was as follows: 6.3% of the facilities met the requirements for general condition, 5.2% for machinery and tools; and 100% for individuals directly involving in the production in accordance with the provisions

1. Viện Y tế Công cộng thành phố Hồ Chí Minh. ĐT: 09.07000740, email: lethanhminh@iph.org.vn

» Ngày nhận bài: 23/10/2016

» Ngày phản biện: 28/10/2016

» Ngày duyệt đăng: 04/11/2016

of the Ministry of Health. A high proportion of individuals directly involving in the production had proper knowledge of food safety 81.3%, but the proportion for proper practice in food safety was very low 23.3%. The result indicated the connection between the educational attainment and proper knowledge [OR = 7.929, CI 95% (3.182-19.747)]; between the participation in training activities and proper knowledge [OR = 3.25, CI 95% (1.755-6.02)]; and between the participation in training activities and proper practice [OR = 17.034, CI 95% (4.06-71.48)] in food safety of individuals directly involving in the production.

Key words: Bottled water, food safety, knowledge, practice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 80% các bệnh tật của con người có liên quan đến chất lượng nước[8]. Hiện nay toàn quốc có 4.956 cơ sở sản xuất NUĐC, năm 2013 trong số 3.569 cơ sở được kiểm tra thì 40,4% cơ sở vi phạm về điều kiện ATTP[1]. Cho đến nay Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về thực trạng điều kiện ATTP của các cơ sở sản xuất kinh doanh thực phẩm và kiến thức - thực hành của người trực tiếp tham gia sản xuất (NTTTGSX) thực phẩm nhưng riêng đối với cơ sở sản xuất NUĐC thì các nghiên cứu còn rất ít. Tuy nhiên, các nghiên cứu này chỉ tập trung vào việc khảo sát đánh giá chất lượng NUĐC bán trên thị trường chưa đánh giá được các yếu tố nguy cơ gây ô nhiễm sản phẩm trong quá trình sản xuất.

Theo báo cáo Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm (ATVSTP) tỉnh Long An kết quả thanh, kiểm tra 2014 tỷ lệ cơ sở sản xuất, kinh doanh, chế biến thực phẩm đạt yêu cầu ATTP chỉ 65% thấp hơn so với năm 2013 là 84.56%[7]. Bên cạnh đó, tỷ lệ kiến thức - thực hành đúng đạt 87,95%. Mặc dù các cơ sở đã tham gia tập huấn kiến thức về ATTP nhưng việc áp dụng triển khai và duy trì thực hiện chưa tốt sau khi được cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện (GCNCSDĐK) ATTP cũng như việc khắc phục vi phạm sau các đợt kiểm tra; vẫn còn tâm lý đối phó với cơ quan chức năng.

Với những lý do trên để đánh giá việc tuân thủ thực hiện quy định về an toàn thực phẩm và kiến thức - thực hành của NTTTGSX tại các cơ sở NUĐC toàn tỉnh một cách toàn diện, chính xác, góp phần vào công tác đảm bảo chất lượng ATTP, tăng cường công tác quản lý, đảm bảo sức khỏe và quyền lợi của người tiêu dùng, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá việc tuân thủ các qui định an toàn thực phẩm và kiến thức, thực hành của người tham gia sản xuất tại các cơ sở nước uống đóng chai tỉnh Long An năm 2016” với các mục tiêu cụ thể sau:

1. Xác định tỷ lệ tuân thủ an toàn thực phẩm đối với cơ sở

và tỷ lệ người trực tiếp sản xuất có kiến thức đúng, thực hành đúng về an toàn thực phẩm tại các cơ sở nước uống đóng chai tỉnh Long An năm 2016.

2. Xác định một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người trực tiếp sản xuất tại các cơ sở nước uống đóng chai tỉnh Long An năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Cơ sở sản xuất NUĐC và NTTTGSX tại các cơ sở

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, định lượng.

+ Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ và chọn mẫu phân tầng.

+ Tiêu chuẩn đánh giá: Đánh giá về điều kiện an toàn thực phẩm tại các cơ sở sản xuất nước uống đóng chai theo Thông tư số 16/2012/TT-BYT, TT 15/2012/TT-BYT, TT19/2012/TT-BYT[2-4]. Đánh giá về kiến thức - thực hành của người trực tiếp tham gia sản xuất theo Quyết định 37/QĐ-ATTP ngày 2/2/2015 Cục ATTP và TT47/2014/TT-BYT[5].

+ Phương pháp phân tích số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm Portable IBM SPSS Statistics v19.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Đánh giá chung điều kiện an toàn thực phẩm của các cơ sở nước uống đóng chai

Chỉ tiêu nghiên cứu	Đạt	
	SL	%
Điều kiện chung đối với cơ sở	6	6,3
Điều kiện chung đối với trang thiết bị, dụng cụ	5	5,2
Điều kiện chung đối với con người trực tiếp sản xuất	0	0

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đạt điều kiện chung đối với cơ sở và đối với trang thiết bị, dụng cụ chiếm tỷ lệ thấp (6,3% và 5,2%). Không có cơ sở nào đạt điều kiện con người trực tiếp sản xuất. So với nghiên cứu của Cao Thanh Diễm Thúy cũng có kết quả tương tự đạt rất thấp 27,2% do đa số các cơ sở không thực hiện chỉ quan tâm đến doanh thu của cơ sở[3]. Vì thẩm định trước khi đưa vào sản xuất thì bắt buộc 100% cơ sở phải đạt các tiêu chí theo quy định, nhưng hiện tại thì khác với ban đầu rất nhiều lý do là việc áp dụng triển khai, duy trì sau khi thẩm định cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP chưa thực hiện tốt cũng như việc khắc phục các vi phạm sau các đợt thanh, kiểm tra và cơ sở vẫn



còn tâm lý đối phó với cơ quan chức năng. Và đa số cơ sở không trang bị đủ thiết bị, dụng cụ phòng chống côn trùng, động vật gây hại ảnh hưởng đến sản phẩm và giám sát nhiệt độ, độ ẩm chiếm tỷ lệ tương tự đạt rất thấp (25%; 15,6%). So với báo cáo năm 2014 của Chi cục An toàn thực phẩm Long An điều kiện vệ sinh cơ sở đạt 33,3% thì kết quả nghiên cứu này có tỷ lệ cũng tương đồng[4]. Song điều này cũng là mối quan tâm đối với các cơ quan quản lý ATTP khi đánh giá cơ sở chỉ đánh giá theo cảm quan, chưa có một thước đo cụ thể giống như Quyết định số 37/QĐ-ATTP ngày 2/2/2015 Cục ATTP về việc ban hành Tài liệu tập huấn kiến thức về an toàn thực phẩm và Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức về an toàn thực phẩm (Đánh giá kiến thức – thực hành của người trực tiếp tham gia sản xuất đạt khi hiệu và thực hành đúng 80% nội dung quy định)[2].

Bảng 2. Thông tin chung về người trực tiếp tham gia sản xuất (n = 288)

Thông tin về người trực tiếp sản xuất		SL	%
Tuổi	18 – 30 tuổi	92	31,9
	31 – 45 tuổi	143	49,7
	46 – 60 tuổi	53	18,4
Giới	Nữ	107	37,2
	Nam	181	62,8
Trình độ học vấn	Tiểu học	22	7,6
	THCS trở lên	266	92,4
Số công nhân có Giấy xác nhận tập huấn kiến thức ATTP	Đạt	210	72,9
	Không đạt	78	27,1

NTTTGSX có tuổi từ 31 – 45 chiếm 49,7%; tỷ lệ nam là 62,8%, cao hơn nữ; hầu hết người tham gia sản xuất có trình độ học vấn THCS trở lên chiếm 92,4%. 210/288 công nhân có giấy xác nhận tập huấn kiến thức ATTP (72,9%).

Bảng 3. Kiến thức đúng về an toàn thực phẩm của người tham gia sản xuất

Chỉ tiêu kiến thức	Đạt	
	SL	%
Kiến thức chung về ATTP	162	56,3
Kiến thức đúng về khám sức khỏe	261	90,6
Kiến thức đúng về vệ sinh cá nhân và bàn tay	242	84,0

Chỉ tiêu kiến thức	Đạt	
	SL	%
Kiến thức đúng về trang phục bảo hộ lao động	234	81,3
Kiến thức đúng về quy trình sản xuất nước uống đóng chai	217	75,3
Kiến thức đúng về bảo quản sản phẩm	183	63,5
Kiến thức đúng về sử dụng chất tẩy rửa	127	44,1
Kiến thức đúng về vệ sinh nơi sản xuất, phòng chiết rót	257	89,2
Kiến thức đúng về xử lý chất thải và rác thải	216	75

Tỷ lệ người đạt kiến thức chung về ATTP là 56,3%. Tỷ lệ người sản xuất đạt kiến thức về: khám sức khỏe định kỳ theo quy định của Bộ Y tế là 90,6%; vệ sinh cá nhân và bàn tay là 84%, trang phục bảo hộ lao động là 81,3%, quy trình sản xuất là 75,3%, bảo quản sản phẩm người sản xuất chỉ đạt 63,5%, sử dụng chất tẩy rửa rất thấp là 44,1%, vệ sinh nơi sản xuất, phòng chiết rót chiếm tỷ lệ khá cao 89,2%, xử lý chất thải và rác thải chiếm tỷ lệ tương đối cao 75%.

Bảng 4. Thực hành đúng về an toàn thực phẩm của người tham gia sản xuất

Chỉ tiêu nghiên cứu	Đạt	
	SL	%
Thực hành về khám sức khỏe định kỳ	221	76,7
Thực hành về trang bị cập nhật kiến thức ATTP định kỳ	210	72,9
Thực hành về giám sát chất lượng sản phẩm định kỳ	179	62,2
Thực hành về vệ sinh cá nhân	4	1,4
Thực hành về bảo hộ lao động	15	5,2
Thực hành về vận hành thiết bị xử lý	285	89,9
Thực hành về rửa bình và chiết rót	149	51,7
Thực hành về bảo quản và vận chuyên sản phẩm	91	31,6
Thực hành về xử lý nước, rác thải	266	92,4

Thực hành đúng về: Khám sức khỏe đạt 76,7%; cập nhật kiến thức ATTP định kỳ 3 năm/ 1 lần là 72,9%. Tỷ lệ thực hành về vệ sinh cá nhân và bảo hộ lao động chiếm tỷ lệ thấp (1,4% và 5,2%).

Bảng 5. Mối liên quan giữa các yếu tố cá nhân (tuổi, giới, trình độ học vấn) với kiến thức đúng về ATTP của người trực tiếp tham gia sản xuất

Kiến thức		Đúng SL (%)	Sai SL (%)	P
Đặc điểm chung				
Nhóm tuổi	18 - 30 tuổi	74 (80,4)	18 (19,6)	0,092
	31 - 45 tuổi	122 (85,3)	21 (14,7)	
	46 - 60 tuổi	38 (71,7)	15 (28,3)	
Giới	Nữ	147 (81,2)	34 (18,8)	0,984
	Nam	87 (81,3)	20 (18,7)	
Trình độ học vấn	Tiểu học	225 (84,6)	41 (15,4)	< 0,05
	THCS trở lên	9 (40,9)	13 (59,1)	
Tập huấn ATTP	Có tập huấn	182 (86,7)	28 (13,3)	< 0,05
	Không tập huấn	52 (66,7)	26 (33,3)	

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt giữa nhóm tuổi và giới với kiến thức đúng về ATTP của người trực tiếp tham gia sản xuất $p > 0,05$. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức đúng về ATTP với trình độ học vấn $p < 0,05$. Điều này phù hợp với điều kiện thực tế vì đây là độ tuổi lao động có sức khỏe ổn định; hơn nữa ngành sản xuất nước uống đóng chai cũng khá nặng nhọc, nhiều công đoạn đòi hỏi con người phải chuyên tâm và trình độ kiến thức nhất định. Do đó các nhà sản xuất thường tuyển dụng người lao động trình độ học vấn từ THCS trở lên nhằm tạo điều kiện thuận lợi tiếp nhận kiến thức và thực hành tốt về an toàn thực phẩm trong sản xuất nhưng kết quả đánh giá thực tế không hoàn toàn như mong đợi. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức đúng về ATTP với tập huấn ATTP $p < 0,05$. So với các nghiên cứu khác thì chưa thấy đánh giá mối liên quan giữa 2 yếu tố này, vì vậy nếu cơ sở tăng cường tập huấn ATTP thì tỷ lệ kiến thức đúng về ATTP của người trực tiếp tham gia sản xuất tăng 3,25 lần.

Bảng 6. Mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới, trình độ học vấn với thực hành đúng về ATTP của người trực tiếp tham gia sản xuất

Thực hành		Đúng SL (%)	Sai SL (%)	P
Đặc điểm chung				
Nhóm tuổi	18 - 30 tuổi	19 (20,7)	73 (79,3)	0,582
	31 - 45 tuổi	37 (25,9)	106 (74,1)	
	46 - 60 tuổi	11 (20,8)	42 (79,2)	
Giới	Nữ	31 (29)	76 (71)	0,078
	Nam	36 (19,9)	145 (80,1)	
Trình độ học vấn	Tiểu học	64 (24,1)	202 (75,9)	0,266
	THCS trở lên	3 (13,6)	19 (86,4)	

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt giữa nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn với thực hành đúng về ATTP của người trực tiếp tham gia sản xuất ($p > 0,05$).

Bảng 7. Mối liên quan giữa việc tham gia tập huấn kiến thức về ATTP với thực hành đúng về ATTP của người trực tiếp tham gia sản xuất. (n = 288)

Thực hành	Đúng SL (%)	Sai SL (%)	OR (KTC95%)	P
	Tập huấn ATTP			
Có tập huấn	65 (31)	145 (69)	17,034	< 0,05
Không tập huấn	2 (2,6)	76 (97,4)		

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thực hành đúng về ATTP với tập huấn ATTP [OR = 17,034 khoảng tin cậy 95% (4,06 - 71,48); $p < 0,05$]. So với các nghiên cứu khác thì chưa thấy đánh giá mối liên quan giữa 2 yếu tố này. Tuy nhiên chúng tôi ghi nhận nhóm người được tập huấn thực hành ATTP đúng bằng 17,034 lần so với nhóm người không được tập huấn. Đây là cơ sở tăng cường tập huấn ATTP cho người trực tiếp sản xuất.

Bảng 8. Mối liên quan giữa kiến thức đúng về ATTP với thực hành đúng về ATTP của người trực tiếp tham gia sản xuất (n = 288)

Thực hành	Đúng SL (%)	Sai SL (%)	OR (KTC95%)	P
	Kiến thức			
Đúng	59 (25,2)	175 (74,8)	1,939	0,103
Sai	8 (14,8)	46 (85,2)		

Không có sự khác biệt giữa thực hành đúng về ATTP trong sản xuất với kiến thức đúng về ATTP của người trực tiếp tham gia sản xuất khoảng tin cậy 95% (0,865 - 4,343); $p = 0,103$.

IV. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy:

1. Tỷ lệ tuân thủ về điều kiện an toàn thực phẩm của các cơ sở nước uống đóng chai: Điều kiện chung đối với cơ sở đạt 6,3%; điều kiện đối với trang thiết bị, dụng cụ đạt 5,2%; điều kiện đối với con người trực tiếp sản xuất: toàn bộ 96 cơ sở không đạt tất cả điều kiện ATTP theo quy định về vệ sinh con người tham gia trực tiếp sản xuất.

2. Tỷ lệ người trực tiếp tham gia sản xuất có kiến thức đúng, thực hành đúng: Kiến thức đúng về an toàn thực phẩm của người trực tiếp tham gia sản xuất đạt 81,3%; thực hành đúng về an toàn thực phẩm của người trực tiếp tham gia sản

xuất đạt 23.3%.

3. Một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thực hành của người trực tiếp tham gia sản xuất.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức đúng về ATTP với trình độ học vấn: tỷ lệ người có kiến thức ATTP đúng trong nhóm người có trình độ học vấn THCS trở lên (84,6%) là cao hơn 7,929 lần so với nhóm người có trình độ học vấn tiểu học (40,9%).

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức đúng về ATTP với tập huấn ATTP: tỷ lệ người có kiến thức ATTP đúng trong nhóm người có tập huấn (86,7%) là cao hơn 3,25 lần so với nhóm người không tập huấn (66,7%).

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thực hành đúng về ATTP với tập huấn ATTP: tỷ lệ người có thực hành ATTP đúng trong nhóm người có tập huấn (31%) là cao hơn 17,034 lần so với nhóm người không tập huấn (2,6%).

Không có sự khác biệt giữa nhóm tuổi và giới với kiến thức đúng về ATTP của người trực tiếp tham gia sản xuất $p = > 0,05$.

Không có sự khác biệt giữa nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn với thực hành đúng về ATTP của người trực tiếp tham gia sản xuất $p = > 0,05$.

Không có sự khác biệt giữa thực hành đúng về ATTP trong sản xuất với kiến thức đúng về ATTP của người trực tiếp tham gia sản xuất $p = > 0,05$.

V. KIẾN NGHỊ

Đối với cơ quan quản lý: Có chính sách hỗ trợ áp dụng các quy trình quản lý chất lượng GMP, HACCP ISO và áp dụng các quy trình công nghệ tự động vào quá trình sản xuất. Phải tổ chức tập huấn định kỳ 1 năm/1 lần (theo quy định 3 năm/1 lần). Xây dựng kế hoạch, phối hợp giữa các cơ quan chức năng và thực tế triển khai hoạt động thanh kiểm tra về việc duy trì nâng cấp, bảo dưỡng các điều kiện ATTP

Đối với cơ sở sản xuất: Duy trì thực hiện các quy định về điều kiện ATTP của các cơ sở sản xuất NUĐC sau khi được cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Ban chỉ đạo liên ngành Trung ương về ATTP (2013), Báo cáo Công tác an toàn thực phẩm năm 2013, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2012), Thông tư số 15/2012/TT-BYT ngày 12/9/2012 của Bộ Y tế quy định về điều kiện chung bảo đảm an toàn thực phẩm đối với cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm, chủ biên, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2012), "Thông tư số 16/2012/TT-BYT ngày 22/10/2012 của Bộ Y tế quy định về điều kiện ATTP đối với cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm, dụng cụ, vật liệu bao gói thực phẩm".
4. Bộ Y tế (2012), Thông tư số 19/2012/TT-BYT ngày 09 tháng 11 năm 2012 về việc hướng dẫn việc công bố hợp quy và công bố phù hợp quy định an toàn thực phẩm, chủ biên, Hà Nội.
5. Bộ Y tế (2015), Quyết định số 37/QĐ-ATTP ngày 2/2/2015 Cục ATTP về việc ban hành Tài liệu tập huấn kiến thức về an toàn thực phẩm và Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức về an toàn thực phẩm, chủ biên, Hà Nội.
6. Cao Thanh Diễm Thúy (2015), Tỷ lệ nhiễm vi sinh vật ở nước uống đóng chai trên địa bàn tỉnh Bến Tre, Viện Y tế Công cộng thành phố Hồ Chí Minh thành phố Hồ Chí Minh.
7. Chi cục An toàn thực phẩm Long An (2014), Báo cáo Tổng kết tình hình thực hiện công tác an toàn thực phẩm năm 2014, Long An.
8. PGS.TS.BS Lê Hoàng Ninh (2011), Các bệnh lây truyền từ thực phẩm lâm sàng, dịch tễ điều tra bùng phát dịch, Nhà xuất bản Y học, chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh.

CHĂM SÓC NGƯỜI CAO TUỔI BỊ BỆNH MẠN TÍNH Ở VIỆT NAM

Đào Quang Duy¹, Đào Quang Vinh²

TÓM TẮT

Việt Nam đã bước vào giai đoạn già hóa dân số từ năm 2011. Xu hướng già hóa dân số kéo theo là vấn đề chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho một số lượng đông đảo người cao tuổi trong cộng đồng đang là một thách thức lớn đối với toàn nhân loại trong thế kỷ XXI, trong đó có Việt Nam. Ở nước ta đã có Ủy ban quốc gia về người cao tuổi Việt Nam. Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình đang xúc tiến để thành lập Vụ Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Do các đặc điểm về sinh lý, ở người cao tuổi hệ thống các cơ quan lão hóa, hệ thống miễn dịch suy giảm; vì vậy người cao tuổi dễ bị mắc bệnh và cùng một lúc có thể mắc nhiều bệnh, nhất là các bệnh mãn tính làm ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của người cao tuổi. Chuyên đề này chủ yếu tập trung vào một số bệnh mãn tính thường gặp ở người cao tuổi tại Việt Nam và đưa ra một số biện pháp phòng, chống nhằm giúp công tác phòng bệnh cũng như xây dựng chiến lược chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam.

Từ khóa: Người cao tuổi, người già, bệnh mạn tính, chăm sóc sức khỏe

ABSTRACT:

CARE FOR THE ELDERLY WITH CHRONIC DISEASES IN VIETNAM

Vietnam has entered the aging stage since 2011. The population aging trend involves a matter of care and health protection to a large number of elderly people in the community is a challenge great for all humanity in the twenty-first century, including Vietnam. In our country has the National Committee on Ageing Vietnam. General Office for Population - Family planning is promoted to establish the Department of Health Care of the elderly. Due to the physiological characteristics, in elderly bodies system aging, weakened immune system; so the elderly more susceptible

to disease and at the same time can have multiple diseases, especially chronic diseases greatly affecting health and quality of life of the elderly. This article is mainly focused on some of common chronic diseases in the elderly in Vietnam and launched some of measures to prevent and combat disease prevention to help develop strategies and health care elderly people in Vietnam.

Keywords: Elderly, old people, chronic diseases, health care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay dân số già trên toàn thế giới đang gia tăng nhanh. Theo định nghĩa của WHO thì một nước bước vào già hóa dân số khi số người trên 60 tuổi chiếm trên 10% dân số, hoặc số người trên 65 tuổi chiếm trên 7,0% dân số.

Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009 cho thấy tỷ lệ dân số 65 trở lên của nước ta là 6,4%. Điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình (DS-KHHGD) năm 2010 tỷ lệ dân số 65 tuổi trở lên là 6,8% tăng 0,4% so với năm 2009, năm 2011 tỷ lệ dân số 65 tuổi trở lên là 7%. Như vậy theo quy ước của Liên hợp quốc nước ta đã bước vào giai đoạn già hóa dân số từ năm 2011.

Xu hướng già hóa dân số kéo theo là vấn đề chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho một số lượng đông đảo NCT trong cộng đồng đang là một thách thức lớn đối với toàn nhân loại trong thế kỷ XXI. Do các đặc điểm về sinh lý, ở NCT hệ thống các cơ quan lão hóa, hệ thống miễn dịch suy giảm; vì vậy NCT dễ bị mắc bệnh và cùng một lúc có thể mắc nhiều bệnh, nhất là các bệnh mãn tính làm ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của NCT. Nội dung của chuyên đề này chủ yếu tập trung vào một số bệnh mãn tính thường gặp ở người cao tuổi tại Việt Nam và đưa ra một số biện pháp phòng, chống nhằm giúp công tác phòng bệnh cũng như xây dựng chiến lược chăm sóc sức khỏe cho NCT

1. Đại học Mahidol, Bangkok, Thailand

2. Tổng cục Dân số - KHHGD, Bộ Y tế. Email: vinhdq62@gmail.com

» Ngày nhận bài: 05/11/2016 | » Ngày phản biện: 11/11/2016 | » Ngày duyệt đăng: 15/11/2016

ở Việt Nam.

II. TỔNG QUAN VỀ BỆNH TẬT Ở NCT

NCT là những người lớn tuổi, tại Việt Nam quy định công dân nào 60 tuổi trở lên được gọi là NCT.

NCT sở dĩ mắc bệnh là do các tổ chức kết cấu bị lão hoá, chức năng các bộ phận bị rối loạn, sức đề kháng suy giảm, năng lực hoạt động hạ thấp và mất chức năng hiệp đồng.

Một vài đặc điểm bệnh tật ở NCT:

- Khi NCT mắc bệnh, triệu chứng không điển hình, không rõ rệt. NCT có lúc không thể nói rõ bệnh tật và sự khó chịu của mình, kém phản ứng nhanh nhạy với các triệu chứng.

- Tỷ lệ bị bệnh tăng cùng với số tuổi. Ví dụ: ở tuổi trên 80, tỷ lệ bị bệnh cao huyết áp tăng gấp hai lần so với lứa tuổi 60 đến 65; tỷ lệ bị điếc do xơ màng nhĩ tăng gấp 9 lần...

- NCT thường phát hiện ra nhiều bệnh, có lúc khó dùng một loại bệnh để giải thích, cơ thể NCT có thể cùng một lúc mắc nhiều loại bệnh làm cho việc chẩn đoán gặp một số khó khăn nhất định.

- Nói chung thì các cụ bà có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn các cụ ông. Nhưng cụ thể từng bệnh thì có bệnh tỷ lệ ngang nhau, cũng có bệnh các cụ ông mắc nhiều hơn các cụ bà hay ngược lại.

Đặc điểm bệnh học ở người cao tuổi:

• Đa bệnh tật: Nhiều bệnh lý mãn tính, tiến triển và hiện diện đồng thời.

- Biểu hiện lâm sàng không điển hình.
- Suy giảm chức năng các cơ quan (gan, thận,...)
- Suy giảm khả năng tự sự cân bằng và ổn định nội môi.
- Suy giảm khả năng miễn dịch.
- Khả năng phục hồi của cơ thể lâu hơn ở người trẻ.
- Do đặc điểm bệnh lý mãn tính và thời gian phục hồi kéo dài do đó phải có chế độ chăm sóc và điều trị lâu dài sau xuất viện.

Liên quan giữa tuổi và bệnh tật:

- Tuổi càng cao thì số người có bệnh càng nhiều: Ở lứa tuổi từ 15-19 chỉ có 13,16% người có bệnh. Ở lứa tuổi từ 70-80 có đến 97,6% người có bệnh.

- Tuổi càng cao thì càng có nhiều người mắc nhiều bệnh cùng một lúc: 60-64 tuổi: 53,5% số người mắc trên 3 bệnh mãn tính cùng lúc. 75-79 tuổi: 92,1%.

- Tuổi tác làm thay đổi tỷ lệ mắc bệnh đối với cùng một loại bệnh: Ví dụ: Bệnh tăng huyết áp ở lứa tuổi trẻ: 1,2 - 2%; ở những người ≥ 60 : 38,0 - 50,2%; tai biến mạch não: Ở người 30-39 tuổi: 0,15 ca/ 1000 dân, người ≥ 70 : 27,7 ca/ 1000 dân, ở người ≥ 90 : 60 ca/ 1000 dân.

- Tuổi tác làm thay đổi tỷ lệ tử vong: Tai biến mạch máu não: sau mỗi thập niên, tỷ lệ tử vong tăng 2,5-3,5 lần so

với thập niên trước. Ví dụ: Bệnh ung thư, tỷ lệ tử vong: Ở lứa tuổi 20-29: 12 người/ 100.000 dân, ở lứa tuổi ≥ 60 : 963 người/ 100.000 dân.

- Tuổi tác làm cho bệnh tiến triển phức tạp.

Tuổi cao không đồng nghĩa với bệnh tật:

- Có nhiều người có tuổi, tuổi cao, nhưng không có bệnh.
- Có nhiều người trẻ tuổi, nhưng có bệnh.

III. NHỮNG BỆNH MẠN TÍNH THƯỜNG GẶP Ở NCT VIỆT NAM

1. Bệnh tim mạch

Bệnh tim mạch có liên quan mật thiết với rối loạn chuyển hóa như tăng mỡ máu (cholesterol, triglycerid), đái tháo đường, tăng huyết áp, thiếu năng mạch vành, nhồi máu cơ tim gây đột quy. Nguy hiểm nhất đối với NCT là đột quy, tai biến mạch máu não có thể đưa đến tử vong hoặc di chứng về rối loạn ngôn ngữ, nhận thức, rối loạn vận động, thậm chí gây liệt nửa người, đại tiểu tiện không tự chủ.

Theo thống kê, có tới 30% bệnh nhân bị tai biến có thể tử vong trong vòng vài tháng; nếu sống sót đều có thể bị tai biến trở lại hoặc bị đột quy tim trong vòng vài năm. Bệnh nguy hiểm này là do xơ vữa động mạch tạo nên các cục máu đông hoặc các cục xơ vữa bị bong ra đi đến các mạch máu nhỏ như mạch vành, mạch não gây tắc hoặc bị đứt ra gây chảy máu ồ ạt.

Cao huyết áp vẫn thường được coi như "Một tên sát nhân thầm lặng" (Silent Killer) vì nó âm thầm, từ từ đưa người bệnh tới tử vong. Là cao huyết áp khi huyết áp tâm thu (systolic) = hoặc >140 mm Hg; huyết áp tâm trương (diastolic) = hoặc >90 mm Hg. Cao huyết áp là yếu tố hàng đầu đưa đến tai biến động mạch não và là một trong nhiều yếu tố đưa đến đột quy tim (heart attack). Bệnh rất thông thường ở tuổi trung niên và thấy ở trên 40% người trên 60 tuổi. Tới 90% các trường hợp cao huyết áp chưa xác định được nguyên nhân; một số nhỏ là do rối loạn về thận. Bệnh cần được điều trị lâu dài bằng được phẩm, bằng chế độ ăn uống thích hợp, giảm muối mặn, vận động cơ thể, giảm béo phì, bớt thuốc lá, tránh xúc động (stress).

Xơ vữa động mạch là bệnh do động mạch bị xơ cứng và nhỏ hẹp hơn bình thường, bệnh có thể xảy ra ở bất kỳ vùng nào trong cơ thể và là nguyên nhân chính gây đột quy (rối loạn tuần hoàn não), cơn đau tim và thiếu năng tuần hoàn ở cẳng chân. Các chất mỡ trong máu tích tụ dần ở lớp trong của thành động mạch và do chất mỡ làm cho thành động mạch dày hơn, kết quả là các động mạch bị hẹp dần lại và lưu thông máu bị cản trở.

Tai biến động mạch não (strokes) là nguyên nhân tử vong thứ ba ở người cao tuổi và có thể gây ra một số tổn thất

thần kinh như bán thân bại liệt, mất thị giác, ngôn từ, suy giảm chức năng nhận biết. Có tới 30% nạn nhân thiệt mạng trong vòng vài tháng; người sống sót đều có thể bị tai biến trở lại hoặc bị quy tim (heart attack) trong vòng 2 năm.

Bệnh Động mạch vành (Coronary artery disease) làm hẹp, tắc các động mạch vành, nguồn cung cấp dưỡng chất chính yếu của tim. Đây là nguyên nhân tử vong số một của người già và thấy ở 70% những người trên 90 tuổi. Các dấu hiệu bệnh có thể xuất hiện dưới ba hình thức: cơn đau tim (angina) vì thiếu máu tới tim, gây ra cơn đau thắt trước ngực, nhất là khi gắng sức, ăn uống linh đình hoặc tâm thần kích động, hết hoặc đỡ đau khi nghỉ ngơi; cơn quy tim (heart attack); và chết bất tử (sudden death), hầu như đều gây ra do cục máu đông đột nhiên làm tắc nghẽn động mạch vành.

Đột quy não: Tuổi cao là yếu tố nguy cơ thường gặp của bệnh mạch máu não như bệnh đột quy não. Đó là vì ở giai đoạn này, hệ mạch giảm độ đàn hồi, thường xảy ra xơ cứng mạch máu, lại hay kèm theo bệnh tăng huyết áp khi tuổi già. Thời điểm dễ xảy ra trong ngày là chiều tối và đêm. Người bệnh đột nhiên choáng váng, giảm ý thức, bại yếu một bên cơ thể người. Trong các trường hợp nặng, người bệnh quy ngã đột ngột và bất tỉnh. Chuyển ngay đến bệnh viện càng sớm càng tốt.

2. Bệnh xương khớp

Bệnh xương khớp hay gặp nhất là thoái hóa khớp: 33,9%. Nữ giới hay mắc bệnh thoái hóa khớp hơn nam giới, 42,2% so với 20,8%, $p < 0,001$. Tỷ lệ mắc bệnh viêm khớp dạng thấp là 9%. Loãng xương là 10,4%. Nữ giới bị loãng xương nhiều hơn nam giới, 14,4% so với 4,2%.

Viêm đa khớp dạng thấp gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới, là tình trạng viêm khớp kéo dài với các đợt sưng, nóng, đỏ, đau ở nhiều khớp, thường gặp nhất là các khớp nhỏ ở bàn tay, khớp cổ tay, khuỷu, gối, cổ chân, bàn ngón chân, cả 2 bên. Nếu không được điều trị, các khớp nhanh chóng bị biến dạng, dính khớp.

Bệnh gút là một bệnh do rối loạn chuyển hóa, trong đó có tình trạng tăng acid uric máu và là đặc điểm chính của bệnh. Bệnh thường gặp ở nam giới, bệnh có mối liên quan đến chế độ ăn uống của người bệnh như: ăn quá nhiều chất đạm, uống quá nhiều bia, rượu...

Đau vai gáy, đau thắt lưng là tình trạng viêm các điểm bám tận của các gân vào đầu xương, thường gặp trong chứng bệnh đau cân cơ. Bệnh thường xảy ra vào mùa lạnh vì khi đó các cơ thường co lại trong tư thế rút vai, rút cổ để chống lạnh, để hạn chế sự tỏa nhiệt của cơ thể.

Co thắt các mạch máu đầu chi là một bệnh rất thường gặp, nhất là khi tiếp xúc với lạnh, khi đó đầu ngón tay, ngón chân bị trắng bệch, tê buốt do thiếu máu đầu chi, rồi sau đó

chúng trở nên tím ngắt, căng tức. Đây là một bệnh hệ thống, do bất thường về hệ thống miễn dịch, có biểu hiện ở tất cả các cơ quan trong cơ thể nhưng thường thấy nhất như da dày lên, mờ hoặc mất các nếp nhăn trên mặt, khó há miệng, lắng đọng canxi ở tổ chức dưới da, giảm tiết dịch các tuyến ngoại tiết như: tuyến nước bọt, tuyến nước mắt, dịch tiêu hóa...

Thoái hóa khớp là bệnh lý hay gặp ở người cao tuổi, do quá trình lão hóa của sụn khớp, sụn bị mất tính đàn hồi, mỏng dần đi, làm lộ tổ chức xương dưới sụn, gây đau và hạn chế vận động. Khi trời lạnh, các gân cơ bị co rút lại, dịch khớp đông quánh hơn làm cho các khớp trở nên cứng hơn, khó cử động hơn. Hơn nữa khi trời lạnh, các thói quen tập luyện hàng ngày cũng bị giảm đi, cũng góp phần làm bệnh nặng thêm. Để bảo vệ sức khỏe, phòng tránh các bệnh lý nhất là ở người cao tuổi, ngoài các biện pháp bảo vệ sức khỏe chung như dinh dưỡng hợp lý, sinh hoạt điều độ, tuân thủ chế độ thuốc men thường xuyên của mình.

Đau lưng dường như là một công thức mang tính quy luật. Ngày thường cũng đã có hiện tượng đau lưng nhưng vào những ngày chuyển mùa, đau lưng trở nên rõ ràng hơn. Nguyên do chủ yếu là thoái hóa xương cột sống, cột sống không còn thẳng mà bị "còng". Đau lưng vào những ngày này gây ra hiện tượng khó nằm, khó ngủ, nằm đau, ngồi cũng đau. Biện pháp xoa bóp là hiệu quả nhất vì làm tăng lượng lưu thông máu đến vùng bị tổn thương này. Xoa bóp chính giữa cột sống và khối cơ hai bên ở vùng thắt lưng. Việc sử dụng thuốc giảm đau tỏ ra công hiệu nhưng phải tuyệt đối sử dụng theo chỉ định của bác sĩ vì những tác dụng phụ nghiêm trọng của nó trên người cao tuổi.

Cứng khớp và khó vận động khi ngủ dậy không vận động được khớp cổ tay, khó vận động khớp bàn ngón tay, khớp gối, cổ chân. Người cao tuổi khó thực hiện được các động tác nhỏ như đi lại, cầm bát đũa. Đây là hiện tượng cứng khớp ở người già. Đây là dấu hiệu thoái hóa khớp dạng khô khớp. Để giảm mức độ, người cao tuổi nên thường xuyên tập thể dục, đi lại, phân phối thời gian nằm và vận động hợp lý. Vận động từ từ vào buổi sáng, các màng hoạt dịch sẽ được tái kích hoạt và tiết dịch bôi trơn nhiều hơn.

Viêm xương khớp (osteoarthritis) ảnh hưởng tới quá nửa số người cao tuổi. Lớp sụn lót đầu khớp xương bị hao mòn, xương mới có thể được tạo ra làm khớp đau, nhất là khi cử động. Các khớp đầu gối, bàn tay, xương sống, hông là nơi hay bị đau.

Sự vận động cơ thể là điều cần làm để phòng bệnh cũng như làm nhẹ bớt bệnh. Giống như các bộ phận khác của cơ thể, chức năng của xương trở nên hữu hiệu khi nó thường xuyên hoàn tất nhiệm vụ của nó, là chống đỡ cho cơ thể khỏi sức hút của trái đất. Có nghĩa là ta phải đi đứng ít nhất ba



giờ đồng hồ mỗi ngày. Giải phẫu thay khớp đôi khi cũng có công hiệu.

Loãng xương (osteoporosis) là chuyện thường thấy ở phụ nữ khi vào tuổi mãn kinh và ở tuổi già của cả nam lẫn nữ. Đây là hậu quả của calcium trong xương bị tiêu hao. Ở đàn bà, lý do chính yếu là kích thích tố estrogen giảm khi hết kinh. Nhưng ở cả hai giới, loãng xương có thể do không dùng đủ calcium và sinh tố D, hút thuốc lá, uống quá nhiều rượu.

Phương thức đối phó với loãng xương hiệu nghiệm nhất là sự phòng ngừa bệnh. Ăn uống đầy đủ calcium và sinh tố D. Mỗi ngày nhu cầu calcium là 1500 mg, đến từ thực phẩm và được phẩm.

3. Bệnh tâm thần kinh:

Nổi bật là tình trạng sa sút trí tuệ (dementia). Tỷ lệ sa sút trí tuệ trong nghiên cứu này là 4,9%. Nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nam giới, 5,7% so với 3,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm ≥ 75 tuổi có tỷ lệ sa sút trí tuệ là 9,8%, cao hơn hẳn so với tỷ lệ 3,9% ở nhóm 60-74. Các bệnh tâm thần kinh khác hay gặp là trầm cảm (1,2%); Bệnh Parkinson (1,3%).

Sa sút trí tuệ: Biểu hiện là chứng hay quên, lú lẫn có thể dẫn đến rối loạn nhận thức và rối loạn hành vi.

Parkinson - Liệt run: Người cao tuổi bị parkinson biểu hiện run khi đang ở trạng thái nghỉ, các vận động diễn ra chậm chạp, tay chân đơ cứng, tư thế người thường là khom gập...

4. Bệnh nội tiết – chuyển hoá:

Rối loạn một số chỉ số về mỡ máu (cholesterol, triglycerid), rối loạn về chức năng gan (SGOT, SGPT), đái tháo đường cũng là một số biểu hiện dễ bắt gặp ở NCT. Đi kèm các rối loạn một số chỉ số này thường gặp ở người có tăng huyết áp, viêm gan, nghiện rượu... Bệnh đái tháo đường tuy không chỉ gặp ở NCT mà còn gặp ở tuổi trẻ nhưng với NCT thường ít được phát hiện mà khi đã phát hiện thì thường muộn, đôi khi đã có biến chứng.

Bệnh tiểu đường gây ra rối loạn thị giác cho 3% người cao tuổi, và thị lực càng giảm khi tuổi càng cao. Tiểu đường hủy hoại dây thần kinh và mạch máu trên toàn cơ thể, trong đó có mắt. Rối loạn diễn ra âm thầm, nên bị tiểu đường cần đi khám bác sĩ chuyên khoa mắt hàng năm. Phát hiện sớm có thể chữa được bằng tia Laser.

Ngoài ra, người ta còn thấy NCT thường thiếu một lượng nước cần thiết do thói quen ăn, uống ít nước hoặc ăn nhiều chất đạm như: cá, trứng, thịt gà, thịt lợn, thịt bò, thịt chó... làm xuất hiện một số bệnh về đường tiêu hóa hoặc làm da khô, nứt nẻ khó chịu...

5. Bệnh thận, tiết niệu:

Tỷ lệ nam giới bị u tuyến tiền liệt (chẩn đoán dựa vào siêu âm) là khá cao: 63,8%. 35,7% có rối loạn tiểu tiện dựa vào

thang điểm “Đánh giá triệu chứng u tuyến tiền liệt của hội niệu khoa Hoa kỳ”. 3,3% các cụ có viêm đường tiết niệu, sỏi thận là 3,5%.

Bệnh về hệ tiết niệu-sinh dục: NCT cũng rất dễ mắc các bệnh về hệ tiết niệu- sinh dục, đặc biệt là u xơ tiền liệt tuyến hoặc ung thư tiền liệt tuyến. Những bệnh về sinh dục-tiết niệu thường có hiện tượng đi tiểu nhiều lần, tiểu dắt, tiểu són, nhất là vào ban đêm gây nhiều phiền toái cho NCT.

Bệnh phì đại tiền liệt tuyến khiến người cao tuổi hay đi tiểu đêm, thường tiểu sót, tiểu lắt nhắt, tiểu yếu.

6. Bệnh về đường tiêu hóa:

NCT rất dễ mắc bệnh rối loạn tiêu hóa như: viêm loét miệng, ăn không tiêu, đầy hơi, chướng bụng, táo bón hoặc đi lỏng.

Bệnh tiêu hoá hay gặp là: Loét dạ dày tá tràng: 15,4%, viêm đại tràng: 9,7%; nuốt nghẹn: 10,2% và táo bón: 16,1%, tỷ lệ táo bón ở nhóm tuổi 60-74 là 14,1%, tăng lên 21,3% ở nhóm tuổi ≥ 75 , $p < 0,01$. Nữ giới hay bị táo bón hơn nam giới, 18,5% so với 12,3%, $p < 0,01$.

Rối loạn tiêu hóa ở người cao tuổi là triệu chứng cũng rất thường gặp, với biểu hiện như viêm loét miệng, ăn không tiêu, đầy hơi, trướng bụng, táo bón hoặc thỉnh thoảng bị tiêu chảy, nặng hơn là các bệnh lý về dạ dày như bệnh viêm loét dạ dày - tá tràng, trào ngược dạ dày - thực quản hoặc viêm đại tràng mãn tính.

Các loại bệnh dạng này thường làm người cao tuổi rất khó chịu, tạo cảm giác bần khoăn, lo lắng, ăn không thấy ngon, ngủ không ngon giấc có thể gây mất ngủ kéo dài mà mất ngủ lại làm cho nhiều bệnh tật phát sinh.

7. Bệnh hô hấp:

Hay gặp là bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mãn tính (COPD): 12,6%, tỷ lệ nam giới mắc bệnh này cao hơn hẳn so với nữ giới, 16,8% so với 10%, $p < 0,001$. Tuổi càng tăng, tỷ lệ này càng cao: 10,8% ở nhóm tuổi 60-74, tăng lên tới 17,2% ở nhóm tuổi ≥ 75 , $p < 0,01$. Tỷ lệ mắc bệnh lao phổi là 3,6%, hen phế quản là 2,5%.

Viêm đường hô hấp: Đường hô hấp rất nhạy cảm với thời tiết hanh, khô hoặc ẩm thấp. Trong những điều kiện thời tiết như thế, đường hô hấp rất dễ bị bệnh như: viêm mũi họng, viêm khí quản phế quản, hen, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính... Nhất là những người nghiện thuốc lá, thuốc lào thì gần như là tuyệt đối.

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (tắc nghẽn mãn tính) hay COPD là tình trạng viêm và tắc nghẽn đường thở lâu ngày, không hồi phục hoàn toàn. Triệu chứng chính của bệnh là ho, khó thở và khạc đàm dai dẳng.

Viêm phế quản mãn tính (VPQMT) là tình trạng viêm các phế quản dẫn tới sự tiết quá mức đờm nhầy trong thành

phế quản với sự phù nề dẫn tới sự thu nhỏ hoặc chít hẹp các ống phế quản.

8. Bệnh về thính lực và thị lực:

Kiểm tra thị lực cho thấy có tới 76,7% các cụ có giảm thị lực. Tuổi càng cao thì tỷ lệ giảm thị lực càng tăng, 70,3% ở nhóm tuổi 60-74 tăng lên tới 93% ở nhóm tuổi ≥ 75 , $p < 0,001$. Tỷ lệ đục thủy tinh thể là 57,9% (49,3% ở nhóm tuổi 60-74 và 79,6% ở nhóm tuổi ≥ 75). Tỷ lệ các cụ có giảm thính lực là 40,1%.

Giảm thính giác ở người cao tuổi, là rối loạn thường thấy nhất trong ngũ giác. Có tới 30% người trên 65 tuổi và gần 50% người trên 85 tuổi đều cho hay là nghe không còn tốt như vài chục năm về trước. NCT nam thường có vấn đề nghe này nhiều hơn NCT nữ. Và có tới 20% quý cụ ông trên 85 tuổi bị điếc.

Thị lực thay đổi với tuổi già. Tới tuổi 65 thì khoảng 15% vị có vấn đề, mà tới 85 tuổi thì số người bị rối loạn thị lực lên tới 28%. Trên 90% quý vị cao niên cần mang kính mà tới 20% dù có mang kính mà nhìn vẫn kém. Đa số đều cảm thấy như cánh tay mình ngấn lại khi dương tờ nhật trình ra trước mặt để đọc.

Đục thủy tinh thể thấy ở 40% người ngoài 75 tuổi và có thể bị hoặc một mắt hoặc cả đôi bên. Bệnh nhẹ có thể điều chỉnh bằng kính. Nặng thì có thể giải phẫu thay thủy tinh thể.

Cao nhãn áp xảy ra ở 3% quý vị trên tuổi 65, khiến thị lực giảm đi. Bệnh này rất dễ dàng được phát hiện nếu ta đi bác sĩ khám mắt hàng năm và bệnh chữa được bằng thuốc hoặc giải phẫu với tia Laser.

Thoái hóa võng mạc là nguyên nhân số một đưa tới mù ở người cao tuổi. Thoái hóa có thể là khô, thường xảy ra nhưng ít đưa tới mất thị lực; hoặc ướt, ít xảy ra nhưng hay gây mù. Điều trị thường ít mang lại kết quả.

9. Bệnh ngoài da thường gặp ở người cao tuổi

Viêm da liên cầu thường biểu hiện bằng các đám da đỏ, mụn nước rải rác toàn thân, trên đầu nhiều vảy, ngứa. Người bệnh luôn cảm thấy lạnh do mất nhiệt qua da. Những trường hợp này bắt buộc phải dùng thuốc bôi tại chỗ kết hợp điều trị kháng sinh, kháng viêm theo đơn bác sĩ da liễu.

Viêm da cơ địa thường tiến triển mãn tính, có thể khỏi một thời gian, sau đó lại tái phát. Bệnh có tính chất gia đình. Các thành viên trong gia đình hoặc chính bản thân bệnh nhân có thể mắc một trong những bệnh hen phế quản, viêm mũi dị ứng, viêm da cơ địa. Thời tiết càng khô hanh thì da của người bệnh càng trở nên dày, khô, mốc trắng và ngứa.

Vảy nến xuất hiện các đám mảng đỏ kích thước khác nhau, giới hạn rõ, hơi gồ cao, nền cứng cộm. Có khi vảy trắng choán gần hết nền đỏ, chỉ còn lại viền đỏ xung quanh rộng hơn lớp vảy. Vảy màu trắng đục bóng như màu nền

trắng. Vảy nhiều tầng, nhiều lớp, dễ bong, khi cạo vụn ra như bột trắng, như phấn, như vết nền rơi là tả. Vảy tái tạo rất nhanh, bong lớp này thì lớp khác lại đùn lên, số lượng nhiều.

Chàm không tiết bã nhờn bị tổn thương nặng nhất thường là mặt trước hai cẳng chân và mặt dưới hai cẳng tay. Da người bệnh căng lên, khô, nhiều đường nứt ngang dọc, có vảy trắng mỏng, bong ở rìa, ngứa rất khó chịu. Nếu gãi nhiều sẽ gây bội nhiễm.

10. Ung thư

Khi tuổi càng cao sức khỏe và hệ miễn dịch giảm dần vì vậy người lớn tuổi dễ mắc các bệnh về hô hấp, bệnh tim mạch, xương khớp và dễ mắc nhiều bệnh ung thư. Các loại ung thư thường gặp ở nam giới là: Ung thư đại trực tràng, ung thư phổi, ung thư tiền liệt tuyến. Ở nữ giới là: Ung thư vú, ung thư bộ phận sinh dục như ung thư buồng trứng, ung thư thân tử cung, ung thư cổ tử cung, ung thư âm hộ. Ở cả hai giới là: Ung thư hạch (Lymphô hạch và bệnh Hodgkin), ung thư da, ung thư họng miệng, bệnh bạch hầu mãn tính, ung thư bàng đái...

10.1. Một số bệnh ung thư thường gặp ở người cao tuổi được liệt kê dưới đây:

a. Ung thư tiền liệt tuyến

Đàn ông trên 65 tuổi có nguy cơ bị ung thư tiền liệt tuyến khá cao. Bệnh diễn tiến chậm hơn những ung thư khác, có thể đã có từ 10 đến 30 năm trước khi được bác sĩ chẩn đoán. Bệnh có thể được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt hay xạ trị áp sát (brachytherapy).

b. Ung thư tuyến tụy

Bệnh này rất khó chẩn đoán, vì tuyến tụy nằm phía sau các cơ quan khác nên ung thư tuyến tụy thường được phát hiện trễ. Phương pháp điều trị bao gồm phẫu thuật, xạ trị hay hóa trị.

Triệu chứng phổ biến của bệnh là buồn nôn, mất cảm giác ngon miệng, sụt cân, đau bụng trên và giữa, vàng da.

c. Ung thư bàng quang

Bệnh thường gặp ở những người từ 50 đến 70 tuổi. Phương pháp điều trị ung thư bàng quang bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị hay kết hợp cả 3.

Triệu chứng thường gặp của bệnh là tiểu khó, có máu hay cục máu trong nước tiểu, đau khi tiểu hay đau ở vùng thắt lưng.

d. Lymphoma (ung thư hạch)

Nguy cơ ung thư hạch không Hodgkin gia tăng theo tuổi. Ung thư hạch thường được điều trị với hóa trị, nhưng những bệnh nhân tái phát hay tiến triển nhanh thường được khuyến cáo ghép tủy.

Triệu chứng phổ biến của bệnh là sưng hạch ở vùng cổ, nách, háng, không đau, thường xuyên mệt mỏi, sút cân, đổ



mồ hôi về đêm, ho, đau ngực, chướng bụng hay đầy bụng.

e. Ung thư gan

Ung thư gan thường có liên quan nhiều đến viêm gan siêu vi B mãn tính. Vì ít có triệu chứng, viêm gan siêu vi B và ung thư gan thường được phát hiện khi bệnh nhân hiến máu hay khám sức khỏe tổng quát. Ngoài ra thông kê cho thấy, đàn ông trên 40 tuổi thường bị ung thư gan nguyên phát nhiều hơn.

f. Ung thư phổi

Những người đã từng hút thuốc lá, thuốc Lào hoặc sống trong môi trường bị ô nhiễm, không có ánh sáng dễ mắc bệnh ung thư phổi khi tuổi tác tăng cao. Đặc biệt vào mùa lạnh, người già thường bị ho, hen nhất là vào ban đêm, viêm phế quản, tắc phổi dẫn đến gặp nhiều khó khăn trong vấn đề hô hấp, dẫn đến mệt mỏi, mất ngủ và giảm cân.

g. Ung thư dạ dày

Chế độ ăn uống hằng ngày thường sử dụng quá nhiều thực phẩm chứa chất béo, protein và ít vận động dẫn đến khó tiêu, đầy bụng, ợ chua do thức ăn bị đọng lại tại thực tràng, rất dễ mắc bệnh viêm loét dạ dày gây ung thư dạ dày nếu không chữa trị sớm.

h. Ung thư đại trực tràng

Ung thư đại trực tràng là một căn bệnh phổ biến trong các loại ung thư đường tiêu hóa, cả nam và nữ đều có thể mắc bệnh này, ở Việt Nam ung thư đại trực tràng được xếp thứ hai sau ung thư dạ dày, một căn bệnh phổ biến gây nhiều biến chứng nguy hiểm cho người bệnh.

10.2. Một số bệnh ung thư phụ khoa phổ biến:

a. Ung thư tử cung

Bệnh thường gặp ở phụ nữ tuổi 50-60, hiếm gặp ở phụ nữ không sinh hoạt tình dục. Hai hình thức phổ biến của bệnh ung thư tử cung là ung thư cổ tử cung (tế bào ung thư từ cổ tử cung) và nội mạc tử cung (tế bào ung thư từ lớp niêm mạc của các ngõu hoặc cơ thể của tử cung). Giai đoạn đầu của ung thư tử cung được gọi là ung thư biểu mô tại chỗ (ung thư chỉ giới hạn ở vị trí ban đầu). Nếu không được phát hiện và điều trị đúng cách, tế bào ung thư xâm nhập vào các lớp sâu hơn trong tử cung, sau đó lan rộng đến các cơ quan lân cận như âm đạo, bàng quang, trực tràng và cuối cùng di căn đến các bộ phận khác trong cơ quan sinh sản.

b. Ung thư buồng trứng

Ung thư buồng trứng ở một hoặc cả hai buồng trứng đều là ung thư biểu mô (ung thư bắt đầu trong các tế bào trên bề mặt của buồng trứng) hoặc là khối u tế bào mầm ác tính (ung thư bắt đầu trong tế bào trứng). Ung thư buồng trứng thường khó phát hiện ở giai đoạn đầu nên việc chẩn đoán và điều trị thường gặp khó khăn vì lúc phát hiện bệnh thì bệnh đã có dấu hiệu di căn.

Tại Việt Nam, tỉ lệ mắc chiếm từ 3,6 -> 3,9/100.000 người dân và gặp ở mọi lứa tuổi, kể cả trẻ dậy thì và những phụ nữ trên 60 tuổi. Trong số này, phụ nữ chưa có con lại chiếm tỉ lệ rất lớn, đa số tập trung ở phụ nữ dưới 30 tuổi.

c. Ung thư cổ tử cung

Ở độ tuổi đôi mươi (hay khi mới có quan hệ tình dục), có khoảng 60% đến 80% phụ nữ bị nhiễm virút HPV và phần lớn ung thư cổ tử cung là do nhiễm HPV. Ung thư cổ tử cung (UTCTC) – một loại của ung thư phụ khoa – đang là nguyên nhân gây tử vong thứ hai ở phái nữ. Đây là một trong 2 hình thức phổ biến của bệnh ung thư tử cung là ung thư cổ tử cung (tế bào ung thư từ cổ tử cung) và nội mạc tử cung (tế bào ung thư từ lớp niêm mạc của các ngõu hoặc cơ thể của tử cung).

d. Ung thư âm đạo

Ung thư âm đạo là một loại ung thư hiếm gặp ở phụ nữ. Trong ung thư âm đạo (ác tính) các tế bào ung thư được tìm thấy trong các mô của âm đạo. Có rất nhiều loại ung thư khác nhau của ung thư âm đạo bao gồm ung thư vẩy tế bào (ung thư biểu mô vẩy), ung thư biểu mô tuyến, saccôm...

e. Ung thư âm hộ

Ung thư âm hộ là một loại ung thư hiếm gặp. Ung thư âm hộ là một loại ung thư xảy ra trên diện tích bề mặt ngoài của cơ quan sinh dục nữ. Âm hộ là vùng da bao quanh niệu đạo và âm đạo, bao gồm âm vật và môi nhỏ.

IV. MỘT SỐ BIỆN PHÁP PHÒNG TRÁNH BỆNH MẠN TÍNH Ở NCT

4.1. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi

Nhu cầu chăm sóc sức khỏe là người bệnh thực sự mắc bệnh hoặc cần CSSK, cần được sử dụng các dịch vụ y tế thích hợp để giải quyết vấn đề sức khỏe đó. Nhu cầu hàng đầu đối với CSSK là phòng bệnh, phát hiện sớm bệnh, chữa bệnh kịp thời để tránh hoặc kéo dài thời gian chuyển sang mãn tính, di chứng. Thực hiện công tác phục hồi chức năng, điều dưỡng, chăm sóc cả tinh thần và thể chất nhằm giúp người bệnh hòa nhập trở lại với sinh hoạt bình thường của cộng đồng xã hội.

Ở Việt Nam, nhu cầu CSSK của người cao tuổi là rất lớn (chiếm 84,4%) trong khi điều kiện tự thân của người cao tuổi còn rất hạn chế. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở NCT không chỉ là đơn thuần là những chăm sóc hằng ngày như nuôi dưỡng, chăm sóc khi ốm đau, NCT còn có nhu cầu rất cao đó là được chăm sóc về tinh thần.

4.2. Một số biện pháp chăm sóc sức khỏe và phòng chống bệnh ở NCT

Hiện nay, công tác CSSK cho NCT chủ yếu vẫn từ phía gia đình, vai trò của cộng đồng và xã hội vẫn còn khá khiêm

tổn. Việc phát huy và ứng dụng có hiệu quả các mô hình quản lý và chăm sóc NCT ở Việt Nam trong tình hình mới là một thách thức không nhỏ, đòi hỏi sự tham gia, vào cuộc mạnh mẽ của các cấp ủy đảng, chính quyền, các ban, ngành, đoàn thể xã hội trong chăm sóc NCT. Mục đích cuối cùng là làm cho người cao tuổi được sống vui, sống khỏe và sống có ích.

Một số giải pháp và định hướng sau:

- Đẩy mạnh các hoạt động về truyền thông, CSSK người cao tuổi.
- Đảm bảo cho NCT tiếp cận một cách bình đẳng với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Tăng cường năng lực Quốc gia về chăm sóc sức khỏe

người cao tuổi.

- Tăng cường công tác đào tạo và nghiên cứu liên quan đến sức khỏe người cao tuổi.
- Xây dựng chính sách thích ứng với xã hội già.
- Xây dựng một xã hội hài hòa cho mọi lứa tuổi
- Thành lập bệnh viện Người cao tuổi hoặc khoa Chăm sóc sức khỏe NCT (trong bệnh viện đa khoa tỉnh/thành phố) tại các tỉnh/thành phố.
- Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình đang dự thảo Đề án để thành lập Vụ Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.
- Nhân rộng mô hình tiêu biểu, có hiệu quả về Câu lạc bộ chăm sóc sức khỏe NCT trong toàn quốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

A. Tài liệu tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2004), Hướng dẫn thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe cho NCT, Thông tư số 02/2004/TT- BYT.
2. WHO (2006), Tăng cường hoạt động để giảm tỷ lệ tử vong trên toàn cầu.
3. Thông tấn xã Việt Nam (2008), WHO công bố về tình hình bệnh tật trên thế giới, Tạp chí Cộng sản số 20, năm 2008.
4. Đàm Việt Cương và cs, 2006, “Đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho NCT ở Việt Nam”.
5. Bùi Khắc Hậu (2009), “Người cao tuổi thường mắc những bệnh gì”.
6. Chu Quán Hồng (2005), Cẩm nang phòng và chữa các bệnh thường gặp ở NCT, NXB Y học.
7. Hoàng Trung Kiên (Luận án NCS-2014) “Nghiên cứu nhu cầu, đáp ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm mô hình can thiệp cộng đồng tại huyện Đông Anh, Hà Nội”.
8. Nguyễn Hoàng Ngọc (2008), Đột quy và dự phòng, Tạp chí Sức khỏe và Đời sống, tr13, số 57, 9/2008
9. Nguyễn Thị Hà Thanh (2009), Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính- gánh nặng cho sức khỏe toàn cầu, tr12, Tạp chí Sức khỏe và Đời sống, số 63, 3/2009.
10. Lương Chí Thành, 2008 , “Vấn đề sức khỏe của người cao tuổi, thực trạng và giải pháp”.
11. Trần Đức Thọ, Mô hình cơ cấu bệnh tật của người cao tuổi tại phường Phương Mai Hà Nội, Tạp chí Y học thực hành.
12. Bạch Thông (2008), Sức khỏe của người cao tuổi vấn đề của mọi gia đình và cộng đồng, Tạp chí sức khỏe và đời sống, tr 4 , số 56, 9/2008
13. Nguyễn Quang Tuấn (2008), Bệnh tim mạch, những diễn biến mới, Tạp chí Sức khỏe và Đời sống, tr 4, số 59, 11/2008

B. Tài liệu tiếng Anh

14. Almasry P., Health Population and Development. International Conference on Population and Development 1994, Cairo. WHO, Geneva, p.13-14
15. Bruun F. The situation of the elderly in Botswana. Proceedings from an International Workshop; 1994.
16. Health care for the elderly - a manual for primary health care workers. WHO, Geneva; 1994.



TỶ LỆ TRẦM CẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN SƠN TỊNH TỈNH QUẢNG NGÃI NĂM 2015

Đoàn Vương Diễm Khánh¹, Đỗ Văn Diệu²

TÓM TẮT

Mở đầu: Trầm cảm chiếm một vị trí quan trọng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, là một trong những loại rối loạn tâm thần thường gặp ở người cao tuổi với tỷ lệ xấp xỉ 20% ở người từ 65 tuổi trở lên[5]. Một nghiên cứu gần đây tại thành phố Huế Việt Nam (2013) cho thấy 28,4% người từ 65 tuổi trở lên có biểu hiện trầm cảm [3]. Hơn 90% người cao tuổi có các biểu hiện trầm cảm mà không được chẩn đoán và điều trị [6].

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ hiện mắc trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi năm 2015 bằng thang đánh giá trầm cảm người cao tuổi (GDS-30).

Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2015 tại huyện Sơn, tỉnh Quảng Ngãi. Nghiên cứu thực hiện trên 696 người từ 60 tuổi trở lên bằng phỏng vấn theo bộ câu hỏi, sử dụng thang đo GDS (Geriatric Depression Scale) để phát hiện các triệu chứng trầm cảm. Sử dụng 3 điểm cắt để phân loại mức độ trầm cảm: trầm cảm nhẹ ($13 \leq GDS \leq 18$), trầm cảm trung bình ($18 < GDS \leq 24$), trầm cảm nặng ($GDS > 24$).

Kết quả: Tỷ lệ trầm cảm chung là 37,1%. Trầm cảm nhẹ chiếm 18,0%; Trầm cảm trung bình chiếm 15,7%; trầm cảm nặng chiếm 3,4%.

Kết luận: Biểu hiện trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi là phổ biến. Trầm cảm nhẹ và trung bình là chủ yếu, trầm cảm nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất nhưng đây là mối nguy hại cho cộng đồng vì tỷ lệ tự tử ở nhóm này là rất cao. Việc phát hiện sớm và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi là rất cần thiết trong giai đoạn hiện nay.

Từ khóa: Trầm cảm, người cao tuổi, Việt Nam

ABSTRACT:

PREVALENCE OF DEPRESSION AMONG THE ELDERLY IN SON TINH DISTRICT, QUANG NGAI

1. Khoa YTCC-Trường Đại học Y Dược Huế

2. Sở Y tế tỉnh Quảng Ngãi. Email: dieuhien2003.vdd@gmail.com

PROVINCE IN 2015

Introduction: Depression is one of the common mental disorders among the elderly. Research worldwide has shown that approximately 20% of people aged 65 years and above acquire this disease[5]. One recent study in Hue city of Vietnam (2013) showed a prevalence of depression of 28.4% among this age group [3]. Higher than 90% of individuals with depressive symptoms haven't received any diagnosis and treatment [6].

Objective: Examine the prevalence of depressive symptoms among the elderly in Son Tinh District, Quang Ngai Province in 2015 using the Geriatric Depression Scale (GDS-30).

Methodology: The study was conducted between June 2015 and December 2015 in Son Tinh District, Quang Ngai Province and used a cross sectional study design. A total sample of 696 participants aged 60 years and over was interviewed with the use of the Geriatric Depression Scale (GDS-30) for detecting depressive symptoms. Three cut-off points for GDS were applied: mild depression ($13 \leq GDS \leq 18$), moderate depression ($18 < GDS \leq 24$) and severe depression ($GDS > 24$).

Results: The overall prevalence of depression among the elderly was 37.1%, among which 18.0% was classified as having mild depression, 15.7% was moderate depression and 3.4% was severe depression. Conclusions: In this population, depressive symptoms are common. Early detection and care delivery for the elderly are urgently needed in this population.

Keywords: Depression, Elderly, Vietnam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Trầm cảm (TC) chiếm một vị trí quan trọng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, là một trong những rối loạn tâm thần thường gặp ở người cao tuổi với tỷ lệ xấp xỉ 20% ở người trên 65 tuổi [5]. Người mắc trầm cảm có thể là

mối nguy hại cho cộng đồng, đa số các trường hợp giết người và tự tử sau đó là do thủ phạm mắc phải chứng trầm cảm [2]. Năm 2020, trầm cảm sẽ đứng thứ 2 trong danh sách nguyên nhân gây ra tàn tật và nó sẽ là tác nhân lớn nhất gây ra gánh nặng bệnh tật toàn cầu đến năm 2030 [1]. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi hiện nay là khá cao. Theo tác giả Bhamani M.A và cộng sự (2013) tại thành phố Karachi Cộng hòa Hồi giáo Pakistan 40,6% [7], tại thành phố Huế (2013) 28,4% [3].

Trên thực tế hơn 90% người cao tuổi có các biểu hiện trầm cảm mà không được chẩn đoán và điều trị thỏa đáng [6]. Với mục đích góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi, nhất là trong giai đoạn hiện nay tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Xác định tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi năm 2015 bằng thang đánh giá trầm cảm người cao tuổi (GDS).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người 60 tuổi trở lên đang sinh sống trên địa bàn huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ trong quần thể.

$$n = Z^2_{(\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: p: Tỷ lệ TC ở NCT trong cộng đồng, chọn p=28,4% theo nghiên cứu tương tự của Nguyễn Hoàng Thùy Linh và cộng sự tại TP Huế (2013) [3]. d=0,05. α: Mức ý nghĩa thống kê, chọn α=0,05. Z(α/2)=1,96 giá trị thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α được chọn.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng tỷ lệ, cỡ mẫu được nhân với hệ số thiết kế là 2.

$$n = 313 \times 2 = 626$$

Chúng tôi chọn 696 người để tránh thiếu mẫu nghiên cứu (thêm 10% cỡ mẫu).

Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng tỷ lệ:

- Cỡ mẫu của từng tầng được tính theo công thức:

$$n_i = n \frac{N_i}{N}$$

Trong đó:

n_i : Cỡ mẫu của tầng i

n: Cỡ mẫu của tất cả các tầng

N_i : Người cao tuổi tầng i

N: Người cao tuổi quần thể nghiên cứu

Chọn ngẫu nhiên 5 xã /11 xã đại diện cho 3 tầng đó là: Tịnh Đông, Tịnh Minh, Tịnh Hà, Tịnh Trà, Tịnh Phong và cỡ mẫu được tính ra tương ứng.

- Chọn người cao tuổi điều tra theo cách chọn ngẫu nhiên hệ thống tương ứng với từng xã.

- Phương pháp thu thập số liệu và công cụ nghiên cứu:

+ Chọn điều tra viên tham gia thu thập số liệu là các Bác sĩ và Y sĩ ở Trung tâm Y tế Dự phòng huyện phụ trách sức khỏe tâm thần; các Y, Bác sĩ chuyên trách sức khỏe tâm thần ở các Trạm Y tế xã nghiên cứu và các y tế thôn.

+ Phỏng vấn trực tiếp đối tượng tham gia nghiên cứu tại hộ gia đình bằng bộ câu hỏi in sẵn và thang đo GDS-30 điểm.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới, trình độ học vấn, kinh tế gia đình, hoàn cảnh sống và kết cấu gia đình

	Đặc điểm	Số lượng (n = 696)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	60-69	254	36,5
	70-79	260	37,4
	≥80	182	26,1
Giới tính	Giới tính	235	33,8
	Nữ	461	66,2
Trình độ học vấn	Mù chữ, biết đọc, biết viết	431	61,9
	Tiểu học, trung học cơ sở	231	33,2
	Trung học phổ thông trở lên	34	4,9
Kinh tế gia đình	Nghèo	123	17,7
	Cận nghèo	125	18,0
	Trung bình trở lên	448	64,3
Hoàn cảnh sống và kết cấu gia đình	Đơn thân	117	16,8
	Sống một thế hệ	466	67,0
	Sống từ hai thế hệ trở lên	113	16,2

3.2. Tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi

3.2.1. Tỷ lệ trầm cảm chung ở người cao tuổi

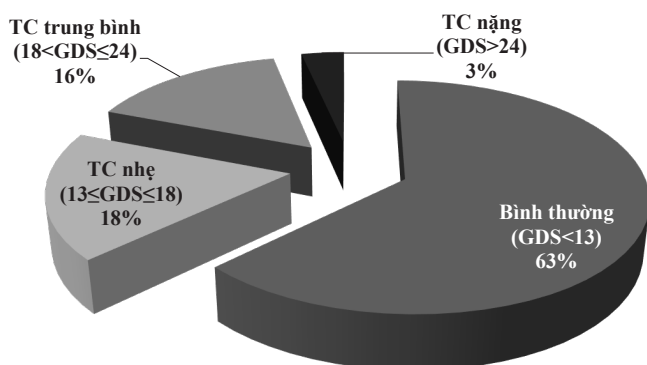
Bảng 3.2. Tỷ lệ trầm cảm chung

Trầm cảm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường (GDS<13)	438	62,9
Trầm cảm (GDS≥13)	258	37,1
Tổng cộng	696	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ TC ở NCT là 37,1%.

3.2.2. Phân loại mức độ trầm cảm ở người cao tuổi

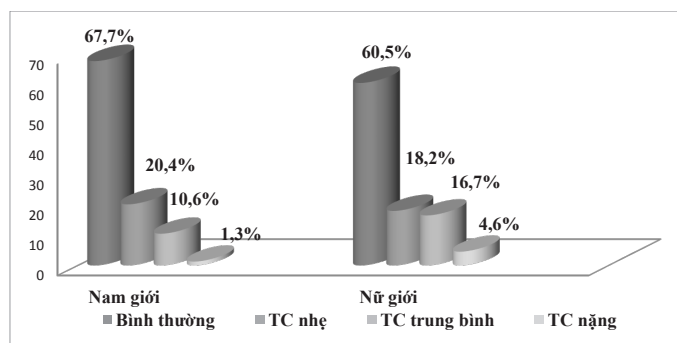
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ mức độ TC ở NCT



Nhận xét: Trầm cảm nặng (3,4%); Trầm cảm trung bình 15,7%; Trầm cảm nhẹ 18,0%.

3.2.3. Tỷ lệ mức độ trầm cảm ở người cao tuổi theo giới tính

Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ mức độ TC nam giới và nữ giới

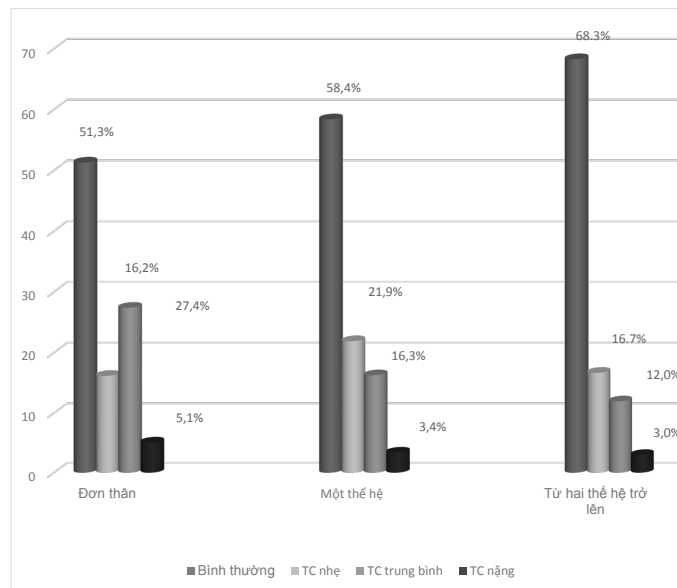


Nhận xét:

- Trầm cảm nhẹ ở nữ giới (18,2%) thấp hơn nam giới (20,4%).
- Trầm cảm trung bình ở nữ giới (16,7%) cao hơn nam giới (10,6%).
- Trầm cảm nặng ở nữ giới (4,6%) cao hơn nam giới (1,3%).

3.2.4. Tỷ lệ mức độ trầm cảm ở người cao tuổi theo hoàn cảnh sống và kết cấu gia đình

Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ mức độ trầm cảm ở người cao tuổi theo hoàn cảnh sống và kết cấu gia đình



Nhận xét:

- Trầm cảm nặng ở nhóm đơn thân (5,1%) cao hơn nhóm một thế hệ sống (3,4%), thấp nhất ở nhóm từ hai thế hệ sống trở lên (3,0%).
- Trầm cảm trung bình ở nhóm đơn thân (27,4%) cao hơn nhóm một thế hệ sống (16,3%), thấp nhất ở nhóm từ hai thế hệ sống trở lên (12,0%).
- Trầm cảm nhẹ ở nhóm một thế hệ sống (21,9%) cao nhất, hai nhóm còn lại là tương đương (16,2%-16,7%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi

Qua bảng 3.1, cho thấy nhóm tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ 36,5%, nhóm tuổi 70-79 (37,4%), nhóm tuổi từ 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất là 26,1%.

So với nghiên cứu tương tự ở TPHCM (2014) tỷ lệ nhóm tuổi 60-69 (52,5%) cao hơn 1,4 lần; nhóm tuổi 70-79 (35,8%) là tương đương; nhóm trên 80 tuổi (11,7%) thấp hơn 2,2 lần so với nghiên cứu của chúng tôi [4]. Tại TP Huế (2013) nhóm 60-69 tuổi (49%) cao hơn 1,3 lần; nhóm 70-79 tuổi (33,8%) thấp hơn 1,1 lần và nhóm trên 80 tuổi (17,2%) thấp hơn 1,5 lần so với nghiên cứu của chúng tôi [3]. Như vậy tỷ lệ nhóm NCT trên 80 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là cao nhất, nhóm 70-79 tuổi là tương đương và nhóm 60-69 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp nhất so với hai nghiên cứu tương tự ở trên. Sự khác nhau này cũng có thể hiểu rằng do địa điểm nghiên cứu của chúng tôi là đặc thù

của vùng nông thôn.

4.1.2. Giới tính

Trong nghiên cứu này, nữ giới chiếm tỷ lệ 66,8%, cao gấp 2 lần so với nam giới (33,8%). Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi (66,8%) cao hơn 1,2 lần so với nghiên cứu tương tự tại TP Huế [3] và cao gấp 1,4 lần so với nghiên cứu tương tự tại TPHCM [4]. Sự khác nhau này có thể do tính đặc thù khác nhau của địa điểm nghiên cứu.

4.1.3. Trình độ học vấn

Qua bảng 3.1, cho thấy trình độ học vấn NCT ở nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ mù chữ, biết đọc và biết viết 61,9%; tiểu học và trung học cơ sở 33,2%; THPT trở lên 4,9%. Trình độ học vấn NCT trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu tương tự. Trình độ học vấn ở NCT trong nghiên cứu của chúng tôi thấp bởi vì các đối tượng này sinh ra và lớn lên ở vùng nông thôn, trong giai đoạn đất nước gặp nhiều khó khăn về kinh tế và phải trải qua 2 cuộc chiến tranh chống Pháp và chống Mỹ cứu nước. Hơn nữa, huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi trong thời gian này là nơi căn cứ địa của chiến thắng Ba Gia lịch sử năm 1965 của dân tộc Việt Nam giải phóng đất nước.

4.1.4. Kinh tế gia đình

Qua bảng 3.1, kinh tế gia đình nghèo ở NCT chiếm tỷ lệ 35,7%. Trong khi đó nghiên cứu tương tự ở NCT TP Huế (2013), kinh tế gia đình nghèo ở NCT (14%) thấp hơn 2,6 lần so với nghiên cứu của chúng tôi [3]. Một nghiên cứu tương tự ở TPHCM (2014) kinh tế gia đình nghèo ở NCT (14,8%) thấp hơn 2,4 lần so với nghiên cứu của chúng tôi [4]. Hộ gia đình NCT ở nghiên cứu chúng tôi có kinh tế gia đình nghèo cao hơn so với nghiên cứu tương tự.

4.1.5. Hoàn cảnh sống và kết cấu gia đình

Qua bảng 3.1, NCT sống một mình 16,8%; sống cùng vợ hoặc chồng, sống cùng con, gia đình con và người khác 83,2%. Các nghiên cứu tương tự khác cho thấy ở Quận Thủ Đức, TPHCM (2014) NCT sống một mình (4,6%) thấp hơn 3,7 lần so với nghiên cứu của chúng tôi [4], ở TP Huế (2013) NCT sống một mình (5%) thấp hơn 3,4 lần so với nghiên cứu của chúng tôi [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi NCT sống một mình có tỷ lệ cao hơn nhiều lần so với nghiên cứu tương tự.

4.2. Tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi

4.2.1. Tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi

Qua bảng 3.2, cho thấy tỷ lệ TC ở NCT ở huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi là 37,1%.

So với các nghiên cứu tương tự khác trong nước cùng sử dụng thang đo GDS nguyên bản 30 điểm (GDS-30) và đối

tượng là NCT từ 60 tuổi trở lên, tác giả Nguyễn Hoàng Thùy Linh và cộng sự tại TP Huế (2013) cho biết tỷ lệ TC ở NCT là 28,4% [3], tại Quận Thủ Đức, TPHCM (2014) 17,2% [4]. Sự dĩ có sự khác nhau này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi sống ở vùng nông thôn, nên có khác nhau nhiều về trình độ học vấn, điều kiện địa lý, thói quen sinh hoạt và lối sống.

So với các nghiên cứu tương tự khác trên thế giới, kết quả nghiên cứu chúng tôi là tương đương. Tại Trung Quốc nghiên cứu của Gao S và cộng sự (2009) cũng bằng thang đo GDS-30, công bố tỷ lệ TC ở NCT là 30,8% [8]. Tại thành phố Karachi, Pakistan tác giả Bhamani M.A. Karim MS và khan MM. (2013) đã nghiên cứu về TC ở NCT từ 60 tuổi trở lên cho kết quả tỷ lệ hiện mắc TC là khá cao 40,6%, tuy nhiên ở đây tác giả dùng thang đo GDS rút gọn 15 điểm (GDS-15) với điểm cắt là 5 điểm [7]. Tỷ lệ TC ở NCT tại các vùng, miền, quốc gia, lãnh thổ và châu lục khác nhau là có sự khác nhau.

4.2.2. Mức độ trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi

Qua biểu đồ 3.1, kết quả chẩn đoán và phân loại TC trong quần thể NCT ở huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi theo thang đo GDS-30 như sau: mức độ trầm cảm nhẹ ($13 \leq GDS \leq 18$) chiếm 18,0%; trầm cảm trung bình ($18 < GDS \leq 24$) chiếm 15,7% và trầm cảm nặng ($GDS > 24$) chiếm 3,4%.

So với các nghiên cứu tương tự trong nước cũng sử dụng thang đo GDS-30 và cùng điểm cắt, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ mức độ TC ở NCT cao hơn. Có thể giải thích rằng chúng tôi thực hiện nghiên cứu tại vùng nông thôn, nơi mà chúng ta thường cho là có cuộc sống bình yên và có lẽ chính vì thế mà rất ít nghiên cứu về TC ở NCT được triển khai ở vùng nông thôn. Phải nói rằng vùng nông thôn là nơi mà hiện nay đối với NCT có rất nhiều yếu tố nguy cơ gây TC như: Con cháu phải đi làm ăn xa, ở nhà chỉ còn lại người già và trẻ em, từ đó người già thiếu người chia sẻ tâm sự, thiếu sự quan tâm chăm sóc từ gia đình, kinh tế khó khăn, nguồn thu nhập kiếm sống không ổn định, sự hỗ trợ xã hội còn thấp, các hoạt động xã hội tổ chức thực hiện chưa được phù hợp như ở thành thị. Ngoài ra, các vấn đề như tranh chấp đất đai, mâu thuẫn dòng tộc, phân chia tài sản... xảy ra ngày càng nhiều. Mặt khác, nông thôn là nơi sinh ra và lớn lên của NCT nên họ đã từng chứng kiến những biến cố xảy ra trong cuộc đời và đặc biệt là tình trạng ô nhiễm môi trường nông thôn ngày càng trầm trọng như hiện nay. Chính vì vậy mà NCT ở nông thôn nơi chúng tôi nghiên cứu có mức độ TC chiếm tỷ lệ cao.

So với một số nghiên cứu khác trên thế giới, kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỷ lệ mức độ TC thấp hơn. Tác giả Sujuan Gao S và cộng sự sử dụng thang đo GDS-30 với



điểm cắt 10/11 cho biết tỷ lệ mức độ TC ở NCT tại Trung Quốc: TC nhẹ 26,5% (95%CI:24,4-28,6%), TC nặng 4,3% (95%CI:3,4-5,4%) [8]. Sự khác biệt này được lý giải có thể là do chọn điểm cắt thang đo GDS để chẩn đoán ban đầu về TC ở NCT. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng điểm cắt 12/13, trong khi đó nghiên cứu của Sujuan Gao lại sử dụng điểm cắt là 10/11.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh

Quảng Ngãi: Chiếm tỷ lệ 37,1% khá cao hơn một số nghiên cứu tương tự trong nước và trên thế giới. Trong đó: Trầm cảm nhẹ ($13 \leq GDS \leq 18$) chiếm 18,0%; Trầm cảm trung bình ($18 < GDS \leq 24$) chiếm 15,7%; Trầm cảm nặng ($GDS > 24$) chiếm 3,4%.

Ngành y tế địa phương cần phải xác định bệnh trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi là vấn đề y tế ưu tiên cần phải can thiệp giải quyết trong chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. George N. Christodoulou (2012), Trầm cảm là hậu quả của khủng hoảng kinh tế trầm cảm: căn bệnh toàn cầu, Liên đoàn sức khỏe tâm thần thế giới, ngày sức khỏe tâm thần thế giới, 10/10/2012
2. Jeffrey Geller, MD và MPH (2012), Trầm cảm và mối nguy cơ cho cộng đồng Trầm cảm: căn bệnh toàn cầu, liên đoàn sức khỏe tâm thần thế giới ngày sức khỏe tâm thần thế giới, 10/10/2012.
3. Nguyễn Hoàng Thùy Linh (2013), "Nghiên cứu tỉ lệ rối loạn trầm cảm người cao tuổi ở thành phố Huế", luận thạc sĩ y khoa, Đại học Y Dược Huế.
4. Nguyễn Đỗ Ngọc (2014), "Nghiên cứu tỷ lệ rối loạn trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh năm 2014", Đại học Y Dược Huế, luận án chuyên khoa cấp II
5. Vương Văn Tịnh (2010), "Một số nhận xét về dịch tễ học của trầm cảm", Tạp chí Y học Thực hành 9, tr. 17-19.
6. Phạm Văn Trụ (2009), Trầm cảm thường bị chẩn đoán sai trong chăm sóc ban đầu, chuyên đề tâm thần-trầm cảm, Bệnh viện Tâm thần thành phố Hồ Chí Minh
7. Bhamani M. A, Karim MS và Khan MM. (2013), "Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: a cross sectional study", BMC Psychiatry, tr. pp.13-181.
8. Gao S1 và các cộng sự. (2009), "Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese", Int J Geriatr Psychiatry. 24 (12) tr. pp.1358-1366.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRẦM CẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN SƠN TINH TỈNH QUẢNG NGÃI NĂM 2015

Đỗ Văn Diệm¹, Võ Văn Thắng²

TÓM TẮT

Mở đầu: Trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp ở người cao tuổi. Nó sẽ là tác nhân lớn nhất gây ra gánh nặng bệnh tật toàn cầu đến năm 2030, sự thoái hóa của các tế bào não, sự già hóa của các cơ quan trong cơ thể, kết hợp với các sang chấn tâm lý có thể do môi trường, xã hội làm cho trầm cảm ở người cao tuổi có nhiều nét đặc thù riêng khác hẳn so với các lứa tuổi trẻ. Bên cạnh các triệu chứng của trầm cảm thì người cao tuổi còn có các biểu hiện cơ thể khác nhiều khi lại nổi trội, che mờ các triệu chứng của trầm cảm.

Mục đích: Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tinh, tỉnh Quảng Ngãi.

Phương pháp nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu gồm 696 người từ 60 tuổi trở lên, nghiên cứu mô tả cắt ngang, phỏng vấn trực tiếp tại hộ gia đình bằng bộ câu hỏi và thang đo GDS 30 danh mục với điểm cắt 12/13.

Kết quả: 31,7% người cao tuổi có biểu hiện trầm cảm. Có 11 yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi: Trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, kết cấu gia đình và hoàn cảnh sống, kinh tế gia đình, nguồn thu nhập kiếm sống, số người chia sẻ tâm sự ngoài người trong gia đình, mắc bệnh mạn tính, yếu tố di truyền, biến cố vừa xảy ra trong 12 tháng vừa qua, biến cố lớn xảy ra trong cuộc đời, sự hỗ trợ xã hội thấp là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến trầm cảm ở người cao tuổi ($p < 0,05$).

Kết luận: Dự phòng là nỗ lực tốt nhất ở giai đoạn sớm khi người cao tuổi có biểu hiện dấu hiệu trầm cảm. Chú trọng chăm sóc người cao tuổi, đặc biệt ở người có nguy cơ cao của trầm cảm như phát hiện của nghiên cứu. Tiếp cận hiệu quả nhất là điều trị sớm đối tượng khi phát hiện có biểu hiện trầm nhẹ nhằm ngăn chặn tình trạng nặng lên của vấn đề này tại cộng đồng.

ABSTRACT

FACTORS INFLUENCING DEPRESSION AMONG THE ELDERLY IN SON TINH DISTRICT, QUANG NGAI PROVINCE IN 2015

Introduction: Depression was a common mental disorders in the elderly. It would have been the biggest cause of global burden of disease in 2030, the degeneration of brain cells, the aging of organs in the body, combined with the psychological trauma can be caused by environment and social factors making depression in the elderly different from younger ages. Besides the symptoms of depression, the elderly also have other physical symptoms as the dominant variety, obscured the symptoms of depression.

Aim: To find out possible factors related to depression among the elderly in Son Tinh district, Quang Ngai province.

Methodology: The sample consists of 696 people aged 60 and older, cross-sectional descriptive study, direct interviews at households using questionnaires and 30-item self-report Scales GDS (Geriatric Depression Scale) with the cutting of point was 12/13.

Results: Depression rate was high at 37.1%. There were 11 factors influencing significantly depression among the elderly: Educational level, marital status, family living conditions, family economics, personal income, social relation, chronic diseases, genetic factors, negative events in the past 12 months, stressful life events, social support ($p < 0,05$).

Conclusion: Prevention efforts may aim to prevent a first onset. Preventive efforts are often targeted at those who are at increased risk of disorder. The most promising preventive approach may be treating older adults with early depressive symptoms in order to prevent worse depression disorder at community health care service level.

1. Sở Y tế tỉnh Quảng Ngãi. Email: dieuhien2003vdd@gmail.com

2. Khoa YTCC, Trường Đại học Y Dược Huế

» Ngày nhận bài: 12/11/2016 | » Ngày phản biện: 16/11/2016 | » Ngày duyệt đăng: 19/11/2016

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một trong những loại rối loạn tâm thần thường gặp ở người cao tuổi với tỷ lệ xấp xỉ 20% ở người trên 65 tuổi [6]. Người mắc trầm cảm có thể là mối nguy hại cho cộng đồng, đa số các trường hợp giết người và tự tử sau đó là do thủ phạm mắc phải chứng trầm cảm [4]. Năm 2020, trầm cảm sẽ đứng thứ 2 trong danh sách nguyên nhân gây ra tàn tật và nó sẽ là tác nhân lớn nhất gây ra gánh nặng bệnh tật toàn cầu đến năm 2030 [2]. Bên cạnh các triệu chứng của trầm cảm thì người cao tuổi còn có các biểu hiện cơ thể khác nhiều khi lại nổi trội, che mờ các triệu chứng của trầm cảm [1]. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi hiện nay là khá cao. Theo tác giả Bhamani M.A và cộng sự (2013) tại thành phố Karachi Cộng hòa Hồi giáo Pakistan 40,6% [8], tại thành phố Huế (2013) 28,4% [3].

Trên thực tế hơn 90% người cao tuổi có các biểu hiện trầm cảm mà không được chẩn đoán và điều trị thỏa đáng [1], [7], nhằm mục đích góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi, nhất là trong giai đoạn hiện nay chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người 60 tuổi trở lên đang sinh sống trên địa bàn huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ trong quần thể.

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \quad X D$$

Trong đó: p: Tỷ lệ TC ở NCT trong cộng đồng, chọn p=28,4% theo nghiên cứu tương tự của Nguyễn Hoàng Thùy Linh và cộng sự tại TP Huế (2013) [5]. d=0,05. α: Mức ý nghĩa thống kê, chọn α=0,05. $Z_{(α/2)}$ =1,96 giá trị thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α được chọn. D: Hệ số thiết kế.

Thay vào công thức trên ta tính được cỡ mẫu nghiên cứu là:

n	=	3,84 x	$\frac{0,284 \times (1-0,284)}{0,052}$	X D = 312,3X D
---	---	--------	--	----------------

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng tỷ lệ, cỡ mẫu được nhân với hệ số thiết kế là D=2:

$$n = 313 \times 2 = 626$$

Chúng tôi chọn 696 người để tránh thiếu mẫu nghiên cứu

(thêm 10% cỡ mẫu).

2.3. Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng tỷ lệ:

- Cỡ mẫu của từng tầng được tính theo công thức:

$$n_i = n \frac{N_i}{N}$$

Trong đó:

n_i : Cỡ mẫu của tầng i

n: Cỡ mẫu của tất cả các tầng

N_i : Người cao tuổi tầng i

N: Người cao tuổi quần thể nghiên cứu

Chọn được 5 xã /11 xã đại diện cho 3 tầng đó là: Tịnh Đông, Tịnh Minh, Tịnh Hà, Tịnh Trà, Tịnh Phong và cỡ mẫu được tính ra tương ứng.

- Chọn người cao tuổi điều tra theo cách chọn ngẫu nhiên hệ thống tương ứng với từng xã.

- Phương pháp thu thập số liệu và công cụ nghiên cứu:

+ Chọn điều tra viên tham gia thu thập số liệu là các Bác sĩ và Y sĩ ở Trung tâm Y tế Dự phòng huyện phụ trách sức khỏe tâm thần; các Y, Bác sĩ chuyên trách sức khỏe tâm thần ở các Trạm Y tế xã nghiên cứu và các y tế thôn.

+ Phỏng vấn trực tiếp đối tượng tham gia nghiên cứu tại hộ gia đình bằng bộ câu hỏi in sẵn và thang đo GDS-30 điểm.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới, hôn nhân, trình độ học vấn, kinh tế gia đình, công việc, hoàn cảnh sống và kết cấu gia đình

Đặc điểm tuổi, giới, hôn nhân, trình độ học vấn, kinh tế gia đình, công việc, hoàn cảnh sống và kết cấu gia đình		Số lượng (n = 696)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	60-69	254	36,5
	70-79	260	37,4
	≥80	182	26,1
Giới tính	Nam	235	33,8
	Nữ	461	66,2
Trình độ học vấn	Mù chữ	74	10,6
	Biết đọc, biết viết	357	51,3
	Tiểu học	167	24,0

	Trung học cơ sở	64	9,2
	Trung học phổ thông	24	3,5
	Trên trung học phổ thông	10	1,4
Kinh tế gia đình	Nghèo	123	17,7
	Cận nghèo	125	18,0
	Trung bình trở lên	448	64,3
Tình trạng công việc hiện tại	Có làm việc kiếm sống	449	64,5
	Không làm việc kiếm sống	247	35,5
Hoàn cảnh sống và kết cấu gia đình	Sống một mình	117	16,8
	Sống cùng vợ/chồng và anh, chị, em	178	25,6
	Sống cùng vợ/chồng và con	163	23,4
	Sống cùng con	125	18,0
	Sống cùng vợ/chồng và gia đình con	50	7,2
	Sống cùng gia đình con	58	8,3
	Sống với người khác	5	0,7

3.2. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi

3.2.1. Tỷ lệ trầm cảm chung ở người cao tuổi

Bảng 3.2. Tỷ lệ trầm cảm chung

Trầm cảm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường (GDS<13)	438	62,9
Trầm cảm (GDS≥13)	258	37,1
Tổng cộng	696	100,0

Trầm cảm ở người cao tuổi khá cao chiếm tỷ lệ 37,1%

3.2.2. Qua mô hình hồi qui đơn biến

Qua kiểm định 20 biến số độc lập với biến số phụ thuộc “trầm cảm” cho kết quả như sau:

- Có 9 yếu tố không có mối liên quan ($p > 0,05$) bao gồm:

Tuổi, giới tính, tình trạng công việc trong quá khứ, tình trạng công việc hiện tại, tham gia hoạt động xã hội, đời sống tình dục hiện tại, thói quen hút thuốc lá, thói quen vận động thể lực, thói quen uống rượu.

- Có 11 yếu tố có mối liên quan ($p < 0,05$) bao gồm: Trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, kết cấu gia đình và hoàn cảnh sống, kinh tế gia đình, nguồn thu nhập kiếm sống, số người chia sẻ tâm sự ngoài người trong gia đình, mắc bệnh mạn tính, yếu tố di truyền, biến cố vừa xảy ra trong 12 tháng

vừa qua, biến cố lớn xảy ra trong cuộc đời, sự hỗ trợ xã hội thấp là những yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi.

3.2.3. Qua mô hình hồi qui đa biến

Bảng 3.3. Qua mô hình hồi qui đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi

Biến độc lập	OR	Khoảng tin cậy 95% của OR	Ý nghĩa thống kê (p)
Kinh tế gia đình			
Không nghèo (Trung bình trở lên)	1		<0,001
Nghèo	2,313	1,588-3,369	
Nguồn thu nhập			
Từ 1 nguồn	1		<0,001
Từ ≥2 nguồn	2,477	1,611-3,809	
Số người chia sẻ tâm sự ngoài gia đình			
Nhiều (≥ 2 người)	1		0,024
Ít hoặc không có (≤ 1 người)	1,635	1,067-2,507	
Mắc bệnh mạn tính			
Không có bệnh	1		0,006
Có ≥1 bệnh	2,737	1,341-5,586	
Yếu tố di truyền			
Không có	1		0,031
Có	2,087	1,068-4,079	
Biến cố xảy ra 12 tháng qua			
Không có	1		<0,001
Có ≥1 biến cố	1,935	1,349-2,776	
Biến cố lớn xảy ra trong cuộc đời			
Không có	1		0,001
Có ≥1 biến cố	2,446	1,447-4,136	
Hỗ trợ xã hội			
Cao	1		0,021
Thấp	1,513	1,064-2,150	

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi

Tuổi không liên quan đến TC ở NCT. Một số chuyên gia cho rằng TC đang ngày càng trở thành “dịch” ở người cao tuổi [40]. Tuổi càng cao càng giảm sút khả năng thích ứng

nên tạo ra những áp lực tác động đến sức khỏe ở NCT. Bên cạnh đó, quá trình sống lâu là quá trình tích lũy các sang chấn, trong khi đời sống xã hội càng ngày càng phát triển, tuổi già làm họ cảm thấy bất lực trước hoàn cảnh sống, dễ cảm thấy lạc lõng không theo kịp thời đại, thu hẹp các mối quan hệ xã hội nên họ càng trở nên cô đơn và có ảnh hưởng rất lớn đến TC.

4.2. Giới tính

Tỷ lệ TC ở nữ giới cao hơn so với nam giới được lý giải liên quan đến vấn đề giới, đặc điểm giới, địa vị của người phụ nữ trong xã hội. Vì TC là một tình trạng bệnh lý chịu nhiều ảnh hưởng của đời sống tinh thần, văn hóa, xã hội. Mặc dù, vai trò của người phụ nữ hiện nay đã được nâng cao tuy nhiên họ vẫn chịu nhiều áp lực từ gánh nặng gia đình, chăm sóc con cái, thời gian dành cho sinh hoạt xã hội, giải trí rất ít và hầu như không có. Bên cạnh đó, vấn đề về sinh học, nội tiết cũng ảnh hưởng đến sự phát triển TC ở giới nữ. Tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ TC theo giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Điều này cho thấy rằng yếu tố giới tính không liên quan đến TC ở NCT trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.3. Trình độ học vấn

Khi kiểm định đơn biến trình độ học vấn có liên quan đến TC ở NCT ($p<0,05$). Qua phân tích mô hình hồi quy đa biến logistic (bảng 3.3), trình độ học vấn không có mối liên hệ với TC ở NCT trong nghiên cứu này.

Những NCT với học vấn cao hơn, họ đã chuẩn bị cho mình những kiến thức cần thiết để đối mặt với vấn đề sức khỏe thể chất cũng như sức khỏe tâm thần khi bước vào giai đoạn trên 60 tuổi, do đó khả năng thích nghi, thích ứng và hòa nhập với sự biến đổi của môi trường mới được tốt hơn.

4.4. Tình trạng hôn nhân

Trầm cảm ở nhóm hết kết hôn và đơn thân (góa/ly dị/ly thân và đơn thân) có liên quan đến TC ở NCT ($p<0,05$).

Qua phân tích mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan (bảng 3.3), cho thấy nhóm NCT hết kết hôn và đơn thân bị TC cao gấp 1,1 lần so với nhóm kết hôn, nhưng yếu tố tình trạng hôn nhân không có mối liên hệ với TC ở NCT (OR=1,122; 95%CI:0,763–1,649; $p=0,560$).

4.5. Tình trạng công việc trong quá khứ và hiện tại:

Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng công việc trong quá khứ và hiện tại và tỷ lệ TC ở NCT.

Khi NCT bước vào giai đoạn trên 60 tuổi, họ sẽ mất đi địa vị xã hội, thu hẹp những mối quan hệ ngoài xã hội thì những công việc làm thêm trong giai đoạn này sẽ làm họ đỡ buồn chán khi thay đổi môi trường mới, họ không tự ti vì phải phụ thuộc vào người khác hay con cháu. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này lại ngược lại có lẽ vì địa điểm nghiên cứu ở đây là

vùng nông thôn với 89,1% NCT làm nghề nông.

4.6. Kết cấu gia đình và hoàn cảnh sống

Kết cấu gia đình và hoàn cảnh sống có liên quan đến TC ở NCT. Qua phân tích mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan (bảng 3.3), cho thấy hoàn cảnh sống và kết cấu gia đình không có mối liên hệ với TC ở NCT (OR=1,002; 95%CI:0,592–1,696; $p=0,994$).

Điều này cho chúng ta thấy rằng hiện nay chịu tác động rất lớn của nền kinh tế thị trường, áp lực giữa sự phát triển xã hội và nền kinh tế, từ đó dẫn đến gia đình nhiều thế hệ không có nhiều như trước đây, con cái khi trưởng thành có thể tự lập và vun đắp tổ ấm của riêng mình, họ ít có điều kiện để chăm sóc cha/mẹ và người thân của mình. Vì vậy kết cấu gia đình và hoàn cảnh sống là yếu tố có liên quan đến TC ở NCT là hoàn toàn phù hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.7. Kinh tế gia đình

Kinh tế gia đình có liên quan đến TC ở NCT. Qua phân tích mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan (bảng 3.3), cho thấy kinh tế gia đình nghèo có tỷ lệ mắc TC cao hơn gấp khoảng 2,3 lần so với kinh tế gia đình không nghèo (trung bình trở lên) (OR=2,268; 95%CI:1,588-3,369; $p=0,000$). Yếu tố kinh tế gia đình có mối liên hệ với TC ở NCT trong nghiên cứu này.

4.8. Nguồn thu nhập kiếm sống

Nguồn thu nhập kiếm sống của NCT có liên quan đến TC. Qua phân tích mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan (bảng 3.3), cho thấy NCT có 2 nguồn thu nhập để sống trở lên bị TC cao hơn gấp 2,5 lần NCT có một nguồn thu nhập kiếm sống (OR=2,486; 95%CI:1,611-3,809; $P=0,000$). Yếu tố nguồn thu nhập kiếm sống có mối liên hệ với TC ở NCT trong nghiên cứu này.

Qua những kết quả trên chúng ta có thể nhận định rằng, khi NCT có một nguồn thu nhập kiếm sống ổn định để sinh sống thì họ thấy an tâm, thoải mái hơn, cảm giác ít phải phụ thuộc vào người khác, từ đó làm cho NCT vui vẻ hơn.

4.9. Số người chia sẻ tâm sự ngoài gia đình

Số người chia sẻ tâm sự ngoài người gia đình có liên quan đến TC ở NCT. Qua phân tích mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan (bảng 3.3), cho thấy NCT không có hoặc chỉ có một người chia sẻ tâm sự ngoài gia đình bị TC cao hơn gấp 1,6 lần NCT có nhiều người chia sẻ tâm sự ngoài gia đình (OR=1,635; 95% CI:1,067–2,507; $p=0,024$). Yếu tố số người chia sẻ tâm sự ngoài gia đình có mối liên hệ với TC ở NCT trong nghiên cứu này.

Khi về già NCT giảm dần sức lao động về sống với gia đình, vì vậy ngoài người chia sẻ trong gia đình thì người chia sẻ tâm sự ngoài gia đình là rất quan trọng, vì họ có thể chia sẻ tâm sự một cách khách thể mà không bị ràng buộc bởi gia

đình và con cái, từ đó giúp cho NCT chia sẻ những nỗi niềm và sẽ giảm đi căng thẳng nếu có cũng như sự buồn phiền.

4.10. Tham gia hoạt động xã hội

Yếu tố tham gia hoạt động xã hội không liên quan đến TC ở NCT.

Theo lý luận cơ bản về cuộc sống con người và xã hội cho thấy khi NCT tham gia các hoạt động xã hội: hội NCT, hội cựu chiến binh, câu lạc bộ thơ ca, hội làm vườn..., thì NCT có dịp chia sẻ được những buồn-vui vào công việc, hơn nữa được chia sẻ buồn - vui với bạn bè người thân, được tiếp cận khoa học kỹ thuật, dịch vụ chăm sóc sức khỏe... nên ít bị bệnh TC hơn so với NCT không tham gia hoạt động xã hội. Tuy nhiên chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố tham gia hoạt động xã hội ở NCT với TC trong nghiên cứu này.

4.11. Tình trạng bệnh mạn tính

Tình trạng bệnh mạn tính có liên quan TC ở NCT. Qua phân tích mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan (bảng 3.3), cho thấy NCT có ít nhất một bệnh mạn tính bị TC cao gấp khoảng 2,7 lần NCT không mắc bệnh mạn tính (OR = 2,737; 95%CI:1,341–5,586; p = 0,006). Yếu tố tình trạng bệnh mạn tính có mối liên hệ với TC ở NCT trong nghiên cứu này.

Nhiều công trình nghiên cứu về đặc điểm tâm sinh lý ở NCT nhận thấy, quá trình lão hóa diễn ra trong cơ thể làm giảm hiệu quả của quá trình tự điều chỉnh và làm giảm khả năng thích ứng của cơ thể. Các quá trình chuyển hóa vật chất dần dần suy giảm theo lứa tuổi làm giảm chức năng các cơ quan trong cơ thể từ đó phá vỡ cân bằng sinh lý của cơ thể, dẫn đến rối loạn chức năng và mắc bệnh là điều không thể tránh khỏi trong quá trình phát triển sinh học tự nhiên của tuổi già.

4.12. Đời sống tình dục hiện tại

Đời sống tình dục không liên quan đến TC ở NCT. Vấn đề đời sống tình dục là vấn đề khá nhạy cảm và ít được nhắc đến trong các nghiên cứu, đặc biệt trong nghiên cứu trên đối tượng NCT. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ là những số liệu ban đầu nghiên cứu về mối liên quan giữa đời sống tình dục ở NCT và TC.

4.13. Yếu tố di truyền

Yếu tố di truyền có liên quan đến TC ở NCT. Qua phân tích mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan (bảng 3.3), cho thấy NCT có yếu tố di truyền về bệnh TC thì có tỷ lệ mắc TC cao gấp 2 lần so với NCT không có yếu tố di truyền (OR = 2,08; 95%CI:1,06 - 4,07; P = 0,03). Yếu tố di truyền có mối liên hệ với TC ở NCT trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.14. Yếu tố thói quen hút thuốc lá

Thói quen hút thuốc lá không liên quan đến TC ở NCT.

Ở một số nghiên cứu khác cho thấy rằng: Có sự liên kết quan trọng giữa hút thuốc lá và TC. Những người dễ bị TC đối mặt với nguy cơ 25% trở nên chán nản khi bỏ thuốc lá kéo dài ít nhất 6 tháng. Hơn nữa, những người TC hút thuốc không có khả năng bỏ thuốc lá, chỉ có khoảng 6% cai thuốc thành công sau 1 năm. Những người hút thuốc có tiền sử TC không được khuyến khích tiếp tục hút thuốc lá, mặc khác còn phải theo dõi sát về sự tái phát TC sau khi họ ngừng hút thuốc.

4.15. Yếu tố thói quen vận động thể lực

Vận động thể lực không liên quan đến TC ở NCT trong nghiên cứu này. Tuy nhiên theo rất nhiều nghiên cứu đã cho thấy lối sống với hoạt động thể lực tích cực có tác dụng làm giảm nguy cơ mắc các triệu chứng TC.

4.16. Yếu tố thói quen uống rượu

Thói quen uống rượu không liên quan đến TC ở NCT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, NCT có thói quen uống rượu có tỷ lệ TC ít hơn NCT không có thói quen uống rượu là phù hợp. Tuy nhiên thói quen uống rượu ở NCT không phải là yếu tố liên quan đến TC trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.17. Biến cố vừa xảy ra trong vòng 12 tháng qua

Biến cố vừa xảy ra trong 12 tháng qua có liên quan đến TC ở NCT. Qua phân tích mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan (bảng 3.3), cho thấy NCT trải qua từ 1 biến cố trở lên trong vòng 12 tháng có tỷ lệ TC cao hơn khoảng 1,9 lần so với người không gặp biến cố nào (OR = 1,94; 95%CI:1,35-2,78; p = 0,000). Các chấn thương tâm lý đóng vai trò rất quan trọng trong bệnh sinh của TC. Dưới tác động lâu dài của các stress, các yếu tố sinh học trong não bộ bị biến đổi, từ đó dẫn đến thay đổi trong chức năng của não. Sự thay đổi sinh học của não có thể là sự thay đổi các chất dẫn truyền thần kinh trung ương như serotonin, noradrenalin, dopamin..., giảm khả năng dẫn truyền tín hiệu giữa các vùng não với nhau. Bên cạnh đó, sự thay đổi yếu tố sinh học của não còn bao gồm cả sự mất các neuron, vì vậy, làm giảm sự tiếp xúc giữa các synap. Có thể các stress đã kết thúc nhưng vẫn là nguy cơ gia tăng về tỷ lệ TC.

4.18. Biến cố lớn trong cuộc đời

Biến cố lớn trong cuộc đời có liên quan đến TC ở NCT. Qua phân tích mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan (bảng 3.27), cho thấy tỷ lệ TC ở nhóm NCT đã bị ít nhất 1 biến cố lớn trong cuộc đời cao gấp 2,5 lần so với nhóm không bị biến cố nào (OR = 2,45; 95%CI:1,45-4,14; p = 0,001).

4.19. Sự hỗ trợ xã hội

Sự hỗ trợ xã hội có liên quan đến TC ở NCT. Qua phân tích mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan (bảng 3.3), cho thấy NCT nhận được sự hỗ trợ xã hội thấp có tỷ lệ mắc TC cao gấp khoảng 1,5 lần so với người



nhận được sự hỗ trợ xã hội cao (OR = 1,51; 95%CI:1,06–2,15; p = 0,02).

Một số nghiên cứu tương tự trong nước và ngoài nước cũng cho kết quả tương tự.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Có 8 yếu tố liên quan có mối liên hệ đến trầm cảm ở người cao tuổi cần tổ chức tuyên truyền phổ biến cho cộng đồng (p<0.05):

Kinh tế gia đình nghèo, bị trầm cảm cao hơn gấp 2,3 lần so với người cao tuổi có kinh tế gia đình không nghèo (OR = 2,31; 95%CI:1,59 – 3,37).

Nguồn thu nhập kiếm sống, có từ 2 nguồn trở lên bị trầm cảm cao hơn gấp 2,5 lần người cao tuổi có một nguồn thu nhập kiếm sống (OR = 2,48; 95%CI:1,611 – 3,81).

Số người chia sẻ tâm sự ngoài người trong gia đình, có ít hoặc không có bị trầm cảm cao hơn gấp 1,6 lần so với người cao tuổi có từ 2 người trở lên (OR = ,64; 95%CI:1,07 – 2,57).

Mắc bệnh mạn tính, bị trầm cảm cao hơn 2,7 lần so với người cao tuổi không mắc bệnh mạn tính (OR = 2,74;

95%CI:1,34 – 5,59).

Có yếu tố di truyền, bị mắc bệnh trầm cảm cao hơn gấp 2,1 lần so với người cao tuổi không có yếu tố di truyền (OR = 2,09; 95%CI:1,07–4,08).

Có biến cố xảy ra 12 tháng qua, bị trầm cảm cao hơn gấp 2 lần so với người cao tuổi không có biến cố nào (OR = 1,94; 95%CI:1,35 – 2,78).

Có biến cố trong cuộc đời, bị trầm cảm cao hơn gấp 2,5 lần so với người cao tuổi không có biến cố nào (OR = 2,45; 95%CI:1,45 – 4,14).

Sự hỗ trợ xã hội thấp, bị trầm cảm cao hơn gấp 1,5 lần so với người cao tuổi có sự hỗ trợ xã hội cao (OR = 1,51; 95%CI:1,06 – 2,14).

Ngành Y tế địa phương cần phải xác định bệnh trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi là vấn đề y tế ưu tiên cần phải can thiệp giải quyết trong chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng hiện nay, đặc biệt chú trọng các đối tượng có nguy cơ cao từ phát hiện ở nghiên cứu này và đề xuất những mô hình can thiệp hiệu quả qua những nghiên cứu sâu hơn trong tương lai gần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Văn Dũng (2014), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố liên quan và điều trị các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi, Viện Sức khỏe Tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai, luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
2. George N. Christodoulou (2012), Trầm cảm là hậu quả của khủng hoảng kinh tế trầm cảm: căn bệnh toàn cầu, Liên đoàn sức khỏe tâm thần thế giới, ngày sức khỏe tâm thần thế giới, 10/10/2012.
3. Tôn Thất Hưng và CS (2012), "Nghiên cứu tình hình và các yếu tố tâm lý xã hội liên quan đến rối loạn trầm cảm tại phường Xuân Phú - thành phố Huế", Tạp chí Y học Thực hành. 805, tr. 241-248.
4. Jeffrey Geller, MD và MPH (2012), Trầm cảm và mối nguy cơ cho cộng đồng Trầm cảm: căn bệnh toàn cầu, liên đoàn sức khỏe tâm thần thế giới ngày sức khỏe tâm thần thế giới, 10/10/2012.
5. Nguyễn Hoàng Thùy Linh (2013), "Nghiên cứu tỉ lệ rối loạn trầm cảm người cao tuổi ở thành phố Huế", luận văn thạc sĩ y khoa, Đại học Y Dược Huế.
6. Vương Văn Tịnh (2010), "Một số nhận xét về dịch tễ học của trầm cảm", Tạp chí Y học Thực hành 9, tr. 17-19.
7. Phạm Văn Trụ (2009), Trầm cảm thường bị chẩn đoán sai trong chăm sóc ban đầu, chuyên đề tâm thần-trầm cảm, Bệnh viện Tâm thần thành phố Hồ Chí Minh
8. Bhamani M. A, Karim MS và Khan MM. (2013), "Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: a cross sectional study", BMC Psychiatry, tr. pp.13-181.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ VAI TRÒ QUẢN LÝ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ THÔN VỀ LÀM MẸ AN TOÀN TẠI 4 XÃ MIỀN NÚI HUYỆN MINH HÓA TỈNH QUẢNG BÌNH NĂM 2016

Đỗ Văn Dung¹, Cao Sỹ Phương², Vũ Phong Túc³

TÓM TẮT

Đề tài được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, trên 40 nhân viên y tế thôn của 4 xã miền núi thuộc huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình. Kết quả nghiên cứu cho thấy như sau:

Tỷ lệ nhân viên y tế thôn biết và quản lý được số lượng phụ nữ có thai tại địa bàn tương đối cao chiếm 82,5%.

Tỷ lệ nhân viên y tế thôn có các kiến thức về tư vấn phụ nữ trước sinh cho bà mẹ đạt từ 7,5% đến 100%; các kiến thức về tư vấn phụ nữ trong sinh cho bà mẹ đạt từ 7,5% đến 100%; các kiến thức về tư vấn phụ nữ sau sinh cho bà mẹ đạt từ 7,5% đến 55,5%.

Tỷ lệ nhân viên y tế thôn được tập huấn làm mẹ an toàn đến thăm phụ nữ trước sinh cao hơn nhóm nhân viên y tế thôn không được tập huấn làm mẹ an toàn (86,7% và 40,0%), với $p < 0,05$. Tỷ lệ nhân viên y tế thôn được tập huấn làm mẹ an toàn có tỷ lệ biết và quản lý phụ nữ có thai cao hơn nhóm không được tập huấn (93,3% và 76,0%), với $p < 0,05$.

Từ khóa: Nhân viên y tế thôn, kiến thức, làm mẹ an toàn.

SUMMARY: THE REALLY KNOWLEDGE OF THE MANAGEMENT'S ROLE OF RURAL HEALTHY WORKERS, SAFETY IN MOTHER IN FOUR MUOUNTAINOUS COMMUNES, QUANG BINH PROVINCE IN 2016

This study was performed according to the method of cross-sectional study in 40 healthy workers in four mountainous communes in Minh Hóa, Quảng Bình province. The research results showed as follows:

The rate of healthy workers who can manage the number of pregnant women accounting for 82,5%.

1. Liên hiệp các Hội KH&KT tỉnh Ninh Bình. Email: dungnb62@gmail.com
2. Trung tâm Y tế huyện Tuyên Hóa, Quảng Bình
3. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

The rate of healthy workers who have knowledge of woman prenatal counseling for mothers gain from 7.5% to 100%;

The rate of healthy workers trained with safe motherhood is higher than healthy workers not trained in safe motherhood (86.7% and 40.0%), with $p < 0.05$.

Key word: Willage health workers, knowledge, safe moterhood.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân nói chung của Việt Nam được cải thiện và nâng cao, đặc biệt là công tác làm mẹ an toàn (LMAT), chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em được cải thiện rõ rệt, có sự can thiệp của nhân viên y tế trước sinh, trong khi sinh và sau khi sinh. Tỷ lệ phụ nữ được khám thai, tỷ lệ sàng lọc và chẩn đoán trước sinh và chăm sóc bà mẹ và trẻ em sau sinh được nâng cao... Tuy nhiên, công tác LMAT, công tác dân số kế hoạch hóa gia đình cũng đang đối diện với nhiều vấn đề bất cập như: mức sinh còn khác biệt lớn giữa các địa phương, tỷ suất tử vong trẻ em cũng còn nhiều khác biệt giữa các vùng, miền trong cả nước. Tử vong mẹ và tử vong trẻ sơ sinh ở khu vực miền núi vẫn còn cao, tỷ lệ quan hệ tình dục không an toàn, mang thai ngoài ý muốn và phá thai, mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục ở vị thành niên/thanh niên ngày càng tăng [1],[2],[3],[4],[5].

Sáng kiến LMAT từ khi được khởi đầu năm 1987 đã đạt được những thành công đáng kể trong việc cảnh báo cả thế giới về mức độ tử vong sản khoa. Sự thừa nhận về tầm quan trọng của chương trình LMAT đối với sức khỏe của trẻ sơ sinh ngày càng tăng do vậy tiếp tục làm giảm tỷ lệ tử vong

và bệnh tật ở mẹ và trẻ sơ sinh [4].

Theo số liệu của Chi cục Thống kê tỉnh Quảng Bình cho biết huyện Minh Hóa có diện tích 1412 km², dân số 52 851 người, có 15 xã và 1 thị trấn, số hộ nghèo chiếm 65,4% (thống kê 2014) và là nơi cư trú chủ yếu của các dân tộc thiểu số như Khùa, Mày, Sách Rục, Thổ và Arem, địa hình huyện Minh Hóa đi lại khó khăn, đặc biệt vào mùa mưa một số thôn ở xa hầu như bị cô lập với trung tâm xã bởi ngập lụt. Tình hình bệnh tật và tử vong mẹ và trẻ em chiếm tỉ lệ khá cao, tỷ lệ tai biến sản khoa còn cao, nhiều phong tục lạc hậu còn chưa được giải quyết như đẻ tại nhà, năm 2010 ở xã Dân Hóa vẫn còn trường hợp mẹ tử vong đã chôn sống con theo, tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng cao nhất trong cả tỉnh, quản lý thai nghén còn là vấn đề khó khăn nhất.

Với mục đích góp phần nâng cao chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, thực hiện LMAT cho người dân vùng khó khăn của huyện Minh Hóa và của tỉnh Quảng Bình qua đó làm cơ sở cho việc lập kế hoạch cho các hoạt động can thiệp, do vậy việc đánh giá thực trạng kiến thức và vai trò quản lý của nhân viên y tế thôn (NVYTT) về công tác LMAT tại cộng đồng có ý nghĩa quan trọng và cần thiết. Chính vì lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng công tác làm mẹ an toàn tại 4 xã miền núi của huyện Minh Hóa tỉnh Quảng Bình năm 2016” với mục tiêu: Mô tả kiến thức và vai trò quản lý của nhân viên y tế thôn về công tác làm mẹ an toàn tại địa bàn nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Nhân viên y tế thôn

Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu định lượng. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Mẫu nghiên cứu: (mẫu toàn bộ)

Toàn bộ nhân viên y tế thôn của 4 xã miền núi thuộc huyện Minh Hóa, gồm 40 người.

Xử lý và phân tích số liệu:

Nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và làm sạch, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0. Số liệu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ kết hợp với phiên giải, bàn luận.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thông tin chung về NVYT thôn

- Đa số NVYTT có trình độ chứng chỉ YTT, chiếm 67,5%; có chứng chỉ cô đỡ thôn bản 10%; số còn lại là sơ cấp và trung cấp y - dược.

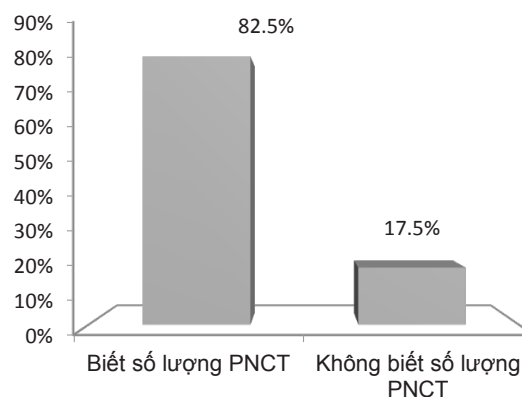
- Thâm niên công tác từ 6 - 20 năm chiếm 75,5%.

- Tỷ lệ NVYTT được tập huấn về LMAT còn rất thấp

chiếm 37,5%, số còn lại chưa được tập huấn. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đình Dự tại tỉnh Hà Giang, cho rằng việc đào tạo cô đỡ thôn bản phải được thực hiện thường xuyên, tăng cường giám sát hỗ trợ kỹ năng đỡ đẻ và tăng cường truyền thông để tăng cường hiệu quả công tác LMAT sau đào tạo [1].

3.2. Kiến thức và vai trò quản lý của NVYTT về LMAT

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ NVYTT biết và quản lý phụ nữ có thai



NVYTT đa số biết và quản lý được số lượng PNCT tại địa bàn chiếm 82,5%, tỷ lệ không biết và không quản lý được số lượng PNCT chiếm 17,5%.

Bảng 3.1. Tỷ lệ NVYTT tư vấn phụ nữ trước sinh

Nội dung tư vấn phụ nữ trước sinh (n=24)	Số lượng	%
Khuyến đến cơ sở y tế khám thai	24	100
Tiêm phòng uốn ván	24	100
Chăm sóc dinh dưỡng khi mang thai	13	54,1
Biết các dấu hiệu nguy hiểm	3	12,5
Chọn nơi sinh	8	33,3
Nuôi con bằng sữa mẹ	15	62,5

Tỷ lệ NVYTT tư vấn phụ nữ trước sinh chủ yếu khuyến đến cơ sở y tế khám thai, tiêm phòng uốn ván chiếm 100%. Các tư vấn chăm sóc dinh dưỡng khi mang thai, chọn nơi sinh, nuôi con bằng sữa mẹ có tỷ lệ tương đối thấp, chỉ chiếm từ 33,3% đến 62,5%, đây là một trong những lý do quan trọng khiến những phụ nữ có thai thiếu kiến thức về làm mẹ an toàn do họ không được NVYTT tư vấn đúng và đầy đủ [2],[3].

Bảng 3.2. Tỷ lệ NVYTT tư vấn phụ nữ thai nghén có nguy cơ

Nội dung tư vấn phụ nữ thai nghén có nguy cơ (n=40)	Số lượng	%
Tư vấn đến CSYT khám thai	23	57,5
Tư vấn chọn nơi sinh phù hợp	10	25,0
Tư vấn nhận biết dấu hiệu nguy hiểm	28	70,0

Tỷ lệ NVYTT thôn biết tư vấn phụ nữ thai nghén có nguy cơ chủ yếu tư vấn nhận biết dấu hiệu nguy hiểm là 70.0%, tư vấn đến CSYT khám thai là 57.5% và tư vấn chọn nơi sinh phù hợp là 25.0%. Những kiến thức trên của NVYTT là tương đối thấp, khó đáp ứng có hiệu quả công tác làm mẹ an toàn ở các vùng miền núi, xa trung tâm và sẽ là tiềm ẩn nhiều nguy cơ đối với phụ nữ có thai [4].

Bảng 3.3. Tỷ lệ NVYTT nhận biết phụ nữ thay đổi khi có thai

Nhận biết phụ nữ thay đổi khi có thai (n=40)	Số lượng	%
Chậm kinh	30	75,0
Biểu hiện nghén	31	77,5
Đái nhiều lần	3	7,5
Bụng to dần lên	12	30,0
Thay đổi ở vú và da	3	7,5
Cân nặng của bà mẹ tăng dần	3	7,5

Tỷ lệ NVYTT thôn nhận biết được phụ nữ thay đổi khi có thai chủ yếu qua biểu hiện nghén 77,5%, biểu hiện chậm kinh 75,0%. Các biểu hiện khác rất dễ quan sát nhưng NVYTT không quan tâm, tỷ lệ các dấu hiệu đó chỉ chiếm từ 7,5% đến 30%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ NVYTT nhận biết đúng số lần phụ nữ đi khám thai (n=40)

Nhận biết số lần phụ nữ đi khám thai	Số lượng	%
1 lần	2	5,0
2 lần	0	0
3 lần trở lên(*)	38	95,0

Tỷ lệ NVYTT nhận biết số lần phụ nữ đi khám thai đúng từ 3 lần trở lên chiếm tỷ lệ tương đối cao (95%). Tỷ lệ này cũng tương tự các nghiên cứu khác có địa bàn ở các vùng miền khác nhau [1],[4].

Bảng 3.5. Tỷ lệ NVYTT biết về thời điểm khám thai

Nhận biết thời điểm phụ nữ đi khám thai (n=40)	Số lượng	%
3 tháng đầu	40	100
3 tháng giữa(*)	38	100
3 tháng cuối(*)	38	95,0

Tỷ lệ NVYTT biết về thời điểm khám thai đúng với tỷ lệ cao từ 95% đến 100%.

Bảng 3.6. Tỷ lệ NVYTT biết đúng số lần tiêm phòng uốn ván cho phụ nữ có thai (n=40)

Nhận biết đúng về tiêm phòng uốn ván	Số lượng	%
1 mũi	3	7,5
2 mũi(*)	34	85,0
Khác	3	7,5

Tỷ lệ NVYTT biết số lần tiêm phòng uốn ván cho phụ nữ có thai đúng với 2 mũi chiếm 85%, tỷ lệ có nhận thức không đúng chỉ chiếm 7,5%.

Bảng 3.7. Tỷ lệ NVYTT biết về dấu hiệu chuyển dạ

Nhận biết đúng về dấu hiệu chuyển dạ (n=40)	Số lượng	%
Rỉ hoặc chảy dịch âm đạo	30	75,0
Ra dịch nhầy hoặc có máu âm đạo	16	40,0
Đau bụng từng cơn tăng dần	17	42,5

Tỷ lệ NVYTT biết về dấu hiệu chuyển dạ của phụ nữ trước sinh thông qua rỉ hoặc chảy dịch âm đạo chiếm 75,0%, đau bụng từng cơn tăng dần là 42.5%, ra dịch nhầy hoặc có máu âm đạo là 40,0%. Những kiến thức này của NVYTT là tương đối còn thấp, vì vậy họ cần được tăng cường công tác đào tạo về làm mẹ an toàn là hợp lý [4].

Bảng 3.8. Tỷ lệ NVYTT biết về dấu hiệu nguy hiểm trong chuyển dạ cần phải chuyển tuyến trên

Nhận biết về dấu hiệu nguy hiểm (n=40)	Số lượng	%
Ra máu âm đạo nhiều	27	67,5
Ra nước âm hộ khi chưa đau bụng	10	25,0
Không thấy thai đạp	21	52,5
Sa thai nhi hoặc dây rốn ra âm đạo	3	7,5
Không biết	6	15,0

Tỷ lệ NVYTT biết về dấu hiệu nguy hiểm trong chuyển dạ cần phải chuyển tuyến trên ra máu âm đạo nhiều là 67,5%, không thấy thai đạp là 52,5%. Các dấu hiệu nguy hiểm khác

NVYTT hiểu biết ở tỷ lệ rất thấp, chiếm tỷ lệ từ 7,5% đến 25%. Đây cũng là một lý do cần thiết phải tăng cường công tác đào tạo làm mẹ an toàn cho đội ngũ NVYTT tại địa bàn nghiên cứu.

Bảng 3.9. Tỷ lệ NVYTT tư vấn phụ nữ sau sinh

Nội dung tư vấn phụ nữ sau sinh (n=40)	Số lượng	%
Hỏi và thăm khám sản dịch	3	7,5
Hỏi về nuôi con bằng sữa mẹ	22	55,0
Hỏi tình trạng trẻ	7	17,5
Khám rốn trẻ	7	17,5
Tư vấn theo dõi mẹ con	8	20,0
Tư vấn chế độ dinh dưỡng	19	47,5

Tỷ lệ NVYT thôn biết tư vấn phụ nữ sau sinh về các câu hỏi về nuôi con bằng sữa mẹ chiếm 55,0%, hỏi và thăm khám toàn thân cho mẹ chiếm 52,5%. Các kiến thức khác cần tư vấn cho phụ nữ sau sinh còn ở mức tỷ lệ rất thấp, chỉ từ 7,5% đến 47,5%.

Một số yếu tố liên quan:

Bảng 3.10. Tỷ lệ NVYTT được tập huấn LMAT đến thăm phụ nữ trước sinh (n=40)

Tập huấn	Có		Không		Tổng số	
	SL	%	SL	%	SL	%
Đến thăm						
Có	13	86,7	10	40,0	23	57,5
Không	2	13,3	15	60,0	17	42,5
Tổng số	15	100,0	25	100,0	40	100,0
p < 0,05						

Tỷ lệ NVYT thôn được tập huấn LMAT đến thăm phụ nữ trước sinh cao hơn nhóm NVYT thôn không được tập huấn LMAT (86,7% và 40,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,05.

Bảng 3.11. Tỷ lệ NVYTT được tập huấn LMAT biết và quản lý phụ nữ có thai (n=40)

Tập huấn	Có		Không		Tổng số	
	SL	%	SL	%	SL	%
Biết số PNCT						
Có	14	93,3	19	76,0	33	82,5
Không	1	6,7	6	24,0	7	17,5
Tổng số	15	100,0	25	100,0	40	100,0
p < 0,05						

Tỷ lệ NVYT thôn được tập huấn LMAT có tỷ lệ biết và quản lý phụ nữ có thai cao hơn nhóm không được tập huấn (93,3% và 76,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 40 nhân viên y tế thôn thuộc 4 xã miền núi thuộc huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình chúng ta đưa ra một số kết luận sau:

Tỷ lệ NVYTT biết và quản lý được số lượng PNCT tại địa bàn tương đối cao chiếm 82,5%.

Tỷ lệ NVYTT tư vấn phụ nữ trước sinh chủ yếu khuyến đến cơ sở y tế khám thai, tiêm phòng uốn ván chiếm 100%, các tư vấn chăm sóc dinh dưỡng khi mang thai, chọn nơi sinh, nuôi con bằng sữa mẹ chỉ chiếm từ 33,3% đến 62,5%. Tỷ lệ NVYTT biết tư vấn phụ nữ thai nghén có nguy cơ chủ yếu tư vấn nhận biết dấu hiệu nguy hiểm là 70,0%, tư vấn đến CSYT khám thai là 57,5% và tư vấn chọn nơi sinh phù hợp là 25,0%.

Tỷ lệ NVYTT nhận biết được phụ nữ thay đổi khi có thai chủ yếu qua biểu hiện nghén 77,5%, biểu hiện chậm kinh 75,0%; nhận biết số lần phụ nữ đi khám thai đúng trên 3 lần chiếm tỷ lệ cao là 95%; biết về thời điểm khám thai đúng với tỷ lệ cao từ 95% đến 100%; biết số lần tiêm phòng uốn ván cho phụ nữ có thai đúng với 2 mũi chiếm 85%;

NVYTT biết về dấu hiệu chuyển dạ của phụ nữ trước sinh thông qua rỉ hoặc chảy dịch âm đạo chiếm 75,0%; biết về dấu hiệu nguy hiểm trong chuyển dạ cần phải chuyển tuyến trên khi ra máu âm đạo nhiều là 67,5%.

NVYTT biết tư vấn phụ nữ sau sinh về các câu hỏi về nuôi con bằng sữa mẹ chiếm 55,0%, hỏi và thăm khám toàn thân cho mẹ chiếm 52,5%.

Tỷ lệ NVYTT được tập huấn LMAT có tỷ lệ biết và quản lý phụ nữ có thai cao hơn nhóm không được tập huấn (93,3% và 76,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,05.

Tỷ lệ NVYTT được tập huấn LMAT đến thăm phụ nữ trước sinh cao hơn nhóm NVYTT không được tập huấn LMAT

(86,7% và 40,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường mở các lớp tập huấn/đào tạo lại kiến thức về làm mẹ an toàn cho các cán bộ y tế tuyến cơ sở đặc biệt là NVYTT những kiến thức mà họ vẫn còn đang thiếu hụt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Đình Dự và Cs (2015), “Đánh giá kiến thức thực hành về làm mẹ an toàn của cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số 3 năm sau đào tạo tại tỉnh Hà Giang, 2014”, Tạp chí Y tế Công cộng, Số 37, Tr. 39-44.
2. Bùi Thị Thu Hà và Cs (2012), “Đánh giá kiến thức, Thực hành về làm mẹ an toàn của cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số sau đào tạo tại 3 tỉnh Hà Giang, Ninh Thuận và Kon Tum”, Tạp chí Y học Thực hành, Số 4 (816), Tr. 63-67.
3. Lương Xuân Hiến và Cs (2009), “Kiến thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản của bà đỡ thôn bản/y tế thôn bản ở huyện Bắc Hà tỉnh Lào Cai”, Tạp chí Y học Thực hành, Số 6(666), Tr. 73-76.
4. Nguyễn Thị Thanh Hương và Nguyễn Quang Mạnh (2013), “Hiệu quả mô hình cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số tại huyện Đồng Văn Hà Giang trong 3 năm 2010-2012”, Tạp chí Y học Thực hành, Số 12(899), Tr. 86-89.
5. Liu, X., Yan H., et al. (2010), "The evaluation of "Safe Motherhood" program on maternal care utilization in rural western China: a difference in difference approach", BMC Public Health, 10: 566.



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH LỒNG NGỰC Ở BỆNH NHÂN GIÃN PHẾ QUẢN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Chu Thị Thu Lan¹, Phạm Kim Liên², Lương Trung Hiếu³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực ở bệnh nhân giãn phế quản tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 55 bệnh nhân giãn phế quản được chẩn đoán dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực: Theo tiêu chuẩn của Naidich DP (2001) [6]. Khi có một trong số các đặc điểm sau: Đường kính trong PQ lớn hơn đường kính của động mạch phế quản đi kèm, mất tính thuận nhỏ dần của PQ: duy trì khẩu kính một đoạn dài trên 2cm sau chỗ chia đôi, thành PQ dày hơn so với các nhánh PQ cùng thế hệ, thấy được hình PQ ở cách màng phổi thành ngực dưới 1cm, thấy PQ đi sát vào trung thất.

Kết quả: Nghiên cứu 55 bệnh nhân GPQ tuổi trung bình là: 64.42 ± 17.82 , tuổi cao nhất trong nhóm nghiên cứu là 93 và thấp nhất là 21, tỷ lệ nam/nữ = 34/21 trong đó nam giới chiếm tỉ lệ 61.8%, nữ chiếm 38.2%. Ho khạc đờm chiếm 69.1%, ho ra máu 30.9%, khó thở 43.7%, đau ngực 25.5%, nghe phổi ran ẩm, ran nổ chiếm 81.8%, ran rít, ran gáy chiếm 32.7%, không có ran 12.7%. Hình ảnh GPQ dạng trụ 52.7%, dạng túi 29.1%, dạng hỗn hợp chiếm 18.2%. GPQ ở thùy trên phổi trái chiếm 52.7%, thùy dưới trái chiếm 29.1%. Thùy trên phổi phải chiếm 36.4%, giữa phổi phải 36.4%, thùy dưới phải chiếm tỉ lệ 30.9%. GPQ hình túi thì ho khạc đờm gặp nhiều hơn so với GPQ hình trụ sự khác biệt này có mối liên quan giữa ho khạc đờm với hình thái GPQ và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Giãn phế quản là một bệnh lý có biểu hiện lâm sàng phong phú: ho khạc đờm, ho máu, khó thở, đau ngực. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực giúp phát hiện những tổn

thương về vị trí, hình thái GPQ.

Từ khóa: Giãn phế quản, phim cắt lớp vi tính lồng ngực.

ABSTRACT:

CLINIC CHARACTERISTICS AND HRCTIMAGES ON PATIENTS WITH BRONCHIECTASIS AT THAI NGUYEN NATIONAL GENERAL HOSPITAL

Objective: Describe the clinical features and image of bronchiectasis in high-resolution CT in patients with bronchiectasis Thai Nguyen Central Hospital.

Method: Cross-sectional descriptive study on 55 patients with bronchiectasis is diagnosed according to the diagnostic criteria of Naidich PD (2001) about high-resolution computed tomography (HRCT) chest: Bronchial diameter greater than the diameter of the pulmonary artery near-by, smaller loss of bronchial caliber maintain a long stretch 2 cm from the split place, bronchial wall is thicker than the same generations, bronchial goes side of pleural under 1cm, bronchial goes mediastinal nearly.

Results: Results showed mean age of study subjects was 64.56 ± 17.82 . The highest age in the study group was 93 and the lowest was 21. The proportion of male/female = 34/21 in which men accounted for 61.8%, women accounted for 38.2%. Symptoms of productive cough signs accounted for 69.1%, hemoptysis 30.9%, shortness of breath: 43.7%, pleuritic pain 25.5%, rhonchus, crackles: 81.1%, inspiratory squeaks sound 32.7%. Main anatomic types of bronchiectasis are as follows: Saccular 29.1%, Cylindrical 52.7%, Mixed 18.2%. Bronchiectasis in the left upper lobe 52.7%, lower lobe 29.1%. Upper lobe, middle right lung 36.4%, lower lobe 30.9%. Diffuse bronchiectasis has more productive cough

1. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên; ĐT: 0947 666 918; Email: Chulanbvd@gmail.com

2. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

3. Trường CĐ Y tế Thái Nguyên

» Ngày nhận bài: 07/11/2016 |

» Ngày phản biện: 12/11/2016 |

» Ngày duyệt đăng: 17/11/2016

average level than the location differences were statistically significant at $p < 0.05$.

Conclusion: Bronchiectasis is a disease with clinical presentation varies: productive cough, cough blood, shortness of breath, chest pain. High-resolution computed tomography (HRCT) scanning is used to detect lesion location and morphology of bronchiectasis.

Keywords: Bronchiectasis, high-resolution computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh giãn phế quản (GPQ) được định nghĩa là giãn không hồi phục của một phần cây phế quản, có thể giãn ở phế quản (PQ) lớn trong khi PQ nhỏ vẫn bình thường hoặc giãn ở PQ nhỏ trong khi PQ lớn bình thường [1]. Triệu chứng lâm sàng rất phong phú nhưng không đặc hiệu có thể có ho máu, ho khạc đờm mạn tính số lượng từ ít đến nhiều. Bệnh thường diễn biến mạn tính với các đợt bội nhiễm, khạc nhiều đờm do tăng tiết dịch phế quản, ứ đọng dịch chất tiết gây nên tổn thương xẹp phổi và từ đó làm cho khả năng tổng dịch nhày mũi sẽ khó khăn tương ứng với các triệu chứng ho, khó thở, đau tức ngực, sốt trên lâm sàng. Ngày nay việc sử dụng chụp cắt lớp vi tính ngực (CLVTLN) đặc biệt là chụp CLVTLN lớp mỏng 1mm là việc rất cần thiết [5], đây cũng là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh GPQ, vậy những đặc điểm của giãn phế quản trên phim CLVTLN liệu có liên quan với đặc điểm lâm sàng hay không đó là điều chúng tôi đang muốn tìm hiểu vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đặc điểm lâm sàng với hình ảnh tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực ở bệnh nhân giãn phế quản tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên” với mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực ở bệnh nhân giãn phế quản tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

55 bệnh nhân được chẩn đoán xác định giãn phế quản theo tiêu chuẩn:

* **Lâm sàng:** Tiền sử ho dai dẳng, kèm theo khạc đờm nhiều, đờm mũi với tính chất 3 lớp: lớp trên là bọt, lớp dưới là mũi, lớp đáy là nhầy, có thể ho ra máu (từ số lượng ít đến nhiều), nghe phổi có ran ẩm, nổ, rít, ngáy, kèm theo một số triệu chứng khác: sốt, khó thở, đau ngực.

* **Chẩn đoán GPQ trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực:** Theo tiêu chuẩn của Naidich DP (2001) [6]: Hình ảnh trực tiếp của PQ giãn: đường kính trong PQ lớn hơn đường kính của Động mạch phổi bên cạnh. Mất tính thon nhỏ dần của PQ: duy trì khẩu kính một đoạn dài trên 2cm sau chỗ chia

đôi. Thành PQ dày hơn so với các nhánh PQ cùng thế hệ. Thấy được hình PQ ở cách màng phổi thành ngực dưới 1cm. Thấy PQ đi sát vào trung thất.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 10 năm 2015 đến tháng 7 năm 2016 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu và thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang.
- Chọn mẫu: Chọn có chủ đích, cỡ mẫu toàn bộ.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

* **Chỉ tiêu về lâm sàng:** Ho ra máu (số lượng), khạc đờm (số lượng), khó thở (mức độ khó thở theo mMRC), Rì rào phế nang, tiếng rale (ran ẩm, ran rít, ran ngáy, ran nổ).

* Chỉ tiêu về hình ảnh CLVTLN:

- Vị trí tổn thương: phổi phải, phổi trái
- Hình thái tổn thương: trụ, túi, hỗn hợp.

* **Chỉ tiêu về mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với vị trí và hình thái GPQ trên phim chụp CLVTLN**

- Liên quan giữa hình thái GPQ trên phim chụp CLVTLN với đặc điểm ho khạc đờm

- Liên quan giữa vị trí GPQ trên phim chụp CLVTLN với đặc điểm ho khạc đờm

2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu

* **Lâm sàng:** Bệnh nhân được học viên hỏi, thăm khám tại khoa Nội BVTW Thái Nguyên và ghi đầy đủ các triệu chứng theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Bệnh nhân được đo số lượng đờm trong ngày đầu tiên đến khám bằng cốc nhựa có vạch chia thể tích. Số lượng đờm ít (< 10ml/ngày), số lượng đờm trung bình (10-150ml/ngày), số lượng đờm nhiều (> 150ml/ngày).

* Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực:

Sau khi bệnh nhân nhập khoa được khám lâm sàng, Xquang thường quy có triệu chứng nghi ngờ GPQ thì được chụp cắt lớp vi tính ngực. Nếu có hình ảnh đạt tiêu chuẩn thì lấy vào đối tượng nghiên cứu. Nếu không có hình ảnh đạt tiêu chuẩn thì không đưa vào nghiên cứu.

- Thực hiện trong 2 ngày đầu sau khi BN vào điều trị. Trên máy chụp cắt lớp sử dụng vi tính (CT) xoắn ốc, đa dãy đầu dò - Multislice CT Scanner SIEMENS SOMATOM EMOTION - cấu hình 6 lát, phiên bản Syngo 2009E, tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Do Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh đọc kết quả theo tiêu chí của mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.6. Xử lý kết quả nghiên cứu

Theo phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

2.7. Nghiên cứu tuân theo các vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu 55 bệnh nhân GPQ tuổi trung bình: 64.56±18.41, tuổi cao nhất 93 và thấp nhất 21, trong đó nam 61.8%, nữ 38.2%.

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 55)

Đặc điểm lâm sàng		SL	Tỷ lệ %
Ho khạc đờm	Số lượng đờm ít	10	18.2
	Số lượng đờm trung bình	28	50.9
Ho máu	Mức độ nhẹ	12	21.8
	Mức độ trung bình	5	9.1
Khó thở	Mức độ nhẹ	14	25.5
	Mức độ trung bình	10	18.2
Đau ngực		14	25.5

Nhận xét: Bệnh nhân khạc đờm số lượng trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 50.9%, nhóm khạc đờm ít chiếm 18.2%. Bệnh nhân GPQ có ho ra máu nhẹ chiếm tỉ lệ 21.8%, ho ra máu trung bình chiếm tỉ lệ 9.1%. Bệnh nhân có khó thở mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao 25.5%, khó thở trung bình là 18.2%. Bệnh nhân có triệu chứng đau ngực chiếm tỉ lệ 25%.

Bảng 3.2. Triệu chứng tại phổi của đối tượng nghiên cứu (n=55)

Triệu chứng thực thể	SL	Tỷ lệ (%)
Ran ẩm, ran nổ	45	81.8
Ran rít, ran rít	18	32.7
Không có ran	7	12.7

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân GPQ có ran ẩm, ran nổ 45/55 chiếm 81.8%, ran rít, ran rít 18/55 chiếm 32.7 %, không có ran 7/55 chiếm 12.7%.

Bảng 3.3. Phân loại thể GPQ dựa trên hình ảnh CLVTLN.

Thể giãn	SL	Tỷ lệ (%)
Hình trụ	29	52.7
Hình túi	16	29.1
Hỗn hợp	10	18.2
Tổng cộng	55	100

Nhận xét: Trong số 55 Bn phát hiện thấy tổn thương trên phim chụp CLVTLN hình ảnh GPQ dạng trụ chiếm tỉ lệ cao nhất 52.7%, GPQ hình túi 29.1%, GPQ thể hỗn hợp 18.2 %.

Bảng 3.4. Phân bố vị trí GPQ trên phim CLVTLN

Vị trí phổi	Phổi phải			Phổi trái	
	Trên	Giữa	Dưới	Trên	Dưới
SL	20	20	17	29	16
Tỷ lệ (%)	36.4	36.4	30.9	52.7	29.1

Nhận xét: GPQ ở thùy trên phổi trái chiếm tỉ lệ cao 52.7%, thùy dưới chiếm tỉ lệ 29.1%. Thùy trên, giữa phổi phải đều chiếm tỉ lệ 36.4%, thùy dưới chiếm tỉ lệ 30.9%.

Bảng 3.5. Liên quan giữa hình thái GPQ với đặc điểm ho khạc đờm

Hình thái GPQ	Phổi phải		Phổi trái			
	SL	%	SL	%	SL	%
Có ho đờm	15	51.7	14	87.5	9	90.0
Không ho đờm	14	48.3	2	12.5	1	10.0
Tổng	29	100.0	16	100.0	10	100.0
p	< 0.05					

Nhận xét: Tình trạng ho đờm gặp nhiều ở tổn thương dạng hình hỗn hợp chiếm 90.0%, còn không ho đờm gặp ở GPQ dạng hình trụ, sự khác biệt này có mối liên quan giữa số lượng đờm với hình thái GPQ và có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 3.6. Liên quan giữa vị trí GPQ với đặc điểm ho khạc đờm

Vị trí GPQ	Khu trú 1 thùy		≥ 2 thùy		p
	SL	%	SL	%	
Ho đờm ít	6	25.0	4	12.9	<0.05
Ho đờm trung bình	5	20.8	23	74.2	
Không ho đờm	13	54.2	4	12.9	

Nhận xét: Bệnh nhân ho khạc đờm trung bình gặp nhiều ở tổn thương ≥2 thùy là 74.2% so với tổn thương khu trú 1 thùy 20.8%, nhưng ho đờm ít thì tỉ lệ gặp ở tổn thương khu trú 1 thùy có tỷ lệ cao hơn so với tổn thương ≥2 thùy. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.05

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 55 bệnh nhân GPQ tuổi trung bình là: 64.42 ±17.82, tuổi cao nhất trong nhóm nghiên cứu là 93 và thấp nhất là 21, tỷ lệ nam/nữ = 34/21 trong đó nam giới chiếm tỉ lệ 61.8%, nữ chiếm 38.2%. Theo Martinez-Garcia M.A (2005), nghiên cứu 86 Bn GPQ thấy có 64% là nam giới; 36% là nữ

giới, tuổi trung bình là 69,5±8,9 kết quả này cũng gần tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [6].

Giãn phế quản là bệnh có triệu chứng lâm sàng phong phú trong đó các triệu chứng cơ năng về các dấu hiệu ho, ho khạc đờm hoặc ho ra máu rất thường gặp. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có một số triệu chứng nổi bật như sau: có tới 38/55 bệnh nhân có ho khạc đờm chiếm 69.1%. Ho khạc đờm mức độ trung bình tương ứng với tỷ lệ 50.9%, nhóm khạc đờm ít chiếm 18.2%. Về dấu hiệu ho ra máu chúng tôi gặp 30.9% (17/55 Bn), số lượng ho ra máu trung bình chiếm tỉ lệ 9.1%, ho ra máu nhẹ 21.8%. Bn có khó thở chiếm tỉ lệ 43.7%. Bn có triệu chứng đau ngực chiếm tỉ lệ 25.5%. Theo Nguyễn Thị Thu Trang (2013), nghiên cứu 348 Bn GPQ thấy triệu chứng nổi bật như: ho khạc đờm (190/348) chiếm 54.6%, ho máu (119/348) chiếm 32.2%, khó thở (126/348) chiếm 28.4% [4]. Tương đương với kết quả của chúng tôi.

Triệu chứng thực thể khi nghe phổi có tổn thương, do đặc trưng của giãn phế quản là tình trạng ứ đọng đờm, dịch tiết đường hô hấp, ở giai đoạn tiến triển có thể có ran ẩm, ran nổ nghe thấy ở đáy phổi, tồn tại qua nhiều lần thăm khám và không mất đi khi ho, sau điều trị, kết quả nghiên cứu của chúng tôi gặp ran ẩm, ran nổ là 81.8%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Nhật Huy (2010) gặp ran ẩm, ran nổ là 86.54% [2].

Kết quả hình ảnh GPQ trên phim CLVT LN chủ yếu gặp loại giãn hình trụ chiếm 57.2%, hình túi là 29.1%, thể hỗn hợp chiếm 18.2% (bảng 3.3). Theo Lê Nhật Huy (2010) nhận xét trên 52 Bn chụp CLVTLN thấy 13.7% GPQ hình túi, 73.0% GPQ hình trụ và 13.5% GPQ thể hỗn hợp [2].

Qua bảng 3.4 cho thấy, GPQ ở thùy trên phổi trái chiếm tỉ lệ cao 52.7%, thùy dưới chiếm tỉ lệ 29.1%. Thùy trên, giữa phổi phải đều chiếm tỉ lệ 36.4%, thùy dưới chiếm tỉ lệ 30.9%. Khi so sánh kết quả của chúng tôi với các tác giả trong và ngoài nước, số liệu của chúng tôi cũng không có sự chênh lệch nhiều, vị trí tổn thương vẫn tập trung nhiều nhất ở thùy trên phổi trái.

Về mối liên quan giữa hình thái tổn thương với đặc điểm lâm sàng, chúng tôi nhận thấy ho khạc đờm gặp nhiều trong GPQ hình hỗn hợp 90.0%. Có mối liên quan giữa ho khạc đờm và thể GPQ, có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ GPQ ≥ 2 thùy gặp nhiều ở bệnh nhân ho khạc đờm số lượng trung bình 74.2% và gặp ho đờm ít ở tổn thương GPQ khu trú 1 thùy là 20.8%, nhưng đối với ho khạc đờm số lượng ít lại gặp nhiều ở GPQ khu trú 1 thùy chiếm 25.0% và vị trí ≥ 2 thùy chỉ gặp 12.9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 55 bệnh nhân GPQ cho thấy đặc điểm lâm sàng rất phong phú trong đó triệu chứng ho khạc đờm số lượng trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 50.9%, ho khạc đờm số lượng ít chiếm 18.2% và đặc biệt GPQ hình hỗn hợp gặp ho khạc đờm chiếm tỷ lệ cao 90.0% so với tổn thương dạng hình túi và hình trụ. Tỷ lệ ho khạc đờm trung bình gặp nhiều ở tổn thương ≥ 2 thùy chiếm 74.2% và ho khạc đờm ít gặp nhiều ở tổn thương khu trú 1 thùy là 25%. Từ kết quả nghiên cứu trên chúng tôi thấy có mối liên quan giữa triệu chứng ho khạc đờm với hình thái và vị trí tổn thương giãn phế quản, có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Ngô Quý Châu (2001), “Giãn phế quản”. Tài liệu đào tạo một số chuyên đề hô hấp, BVBM, Tr 190-196.
2. Lê Nhật Huy (2010), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính ngực và rối loạn thông khí phổi ở bệnh nhân giãn phế quản”. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Thu Trang (2013), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi phế quản và vi khuẩn học của bệnh nhân giãn phế quản tại Trung tâm HH Bệnh viện Bạch Mai”, Luận văn thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Hansell DM. (1998) “Bronchiectasis”. Radiologic Clinics of North America • Volume 36, Issue 1, 1 January 1998, Pages 107-128.
5. Webb W.R, Muller N.L, Naidich D.P (2001), “High – Resolution CT of the lung”. Lippincott Williams and Wilkins, 3rd Ed, 468-480.
6. Martinez-Garcia M.A (2005), “Quality of life Determinants in patients with clinically stable Bronchiectasis”, Chest, 128:739-745

LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG BỆNH VIÊM MÀNG NÃO NHIỄM KHUẨN Ở TRẺ EM TRÊN MỘT THÁNG TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trương Thị Mai Hồng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên bệnh viêm màng não nhiễm khuẩn (VMNNK) ở trẻ trên một tháng tuổi đồng thời tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng bệnh. Có 70 bệnh nhân VMNNK điều trị tại khoa truyền nhiễm Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 08/2010 – 07/2011 được đưa vào nghiên cứu. 57,1% trẻ dưới 12 tháng tuổi mắc bệnh. Đa số bệnh nhân là nam giới (55,7%). Tỷ lệ không xác định được vi khuẩn cao (38,6%). Tỷ lệ di chứng và tử vong ở nhóm vào viện sớm ≤ 2 ngày là 8% và >5 ngày là 52%. Kết quả cho thấy cần có những biện pháp xác định căn nguyên nhanh chóng, chính xác giúp quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh kịp thời.

Từ khóa: Trẻ em, viêm màng não nhiễm khuẩn, lâm sàng, cận lâm sàng, tiên lượng.

ABSTRACT

THE CLINICAL SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND PROGNOSTIC FACTORS OF BACTERIAL MENINGITIS IN CHILDREN OVER ONE MONTH OLD IN VIETNAM NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

We carried out a cross-sectional study to examine the clinical characteristics, subclinical characteristics, and causes of Bacterial Meningitis in children over 1 month old, as well as identify disease predictors. We selected 70 bacterial meningitis patients who were receiving treatment in Infectious Diseases department, Vietnam National Hospital of Pediatrics between August 2010 and July 2011. The proportion of children under 12 months old contracting the disease were 57.1%, in which 55.7% were male. The causes of the disease was unidentifiable 38.6% of cases. The rate of complication

and mortality within 2 days was 8% and more than 5 days was 52%. These results highlight the need of methods to quickly identify the disease causes for timely diagnosis and treatment.

Keywords: Children, bacterial meningitis, clinical, subclinical, prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não nhiễm khuẩn (VMNNK) là bệnh nhiễm trùng thần kinh thường gặp ở trẻ em, chủ yếu gặp ở trẻ dưới 5 tuổi do vi khuẩn có khả năng sinh mủ xâm nhập vào màng não gây nên đờ và đang là vấn đề y tế quan trọng của trẻ em trên toàn cầu. Tỷ lệ tử vong của VMNNK ở các nước đã phát triển là 4,5%, các nước đang phát triển là 33 – 34 % [7]. Có nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, tỷ lệ gây bệnh giữa các căn nguyên khác nhau ở các khu vực địa lý khác nhau, tuổi, giới tính, thời gian – tác động của vaccine, điều kiện khí hậu, vệ sinh... Khó xác định thời điểm thực sự của viêm màng não khi bệnh cảnh diễn biến từ từ, bệnh cũng có thể khởi phát với các triệu chứng nặng của một nhiễm trùng huyết, hôn mê, sốc diễn biến nhanh đến tử vong trong vài giờ. VMNNK biến chứng sau 48 – 72 giờ đầu khi vào viện hoặc sau 2 tuần điều trị và để lại di chứng về nhân cách, giảm hoặc mất thính lực, mù, rối loạn về nói, động kinh, chậm phát triển vận động, một số có mức độ di chứng nhẹ hơn. Tại Việt Nam, theo các nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương tỷ lệ tử vong do VMNNK cao từ 10 – 20% [1]. Kết quả điều trị VMNNK phụ thuộc vào chẩn đoán và điều trị sớm, mức độ đáp ứng với điều trị và căn nguyên gây bệnh, việc lạm dụng kháng sinh gây khó khăn cho chẩn đoán và điều trị bệnh. Các giải pháp để chẩn đoán sớm và chính xác xác định được các yếu tố tiên lượng là rất có ý nghĩa thực tiễn với hiệu quả điều trị góp

1. Bệnh viện Nhi Trung ương; E-mail: maihonghoa98@gmail.com

» Ngày nhận bài: 02/11/2016

» Ngày phản biện: 09/11/2016

» Ngày duyệt đăng: 14/11/2016

phân giảm tỷ lệ tử vong của VMNNK. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên VMNNK ở trẻ trên một tháng tuổi tại khoa truyền nhiễm Bệnh viện Nhi Trung ương và tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng bệnh VMNNK.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là những bệnh nhân VMNNK vào điều trị tại Khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 08/2010 – 07/2011. Từ 1 tháng tuổi đến 15 tuổi. Có ít nhất một tiêu chuẩn sau: 1) Soi tươi hoặc cấy dịch não tủy có vi khuẩn, 2) PCR dịch não tủy định danh vi khuẩn, 3) Xét nghiệm dịch não tủy (DNT): Dịch đục (với các mức độ: nước dừa non, nước vo gạo hoặc đục như mù...), TB DNT $\geq 500\text{BC}/\text{mm}^3$, Protein DNT $\geq 1\text{g/l}$. Các BN không được chọn vào nghiên cứu nếu có VMNNK kết hợp với các nguyên nhân khác như lao, virus.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành thu thập số liệu từ tháng 08/2010 đến tháng 07/2011 tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

* **Cỡ mẫu, cách chọn mẫu:** Tất cả những bệnh nhân đến khám và điều trị VMNNK có đủ tiêu chuẩn trong thời gian từ tháng 08/2010 đến tháng 07/2011 được chọn vào nghiên cứu. Sau quá trình tuyển chọn có 70 bệnh nhân VMNNK đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Phương pháp thu thập số liệu:** Bệnh nhân được khám, xét nghiệm, theo dõi theo một mẫu bệnh án thống nhất.

2.4 Xử lý số liệu: Nhập liệu và xử lý phân tích số liệu bằng SPSS 16.0. Thống kê mô tả bao gồm tần số, tỷ lệ phần trăm, sau đó sử dụng phần mềm SPSS để kiểm định các giá trị trung bình.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận bởi Ban Giám đốc Viện Nhi Trung ương thông qua. Tất cả người giám hộ của bệnh nhân trong nghiên cứu đều được thông báo, giải thích rõ về nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia. Các mẫu bệnh phẩm làm xét nghiệm đều được sự đồng ý của bệnh nhân, người giám hộ và gia đình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 08/2010 – 30/07/2011 có 70 bệnh nhân VMNNK điều trị tại Khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Nhi Trung ương, trong đó đa số là nam giới (55,7%), hay gặp ở trẻ ≤ 12 tháng (chiếm 57,1%), trẻ < 2 tuổi chiếm 21,4%. Tỷ lệ mắc VMNNK rải rác các tháng trong năm, tập trung chủ yếu vào tháng 6, 7 tương ứng 12,9% và 11,4%.

Bảng 1. Căn nguyên gây VMNNK trong DNT

Xét nghiệm vi khuẩn	PCR		Soi và nuôi cấy	
	SL	%	SL	%
HI	5	22.7	6	30
Phế cầu	17	77.3	10	50
Tụ cầu	0	0	1	5
E.coli	0	0	1	5
Proteus	0	0	2	10
Σ	22	100	20	100

Trong xét nghiệm dịch não tủy (soi và nuôi cấy, PCR) tỷ lệ phế cầu, HI chiếm tỷ lệ cao (xét nghiệm PCR có tỷ lệ tương đương 77,3%; 22,7%).

Bảng 2. Các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân VMNNK

Triệu chứng lâm sàng	1 tháng - 12 tháng	> 12 tháng - 2 tuổi (n=15)	> 2 tuổi - 5 tuổi (n=6)	> 5 tuổi (n=9)	%
Sốt	25	12	4	7	68,6
Nôn	5	5	3	6	27,1
Đau đầu (quấy khóc)	18	6	5	8	52,9
Táo bón (tiêu chảy)	14	2	2	2	28,5
Tinh thần					
Tỉnh	11	3	4	4	31,4
Lơ mơ	22	12	2	4	57,1
Hôn mê	7	0	0	1	11,4
Cơ giật	27	4	1	2	48,6
Kernig	0	0	2	8	83,3
Thóp phồng	17	1	0	0	51,4
Vạch màng não	32	14	4	9	84,3
Gáy cứng	27	13	6	9	78,6
Tăng trương lực cơ	7	2	0	0	12,9
Liệt thần kinh sọ	2	1	0	0	4,3

Ở bệnh nhân VMNNK các triệu chứng cơ năng hay gặp là: sốt (68,6%), đau đầu (52,9%); các dấu hiệu thực thể hay gặp là: vạch màng não (84,3%), kernig (83,3%), các dấu hiệu thần kinh chủ yếu là: cơ giật (48,6%), lơ mơ (57,1%).

Bảng 3. Các kết quả cận lâm sàng

Xét nghiệm	Chưa điều trị KS			Đã điều trị KS			P
	SL	X ± SD	Dao động	SL	X ± SD	Dao động	
Kết quả xét nghiệm tế bào và sinh hóa DNT khi vào viện							
BCTT (%)	44	63,77 ± 26,5	0 – 98	26	60,27 ± 26,5	0 – 97	>0,05
Protein (g/l)	44	2,53 ± 2,2	0,3 – 11,1	26	2,15 ± 2,3	0,4 – 9,1	>0,05
Glucose(mmol/l)	44	1,62 ± 1,6	0 -5,5	26	2,19 ± 1,7	0 – 5,5	>0,05
Kết quả xét nghiệm máu khi vào viện							
Hb(g/l)	44	98,77± 20,3	52,0 – 139,0	26	102,29 ± 18,0	75,0 – 145	>0,05
BC/mm3	44	19,12 ± 9,3	5,3 – 43,6	26	15,58 ± 7,9	3,4 – 44,6	>0,05
CRP(mg/L)	42	110,22 ± 89,7	0,4 – 372,2	23	131,76 ± 84,6	4,0 – 250,6	>0,05

Kết quả xét nghiệm hóa sinh và máu của nhóm bệnh nhân chưa qua điều trị kháng sinh với nhóm đã điều trị kháng sinh có sự khác biệt, hầu hết các chỉ số của nhóm đã điều trị kháng sinh thấp hơn. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa (p>0,05).

Bảng 4. Mối liên quan giữa Protein DNT, BCTT DNT, CRP máu với kết quả điều trị

Xét nghiệm	Khỏi hoàn toàn			Di chứng và tử vong			P
	SL	X ± SD	Dao động	SL	X ± SD	Dao động	
Liên quan sự biến đổi Protein DNT							
Lần 1	45	1,7 ± 1,3	0,3 - 7,4	25	3,7 ± 2,9	0,5 - 11,1	< 0,01
Lần 2	35	1,1 ± 0,6	0,3 - 3,0	20	2,1 ± 2,5	0,4 - 10,7	< 0,05
Lần 3	45	0,5 ± 0,3	0,2 - 1,8	22	1,2 ± 1,5	0,2 - 7,2	< 0,05
Liên quan sự biến đổi tỷ lệ BCTT DNT							
Lần 1	45	61,5 ± 24,8	0 - 98	25	64,2 ± 29,3	0 – 93	>0,05
Lần 2	35	36,3 ± 27,6	0 - 87	20	46,1 ± 28,3	0 – 86	>0,05
Lần 3	43	0,7 ± 2,5	0 - 13	21	13,4 ± 25,8	0 – 76	<0,05
Liên quan sự biến đổi CRP máu							
Lần 1	41	121,29 ± 89,4	2,5 - 372,2	24	111,94 ± 86,6	0,4 - 268,6	>0,05
Lần 2	27	63,33 ± 68,8	2,5 - 260,3	21	68,49 ± 73,2	3,8 - 240	>0,05
Lần 3	39	11,65 ± 13,8	0,6 - 70,3	24	60,23 ± 98,3	0,3 - 403,7	<0,05

Kết quả xét nghiệm 3 lần liên quan đến biến đổi Protein DNT có sự khác biệt giữa nhóm khỏi hoàn toàn và nhóm còn di chứng, tử vong. Chỉ số của nhóm khỏi hoàn toàn đều giảm sau 3 lần xét nghiệm và nhỏ hơn nhóm di chứng, tử vong (p<0,05). Đối với chỉ số liên quan đến biến đổi tỷ lệ BCTT DNT và CRP máu cũng có sự khác biệt trong 3 lần đo với hai nhóm. Tuy nhiên, đến lần xét nghiệm thứ 3 sự khác biệt này mới có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan kết quả điều trị

Đặc điểm	Khỏi hoàn toàn		Di chứng và tử vong		Tổng		P	
	SL	%	SL	%	SL	%		
Giới tính	Nam	25	55,6	14	56	39	55,7	>0,05
	Nữ	20	44,4	11	44	31	44,3	

Đặc điểm		Khỏi hoàn toàn		Di chứng và tử vong		Tổng		p
		SL	%	SL	%	SL	%	
Tuổi	>1 tháng – 12 tháng	19	42,2	21	84	40	57,1	<0,05
	> 12 tháng – 2 tuổi	11	24,4	4	16	15	21,4	
	> 2 tuổi – 5 tuổi	6	13,3	0	0	6	8,6	
	> 5t	9	20	0	0	9	12,9	
Căn nguyên của bệnh	Xác định	29	64,4	16	64	45	64,3	>0,05
	Không xác định	16	35,6	9	36	25	35,7	
Thời gian vào viện (chẩn đoán sớm - muộn)	≤ 2 ngày	13	28,9	2	8	15	21,4	<0,05
	> 2 – 5 ngày	22	48,9	10	40	32	45,7	
	> 5 ngày	10	22,2	13	52	23	32,9	
Số ngày sốt khi vào viện	<10 ngày	43	95,6	18	72	61	87,1	<0,05
	≥ 10 ngày	2	4,4	7	28	9	12,9	
Tình trạng tri giác	Tri giác							
	Tỉnh	21	46,7	1	4	22	31,4	<0,05
	Hôn mê	24	53,3	24	96	48	68,6	
	Co giật							
	Không	32	71,1	4	16	36	51,4	<0,01
Có	13	28,9	21	84	34	48,6		
Tổng		45	100	25	100	70	100	

Tỷ lệ di chứng và tử vong ở nam (56%) cao hơn nữ (44%) ($p>0,05$). Tỷ lệ di chứng và tử vong của trẻ dưới 12 tháng cao nhất (84%). Tỷ lệ di chứng và tử vong ở nhóm có số ngày sốt khi vào viện ≥ 10 ngày (72%) cao hơn nhóm có số ngày <10 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân di chứng và tử vong có biểu hiện tri giác hôn mê và co giật cao (chiếm 96% và 84%). Những sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy tỷ lệ trẻ nam bị VMNNK cao hơn trẻ nữ (55,7% và 44,3%). Trẻ mắc bệnh VMNNK tập trung chủ yếu dưới 2 tuổi (78,5%). Một số tác giả cũng cho kết quả tương tự [1], [2]. Xét nghiệm soi và cấy vi khuẩn dịch có 20 trường hợp dương tính chiếm 28,6%. Xét nghiệm PCR dịch não tủy tìm thấy hai loại vi khuẩn hay gặp là phế cầu (50%), HI (30%) chúng tôi không gặp trường hợp não mô cầu. Vi khuẩn hiếm gặp là Proteus, tụ cầu và E.coli. Kết quả này khác so với các nghiên cứu trong và ngoài nước trước đó: 3 căn nguyên hàng đầu là HI, phế cầu và não mô cầu [2]. Ngoài ra, từ nghiên cứu cũng phát hiện các căn nguyên khác là: Tụ cầu, Proteus, E.coli, đặc biệt B.cepacia. Các nguyên nhân gây VMNNK ở trẻ trên 3 tháng tuổi chủ yếu là phế cầu, HI, E.coli, điều này phù hợp với lý thuyết và một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Về các biểu hiện lâm sàng của VMNNK, các triệu

chứng cơ năng hay gặp là: sốt cao (68,6%), đau đầu (52,9%). Dấu hiệu thực thể hay gặp: vạch màng não (84,3%), Kernig (83,3%). Các dấu hiệu lâm sàng trên đều được các nghiên cứu trong nước [3] và ngoài nước [5] nhận xét là các dấu hiệu hay gặp nhất trong VMNNK trẻ em.

Kết quả phân tích DNT cho thấy: Số lượng BC tăng $> 1000/mm^3$ ở nhóm chưa điều trị kháng sinh chiếm tỷ lệ 61,3%, trong đó tỷ lệ BC đa nhân trung tính chiếm 63,77%. Nồng độ Protein trong DNT là 2,53g/l, nồng độ glucose và muối giảm. Những phân tích trên của chúng tôi phù hợp với lý thuyết cũng như của các nghiên cứu trong và ngoài nước [4]. Phân tích sự biến đổi protein trong DNT tại ba thời điểm: vào viện (trước khi điều trị), sau khi điều trị 48-72 giờ, khi ra viện. Chúng tôi thấy nồng độ protein trong DNT ở nhóm khỏi giảm hơn rất nhiều so với nhóm di chứng và tử vong, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Một số tác giả nghiên cứu về VMNNK trẻ em cũng có nhận định tương tự chúng tôi [2] điều này cho thấy sau điều trị 48 – 72 giờ nếu protein DNT còn tăng (trung bình là 2,14g/l) là một tiên lượng xấu, nguy cơ di chứng và tử vong cao. Tỷ lệ BC trung tính tại hai thời điểm vào viện và sau điều trị 2-3 ngày giảm đều giữa hai nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa ($p>0,05$), tuy nhiên tại thời điểm thứ 3 (khi bệnh ổn định) tỷ lệ BCTT dịch não tủy của nhóm điều trị khỏi hoàn toàn đã giảm xuống

thấp ($0,7 \pm 2,5/\text{mm}^3$), nhưng ở nhóm di chứng và tử vong tỷ lệ vẫn còn cao ($13,4 \pm 25,8/\text{mm}^3$), sự thay đổi này có khác biệt giữa hai nhóm ($p < 0,05$). Nồng độ CRP huyết thanh ở nhóm khỏi hoàn toàn và nhóm di chứng – tử vong tại thời điểm nhập viện và sau điều trị 2- 3 ngày không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Nhưng tại thời điểm trước khi xuất viện nhóm khỏi nồng độ giảm, nhóm di chứng - tử vong vẫn tăng cao và sự khác biệt này rất có ý nghĩa ($p < 0,001$). Như vậy nồng độ CRP huyết thanh không có ý nghĩa tiên lượng chỉ có giá trị đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân VMNNK. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Antila M. và cộng sự (1992). Tác giả nghiên cứu nồng độ CRP trong VMNNK do HI trong 11 ngày đầu của điều trị. Antila M. nhận xét: nồng độ CRP huyết thanh giảm xuống dưới 20mg/L ở bệnh nhân được điều trị khỏi, nhưng tiếp tục tăng trên 20mg/L ở bệnh nhân có di chứng [6]. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Bùi Vũ Huy và cộng sự (2003).

Tỷ lệ tìm thấy vi khuẩn trong DNT ở các nước phát triển là 80 - 90% cao hơn nước ta và hầu hết các nước đang phát triển (chỉ tìm thấy vi khuẩn khoảng 30-70%). Trong nghiên cứu, số ngày sốt trước khi vào viện ≥ 10 ngày tỷ lệ di chứng – tử vong cao hơn nhóm < 10 ngày, sự khác biệt này có ý nghĩa ($p < 0,05$). Như vậy thời gian sốt trước khi vào viện là một yếu tố tiên lượng xấu bệnh VMNNK. Trong quá trình điều trị việc đánh giá các triệu chứng lâm sàng qua các thời điểm (vào viện, sau điều trị 48 -72 giờ, khi ra viện) giúp chúng ta theo dõi được hiệu quả của việc điều trị kháng sinh thích hợp. So sánh các triệu chứng thần kinh giữa hai nhóm

khỏi hoàn toàn và di chứng - tử vong chúng tôi thấy nhóm di chứng và tử vong có tỷ lệ li bì, hôn mê và có cơn co giật cao hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cho thấy li bì, hôn mê, co giật là các dấu hiệu lâm sàng nặng trong VMNNK và có ý nghĩa tiên lượng xấu, nguy cơ tử vong và di chứng cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước.

Phân tích kết quả điều trị theo ngày vào viện sớm (chẩn đoán sớm hay muộn), ta thấy có sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$) giữa 2 nhóm khỏi (77,8%) và nhóm di chứng – tử vong (48%). So sánh kết quả giữa hai nhóm khỏi và di chứng – tử vong khi đã được chẩn đoán đúng cũng thấy có sự khác biệt ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự của Vũ Thị Việt và cộng sự (2000). VMNNK thường hay bị chẩn đoán nhầm với một số bệnh nhân sốt chưa rõ nguyên nhân, viêm não, sốt siêu vi trùng, viêm phế quản, rối loạn tiêu hóa, u não. Chẩn đoán sai sẽ dẫn đến điều trị không hợp lý, giảm tỷ lệ khỏi. Qua đó, ta thấy rằng những triệu chứng ban đầu không điển hình thường dẫn đến chẩn đoán sai ở tuyến trước.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ căn nguyên VMNNK cao, các triệu chứng không điển hình, thay đổi và khó xác định. Kết quả gợi ý cần có những xét nghiệm xác định căn nguyên bằng kỹ thuật PCR dịch não tủy rất có ý nghĩa (vì có thể xác định được căn nguyên trong cả những trường hợp nuôi cấy vi khuẩn âm tính) nên được áp dụng rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tôn Nữ Vân Anh và Hoàng Khánh và CS (2004), "Nghiên cứu nồng độ Lactac dịch não tủy trong viêm màng não mủ trẻ em", Tạp chí Y học Thực hành, tr. 87-89.
2. Bùi Vũ Huy (2003), "Nghiên cứu giá trị của Prôtêin phản ứng C, acid lactic và lactat dehydrogenase trong chẩn đoán và theo dõi điều trị viêm màng não mủ ở trẻ em", Luận án tiến sĩ Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Dũng Tuấn và Trương Hữu Khanh, "Giá trị của dấu hiệu lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng trong chẩn đoán phân biệt viêm màng não do vi trùng và viêm màng não do siêu vi ở trẻ em", Kỷ yếu Hội nghị Nhi Khoa khu vực phía Nam lần VI, tr. 240 – 245.
4. Vũ Thị Việt, Phạm Nhật An và Lê Phúc Phát (2000), "Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ tử vong do viêm màng não nhiễm khuẩn trẻ em", Nhà xuất bản Y học. Nhi khoa - Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 2000, tr. 396-405.
5. Imananagha K.K và các cộng sự. (1998), "Acute bacterial meningitis in a developing country: diagnosis related mortality among paediatric patients", Central African Journal of medicine. 44(1), tr. 11-15.
6. Antila M. và Peltola H. (1992), "Serum C-reactive protein in te course of Haemophilus influenzae type b meningitis", The Journal of Infectious Diseases. 165(1), tr. 36-37.
7. Allan R. Tunkel và W. Michael Scheld (2000), "Acute Meningitis Principles and practice of Infectious Diseases". volume 1, tr. 959 - 997.

MỐI LIÊN QUAN ĐƯỜNG NƯỚC BỌT VÀ ĐƯỜNG MÁU VỚI TÌNH TRẠNG VIÊM LỢI Ở BỆNH NHÂN ĐTĐ TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Lê Thị Liên¹, Tống Minh Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng viêm lợi và mối liên quan với đường nước bọt, đường máu ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 tại BVĐK Hà Đông.

Đối tượng và PP nghiên cứu:

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 214 bệnh nhân tuổi >35, có bệnh viêm quanh răng và được chẩn đoán ĐTĐ typ 2, đang theo dõi và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

Các bệnh nhân được khám lâm sàng để đánh giá tình trạng viêm lợi (GI), đồng thời làm các xét nghiệm để định lượng Glucose, HbA1c trong máu và định lượng Glucose trong nước bọt tại cùng một thời điểm.

Kết quả nghiên cứu: Trong nhóm bệnh nhân trên không có vùng lợi hoàn toàn khỏe mạnh, viêm lợi trung bình chiếm 45,79% viêm lợi nặng chiếm 36,45%. Mức kiểm soát glucose máu, HbA1C và glucose nước bọt không ảnh hưởng đến mức độ viêm lợi.

Có sự tương quan tuyến tính thuận giữa đường nước bọt và glucose máu nhưng không tương quan với HbA1C.

Ở nhóm kiểm soát glucose máu đạt yêu cầu glucose nước bọt TB $0,41 \pm 0,71$ mg/dl, ở nhóm kiểm soát glucose máu không đạt yêu cầu glucose nước bọt TB $0,79 \pm 1,88$ mg/dl. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$, hệ số tương quan $r = 0,235$.

SUMMARY: PREVALENCE OF GINGIVITIS AND ITS ASSOCIATION WITH SALIVARY SUGAR, BLOOD SUGAR AMONG DIABETES TYP II PATIENTS IN HA DONG GENERAL HOSPITAL

Aims: To access the prevalence of gingivitis and its association with salivary sugar, blood sugar among diabetes type II

patients in Ha Dong General Hospital.

Subjects and methods: A descriptive cross sectional study was conducted among 214 patients with periodontitis aged over 35 years old, who were diagnosed with diabetes type II and treated and monitored at Ha Dong General Hospital.

The patients were clinically examined in order to assess gingivitis as well as had blood test to measure the blood glucose, blood HbA1c and salivary glucose level at the same time.

Results: No subjects had completely healthy gingival area, the incidence of moderate and severe gingivitis were high. The control of blood glucose, HbA1C and salivary glucose did not affect the extent of gingivitis.

There were a linear correlation between salivary glucose and blood glucose but there were no correlation between salivary glucose and HbA1C.

The mean salivary glucose level in patients with controlled blood glucose was $0,41 \pm 0,71$ mg/dl, in patients without controlled blood glucose $0,79 \pm 1,88$ mg/dl. The difference were significant with $p < 0,05$, correlation coefficient were 0,235.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh quanh răng là bệnh phổ biến trong các bệnh răng miệng, là nguyên nhân chủ yếu gây mất răng ở người cao tuổi. Bệnh quanh răng chịu tác động của một số yếu tố nguy cơ trong đó bệnh ĐTĐ là yếu tố nguy cơ tác động mạnh tới sự phát sinh và phát triển của BQR trong đó có viêm lợi. [1]. [3].

Ngoài các bằng chứng về tác động động bất lợi của tiêu ĐTĐ với nha chu đã được rất nhiều nghiên cứu chứng minh, hiện nay đã có một số nghiên cứu cho thấy đường trong nước

1. Bệnh viện ĐK Hà Đông. ĐT: 0988715888

2. Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt ĐHY Hà Nội

» Ngày nhận bài: 01/12/2016 | » Ngày phản biện: 06/12/2016 | » Ngày duyệt đăng: 10/12/2016

bột và đường máu có mối quan hệ thuận chiều. Đường nước bọt tăng cao hơn ở những bệnh nhân kiểm soát đường huyết không đạt mục tiêu[6].

Vậy đường trong nước bọt cao có phải là hậu quả của tăng đường huyết và là một trong số các nguyên nhân làm bệnh nha chu nặng hơn?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân tuổi >35, có bệnh viêm quanh răng, chẩn đoán ĐTĐ týp 2 đang được theo dõi và điều trị tại Phòng Khám nội tiết Bệnh viện ĐK Hà Đông

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2015 đến tháng 03/2016

- Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám nội tiết Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu được áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu tỷ lệ trong quần thể (N=214)

3.2. Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập

3.2.1. Khám lâm sàng đánh giá tình trạng viêm lợi, đánh giá chỉ số lợi (GI) [1].

Mức đánh giá	Tốt	Viêm lợi nhẹ	Viêm lợi TB	Viêm lợi nặng
Mã số	0	0,1 - 0,9	1,0 - 1,9	2,0 - 3,0

3.2.2. Xét nghiệm

Định lượng glucose và HbA1C máu: Kỹ thuật định lượng glucose huyết thanh, huyết tương trên máy tự động Au-Beckman-Counter áp dụng tại khoa Sinh hóa, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. Đánh giá kết quả theo mức kiểm soát đường huyết của ADA 2014[2].

Chỉ số	Đơn vị	Kiểm soát đường máu	
		Đạt mục tiêu	Không đạt MT
HbA1c	%	≤ 7	> 7
Đường máu lúc đói	mmol/ L	≤ 7,2	>7,2

Thu thập mẫu nước bọt và định lượng Glucose (Đơn vị tính mg/dl).

Mẫu nước bọt được lấy ở tất cả các đối tượng nghiên cứu và cùng thời điểm với xét nghiệm máu.

Nguyên lý xét nghiệm[5]: Sử dụng phương pháp Enzyme-màu, dựa trên phản ứng xúc tác của gluco-Oxidase. Nồng độ glucose trong mẫu thử tỉ lệ thuận với đậm độ của quinoneimine và tỉ lệ thuận với mật độ quang được đo tại

bước sóng 540nm.

3.3. Các biến số nghiên cứu

* Bệnh viêm lợi (Theo chỉ số lợi GI)

* Mức kiểm soát glucose máu, HbA1C

* Lượng glucose nước bọt

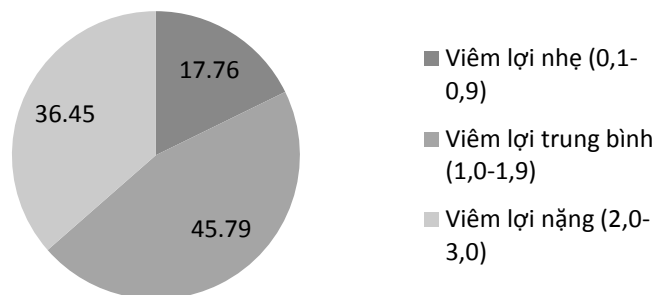
3.4. Thu thập và xử lý số liệu: Kết quả thu nhận và xử lý bằng thuật toán thống kê Y sinh học và sử dụng phần mềm SPSS 16.0

3.5. Đạo đức nghiên cứu:

Các bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Thông tin cá nhân đảm bảo được giữ bí mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ

Biểu đồ 1 Tình trạng lợi của các đối tượng nghiên cứu



Nhận xét: Không có trường hợp nào có lợi hoàn toàn khỏe mạnh. Viêm lợi nhẹ chiếm tỷ lệ thấp 17,76%, viêm lợi trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 45,79%, viêm lợi nặng chiếm 36,45%.

Bảng 1. Tình trạng lợi theo mức đường huyết

G máu (%)	V lợi nhẹ và TB		Viêm lợi nặng		OR	95% CI	p
G ≤ 7,2	63	64,29	35	35,71			
G > 7,2	73	62,93	43	37,07			

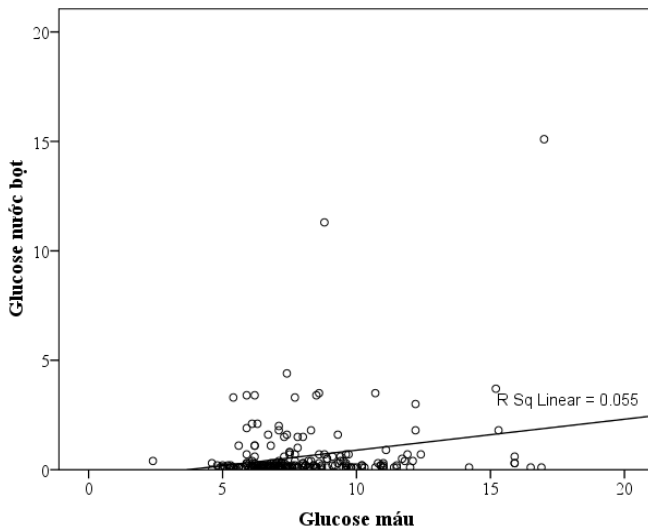
Nhận xét: Ở hai nhóm kiểm soát Glucose máu đạt mục tiêu và không đạt mục tiêu, tỷ lệ viêm lợi không có sự khác biệt với P > 0,05.

Tương tự như vậy khi so sánh mức độ viêm lợi ở hai nhóm kiểm soát HbA1C máu đạt mục tiêu và không đạt mục tiêu không có sự khác biệt với P > 0,05.

Bảng 2. So sánh glucose nước bọt theo mức kiểm soát glucose máu

G_Máu (mmol/L)	G nước bọt (mg/dl)	Min – Max	p
≤ 7.2	0.407 ± 0.706	0 – 3.40	0.047
> 7.2	0.785 ± 1.884	0 – 15.10	
Chung	0.612 ± 1.474	0 – 15.10	

Biểu đồ 2 *Mối tương quan giữa đường nước bọt và đường máu*



Nhận xét

Có sự tương quan giữa glucose nước bọt ở với mức kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu và không đạt mục tiêu có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$ hệ số tương quan $r = 0,235$. Tuy nhiên không có sự khác biệt glucose nước bọt ở hai nhóm kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu và không đạt mục tiêu với $P > 0,05$.

Bảng 3. *So sánh glucose nước bọt với tình trạng viêm lợi (GI)*

GI \ G nước bọt	SL	Mean	SD	P
Viêm lợi nhẹ và TB	136	0,54	1,37	$>0,05$
Viêm lợi nặng	78	0,90	2,22	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt glucose nước bọt ở hai nhóm viêm lợi nhẹ và viêm lợi nặng với $P > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Tình trạng viêm lợi

Kết quả này tỷ lệ viêm lợi nặng là 36,45% cao hơn so với tỷ lệ viêm lợi nặng 29,4% trong nghiên cứu năm 2011 của Nguyễn Xuân Thực. Sự khác biệt này có thể được lý giải là tác giả nghiên cứu trên bệnh nhân ĐTĐ tít 2 bất kỳ để đánh giá tình trạng quanh răng. Còn nghiên cứu của tôi ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 đã có bệnh VQR. Vì vậy kết quả này phù hợp về mặt lý thuyết và lâm sàng.

2. Mối liên quan giữa mức độ viêm lợi và nồng độ glucose và HbA1C trong máu

Trong nghiên cứu này không thấy có sự liên quan giữa HbA1C và Glucose máu với tình trạng viêm lợi. Kết quả này giống với tác giả Đào Thị Nga (2006) nhưng khác với kết quả của Nguyễn Xuân Thực (2011).

Các tác giả khác Mealey và Ocampo, Lamster et al, Taylor và Borgnakke đã tổng quan toàn diện về các nghiên cứu như đoàn hệ, cắt ngang mô tả đã kết luận rằng những người kiểm soát đường huyết kém sẽ bị bệnh VQR nặng hơn kiểm soát tốt đường huyết. Chứng cứ đặc biệt mạnh mẽ là 8/10 nghiên cứu đoàn hệ đã khẳng định điều này[7].

Như vậy kết quả ở bảng 1 và chưa thể kết luận chính xác về mối liên quan bởi vì trong thiết kế nghiên cứu này là cắt ngang. Loại nghiên cứu này chỉ cung cấp thông tin về HbA1c và Glucose máu và bệnh VQR tại một thời điểm nhất định chứ chưa cho phép lượng giá mức độ bệnh ĐTĐ liên quan đến tỷ lệ phát sinh, mức độ nặng nhẹ hoặc tiến triển của bệnh VQR. Nếu để có kết luận chính xác hơn cần sử dụng thiết kế nghiên cứu đa dạng hơn.

3. Mối tương quan giữa đường máu và đường nước bọt

Theo kết quả ở bảng 2 có sự khác biệt về trung bình glucose trong nước bọt và glucose trong máu có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Biểu đồ 2 minh họa cho mối tương quan với $r = 0,235$.

Một số nghiên cứu khác như Jha.S.K (2014, Agrawal RP1 (2013) cũng cho thấy sự tương quan giữa đường trong nước bọt và đường máu.

KẾT LUẬN

1. Tình trạng viêm lợi: Ở những bệnh nhân ĐTĐ typ 2 tình trạng viêm lợi trung bình và nặng chiếm tỷ lệ cao. Không tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng viêm lợi với nồng độ trong nước bọt và trong máu.

2. Có sự tương quan tuyến tính thuận giữa đường nước bọt và đường máu nhưng không có sự liên quan với HbA1C.

KIẾN NGHỊ

1. Những bệnh nhân ĐTĐ typ2 nên được khám và điều trị bệnh quanh răng sớm.

2. Cần thêm các nghiên cứu khác về mối liên quan giữa glucose trong nước bọt và glucose máu. Nếu có mối tương quan chặt chẽ thì đây sẽ là một xét nghiệm đơn giản, không xâm lấn có thể thay thế cho định lượng glucose máu trong một số trường hợp.



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đỗ Quang Trung (2001). Bệnh học quanh răng, Tài liệu giảng dạy sau đại học, Trường ĐH Y Hà Nội. Tr.10-17
2. Đỗ Trung Quân (2015). Chẩn đoán đái tháo đường và điều trị. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.Tr5-66
3. Trịnh Đình Hải (2013) Bệnh học quanh răng, Nhà xuất bản Giáo Dục Việt Nam.
4. Nguyễn Xuân Thực (2011). Nghiên cứu bệnh quanh răng, bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại BV Nội Tiết Trung ương và đánh giá hiệu quả can thiệp, Luận án tiến sỹ y học, Trường ĐH Y Hà Nội.
5. Khoa Sinh hóa - Bệnh viện Đa khoa Hà Đông (2014), Quy trình kỹ thuật xét nghiệm
6. Jha.S.K (2014) Estimation Of Salivary Glucose Level And Plasma Glucose Level In Subjects With And Without Diabetes Mellitus: A Comparative Study. NJIRM. ; 5(3): 65-70
7. Lamster IB,Lalla E, Borgnakke WS,Taylor GW(2008).The lationshiop betwwen oral health and diabetes mellitus JADA ;139(Suppl) :19s-24s

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM TRỄ CHẬM PHÁT TRIỂN VẬN ĐỘNG NGỒI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2013

Trịnh Quang Dũng¹, Trương Thị Mai Hồng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trên thế giới người khuyết tật chiếm tỷ lệ lớn 15,3% dân số, ở Việt Nam là 6,34%. Các tình trạng chậm phát triển vận động thường là dấu hiệu sớm hướng tới khuyết tật vận động. Trong quá trình phát triển vận động, vận động ngồi đóng vai trò quan trọng trong việc chuyển tiếp từ giai đoạn nằm, lẫy sang việc bò quỳ, đứng và đi. Giai đoạn ngồi thể hiện khả năng kiểm soát tư thế, đồng thời cũng ảnh hưởng đến các cơ quan khác như hô hấp và tuần hoàn. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm trẻ chậm phát triển vận động ở giai đoạn ngồi ở trẻ bại não và so sánh với trẻ chậm phát triển. Nghiên cứu được tiến hành trên 96 trẻ trên 7 tháng tuổi khám, điều trị chậm phát triển vận động Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, có phân tích, sử dụng các tiêu chuẩn trong thang đo GMFM. **Kết quả:** Nghiên cứu đã mô tả được đặc điểm trẻ chậm phát triển vận động ngồi, cụ thể các chậm phát triển vận động: vận động từ nằm chuyển sang ngồi, ngồi trên đệm với sự hỗ trợ, ngồi trên đệm với các động tác và ngồi trên bàn trên sàn với các động tác.

Từ khóa: Vận động ngồi, Bệnh viện Nhi Trung ương.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF MOTOR DEVELOPMENT DELAY ON CHILDREN HAVING TROUBLE IN SITTING POSITION AT NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS, IN 2013

Introduction: The number of the disabled people accounts for 15.3% of the world population and 6.34 % of the Vietnam's population. Lack of physical movements is main cause of impaired motor functions. Among motor functions, sitting plays the the transitional part from lying, rolling over crawling

to standing and walking. This stage also influences respiratory and circulatory systems. **Method:** In order to find the characteristics of cerebral palsied children with sitting impairment compared to mentally retarded children, we conducted an analytical cross-sectional study of 96 children coming from over seven months of age at NHP in 2013. **Result:** The results showed that most children had trouble when they changed their body's positions from lying to sitting, sitting on a mattress, sitting on ground with some positions.

Key words: Motor sitting, national hospital of pediatrics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới có khoảng 15,3% dân số thế giới (tương đương với 978 triệu người) là người khuyết tật, trong đó có 2,9% là dạng khuyết tật nghiêm trọng. Tỷ lệ trẻ từ 0 - 14 tuổi khuyết tật là 5,1% và trên 15 tuổi là 19,4%. Tỷ lệ khuyết tật trên thế giới vẫn tăng khoảng 1,6% mỗi năm [1]. Theo số liệu của Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội, năm 2005 cả nước ta có 5,3 triệu người khuyết tật, chiếm 6,3% tổng dân số [2]. Tuy nhiên, theo kết quả khảo sát mức sống hộ gia đình Việt Nam năm 2006 cho thấy, nước ta có 12,7 triệu người khuyết tật, chiếm 15,3% dân số cả nước [3]. Theo thống kê của UNICEF Việt Nam năm 2008, Việt Nam có 1,1 triệu trẻ em khuyết tật (từ 0 - 6 tuổi). Năm 2009, tỷ lệ người khuyết tật tại Việt Nam đã tăng lên chiếm 7,8% dân số, trong đó khoảng 5,8% là nữ giới và khoảng 75% tập trung ở nông thôn. Báo cáo của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, số trẻ em khuyết tật năm 2010 là 1,3 triệu. Trong đó khó khăn về vận động, với mức độ có khó khăn trở lên chiếm 3,7%, với mức độ rất khó khăn chiếm 0,91% và với mức độ không thể thực hiện được chiếm 0,24%. Phân loại khuyết tật trong đó có chậm phát triển vận động thô và chậm phát triển vận

1. Bệnh viện Nhi Trung ương, Tác giả: Trương Thị Mai Hồng, E-mail: maihonghoa98@gmail.com

» Ngày nhận bài: 02/11/2016 | » Ngày phản biện: 09/11/2016 | » Ngày duyệt đăng: 14/11/2016

động tinh [4]. Nghiên cứu ở Mỹ, cho thấy 06 trẻ có 01 trẻ chậm phát triển trong giai đoạn 2006-2008, theo ghi nhận của các bậc cha mẹ, có sự gia tăng 17,1% trẻ chậm phát triển từ giai đoạn 1997 – 2008[5].

Với trẻ phát triển bình thường thì giai đoạn trẻ có khả năng ngồi là từ tháng thứ 7 - 9. Tuy nhiên, những trẻ chậm phát triển vận động do một số nguyên nhân nào đó thì chức năng vận động có thể không thực hiện được, hoặc chậm phát triển động. Giai đoạn ngồi là giai đoạn đóng vai trò quan trọng, là giai đoạn chuyển tiếp từ những chức năng vận động nằm, lẫy sang bò, quỳ, tiến tới khả năng đứng và đi [4]. Bên cạnh đó, việc trẻ ngồi thể hiện khả năng kiểm soát tư thế, đồng thời cũng làm thay đổi và phát triển chức năng hô hấp, tuần hoàn và một số cơ quan khác. Hàng năm, Bệnh viện Nhi Trung ương đón nhận hàng trăm ca hạn chế vận động, vì vậy nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm trẻ chậm phát triển vận động ngồi tại đây.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ từ 7 tháng tuổi trở lên, có hạn chế vận động ngồi được khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01 – 12/2013 tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Tất cả trẻ từ 7 tháng tuổi trở lên đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong năm 2013 có đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu. Kết quả có 96 trẻ được chọn tham gia nghiên cứu.

2.5. Công cụ thu thập số liệu: Bác sỹ tại Khoa Phục hồi chức năng khám và thu thập một số thông tin khác do phụ huynh và người chăm sóc trẻ cung cấp về thông tin chung của trẻ, mức độ bại não và chậm phát triển của trẻ, đặc điểm vận động của trẻ.

2.6 Công cụ đánh giá: Sử dụng thang điểm GMFMD, kết hợp với các biện pháp chẩn đoán cận lâm sàng [6].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu bằng các chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng, chúng tôi chia chậm phát triển vận động thành 2 nhóm nguyên nhân do bại não và do chậm phát triển.

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Bại não		Chậm phát triển		Tổng		P
		SL	%	SL	%	SL	%	
Mức độ	Nặng	0	0,0	3	5,0	3	3,1	>0,05
	Vừa	24	66,7	41	68,3	65	67,7	
	Nhẹ	12	33,3	16	26,7	28	29,2	
Giới	Nam	28	77,8	35	58,3	63	65,6	>0,05
	Nữ	8	22,2	25	41,7	33	34,4	
Tuổi	7-12 tháng	10	27,8	27	45,0	37	38,5	>0,05
	13-35 tháng	26	72,2	33	55,0	59	61,5	

Trong nghiên cứu, số trẻ chậm phát triển cao hơn so với trẻ bại não. Phần lớn trẻ bị bại não và chậm phát triển ở mức độ vừa (66,7% và 68,3%). Tỷ lệ nam giới bị bại não cao hơn

so với nữ giới (77,8% và 22,2%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2. Hạn chế vận động từ nằm chuyển sang ngồi

Đặc điểm vận động		Bại não		Chậm phát triển		Tổng		P
		SL	%	SL	%	SL	%	
Trẻ nằm ngửa, người khám cầm 2 tay: kéo ngồi dậy, kiểm soát đầu tốt	Một phần	3	8,3	7	11,7	10	10,4	>0,05
	Hoàn toàn	33	91,7	51	85,0	84	87,5	

Đặc điểm vận động		Bại não		Chậm phát triển		Tổng		P
		SL	%	SL	%	SL	%	
Nằm ngửa: lật sang bên phải ngồi dậy	Không	27	75,0	46	76,7	73	76,0	>0,05
	Bắt đầu	6	16,7	12	20,0	18	18,8	
	Một phần	0	0,0	1	1,7	1	1,0	
	Hoàn toàn	3	8,3	1	1,7	4	4,2	
Nằm ngửa: lật sang bên trái ngồi dậy	Không	27	75,0	44	73,3	71	74,0	>0,05
	Bắt đầu	6	16,7	14	23,3	20	20,8	
	Một phần	0	0,0	2	3,3	2	2,1	
	Hoàn toàn	3	8,3	0	0,0	3	3,1	

Chậm phát triển vận động giai đoạn từ nằm chuyển sang ngồi đa phần thực hiện được động tác nằm ngửa người khám cầm 2 tay: trẻ tự kéo ngồi lên kiểm soát đầu tốt 87,5%; trong khi nằm ngửa: lật sang bên phải ngồi dậy chỉ đạt 4,2%; động

tác nằm ngửa: lật sang bên trái ngồi dậy đạt 3,1%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê 2 nhóm bại não và chậm phát triển ($p>0,05$).

Bảng 3. Ngồi trên đệm với sự hỗ trợ

Đặc điểm vận động		Bại não		Chậm phát triển		Tổng		P
		SL	%	SL	%	SL	%	
KTV giữ ngực: giữ đầu thẳng trong 3 giây	Bắt đầu	0	0,0	2	3,3	2	2,1	>0,05
	Một phần	11	30,6	15	25,0	26	27,1	
	Hoàn toàn	25	69,4	43	71,7	68	70,8	
KTV giữ ngực: giữ đầu ở trung tâm trong 10 giây	Bắt đầu	0	0,0	2	3,3	2	2,1	>0,05
	Một phần	9	25,0	17	28,3	26	27,1	
	Hoàn toàn	27	75,0	41	68,3	68	70,8	

Động tác ngồi trên đệm với sự hỗ trợ của KTV giữ ngực: giữ đầu thẳng trong 3 giây và KTV giữ ngực: giữ đầu ở trung tâm

trong 10 giây đều đạt tỷ lệ 70,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bại não và chậm phát triển khác ($p>0,05$).

Bảng 4. Ngồi trên đệm với các động tác

Đặc điểm vận động		Bại não		Chậm phát triển		Tổng		P
		SL	%	SL	%	SL	%	
Ngồi vững với hai tay tự do trong 3 giây	Bắt đầu	0	0,0	3	5,0	3	3,1	>0,05
	Một phần	11	30,6	20	33,3	31	32,3	
	Hoàn toàn	25	69,4	37	61,7	62	64,6	
Có 1 đồ chơi nhỏ trước mặt: đưa người ra trước sờ vật, không chống tay	Bắt đầu	0	0,0	3	5,0	3	3,1	>0,05
	Một phần	22	61,1	36	60,0	58	60,4	
	Hoàn toàn	14	38,9	21	35,0	35	36,5	
Xoay người sờ vào vật để phía sau 45 bên phải, xoay trở lại	Bắt đầu	6	16,7	12	20,0	18	18,8	>0,05
	Một phần	18	50,0	38	63,3	56	58,3	
	Hoàn toàn	12	33,3	10	16,7	22	22,9	



Đặc điểm vận động		Bại não		Chậm phát triển		Tổng		P
		SL	%	SL	%	SL	%	
Xoay người sờ vào vật để phía sau 45 bên trái, xoay trở lại	Bắt đầu	6	16,7	12	20,0	18	18,8	>0,05
	Một phần	18	50,0	36	60,0	54	56,3	
	Hoàn toàn	12	33,3	12	20,0	24	25,0	
Ngồi nghiêng sang phải: ngồi vững với hai tay tự do trong 5 giây	Bắt đầu	4	11,1	10	16,7	14	14,6	>0,05
	Một phần	23	63,9	38	63,3	61	63,5	
	Hoàn toàn	9	25,0	12	20,0	21	21,9	
Ngồi nghiêng sang trái: ngồi vững với hai tay tự do trong 5 giây	Bắt đầu	4	11,1	10	16,7	14	14,6	>0,05
	Một phần	23	63,9	38	63,3	61	63,5	
	Hoàn toàn	9	25,0	12	20,0	21	21,9	
Cúi xuống thấp có kiểm soát	Không	0	0,0	2	3,3	2	2,1	>0,05
	Bắt đầu	4	11,1	6	10,0	10	10,4	
	Một phần	23	63,9	43	71,7	66	68,8	
	Hoàn toàn	9	25,0	9	15,0	18	18,8	
Hai chân phía trước: xoay người và tỳ trên 4 điểm sang phải	Không	18	50,0	47	78,3	65	67,7	<0,05
	Bắt đầu	16	44,4	9	15,0	25	26,0	
	Một phần	2	5,6	4	6,7	6	6,3	
Hai chân phía trước: xoay người và tỳ trên 4 điểm sang trái	Không	18	50,0	47	78,3	65	67,7	<0,05
	Bắt đầu	13	36,1	9	15,0	22	22,9	
	Một phần	5	13,9	4	6,7	9	9,4	
	Hoàn toàn	0	0,0	2	3,3	2	2,1	

Có 2 động tác gồm hai chân phía trước: xoay người và tỳ trên 4 điểm sang phải và hai chân phía trước: xoay người và tỳ trên 4 điểm sang trái là không có trẻ nào thực hiện được hoàn toàn. Các động tác có tỷ lệ cao là chống tay: ngồi vững trong 5 giây (68,8%), ngồi vững với hai tay tự do trong 3

giây (64,6%) và có một đồ chơi nhỏ trước mặt: đưa người ra trước sờ vật, không chống tay (36,5%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trẻ bại não và chậm phát triển về các động tác có 1 đồ chơi nhỏ trước mặt: đưa người ra trước sờ vật, không chống tay ($p < 0,05$).

Bảng 5. Ngồi trên bàn, sàn với các động tác

Đặc điểm vận động		Bại não		Chậm phát triển		Tổng		P
		SL	%	SL	%	SL	%	
Ngồi trên bàn: ngồi vững với hai tay và hai bàn chân tự do trong 10 giây	Không	0	0,0	10	16,7	10	10,4	<0,05
	Bắt đầu	16	44,4	24	40,0	40	41,7	
	Một phần	20	55,6	26	43,3	46	47,9	
Đứng: ngồi xuống một bàn nhỏ	Không	33	91,7	52	86,7	85	88,5	>0,05
	Bắt đầu	3	8,3	8	13,3	11	11,5	
Ngồi trên sàn: ngồi lên một bàn nhỏ	Không	33	91,7	52	86,7	85	88,5	>0,05
	Bắt đầu	3	8,3	8	13,3	11	11,5	
Ngồi trên sàn: ngồi lên một bàn lớn	Không	33	91,7	56	93,3	89	92,7	>0,05
	Bắt đầu	3	8,3	4	6,7	7	7,3	

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn không có trẻ bại não nào có khả năng thực hiện được các động tác khi ngồi trên bàn, sàn. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa việc thực hiện động tác ngồi trên bàn: ngồi vững với hai tay và hai bàn chân tự do trong 10 giây giữa 2 nhóm trẻ bại não và chậm phát triển ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên đối tượng trẻ từ 7 tháng tuổi trở lên, có chậm phát triển vận động ngồi được khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013. Kết quả nghiên cứu cho thấy với trẻ phát triển bình thường thì từ 7 - 9 tháng tuổi trẻ có khả năng tự ngồi dậy được và duy trì tư thế vững vàng; tập bò và bò được thành thạo, có thể vịn đứng dậy khi có chỗ bám chắc chắn, cầm và đập hai khối vào nhau, chuyển một vật từ tay nọ sang tay kia và nhặt đồ vật bằng ngón cái và một ngón khác [4]. Đối với các trẻ chậm phát triển vận động thì đến tháng thứ 7 - 9 vẫn chưa có khả năng thực hiện các động tác ngồi. Kết quả cũng cho thấy đa phần trẻ chậm phát triển vận động ngồi ở độ tuổi từ 13 tháng trở lên với tỷ lệ 61,5%, kết quả này cho thấy mối liên quan và tính trầm trọng của sự chậm phát triển vận động ngồi ở trẻ. Kết quả nghiên cứu cho thấy nam nhiều với tỷ lệ 65,6%, tỷ lệ này tương tự với nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ khuyết tật vận động ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ. Tỷ lệ trai/gái như sau [7]: Neligan (1996) là 1,4/1; Ellenberg và Nelson (1999) là 1,3/1; Stanley (1989) là 1,25/1.

Khi trẻ thực hiện động tác từ nằm chuyển sang ngồi là động tác khởi đầu giúp trẻ có khả năng thực hiện các động tác ngồi, là giai đoạn trẻ đã qua giai đoạn lật và lẫy [4]. Động tác này thực hiện đơn giản hơn các động tác ngồi khác. Do vậy kết quả cũng cho thấy tỷ lệ trẻ có khả năng thực hiện động tác này là cao hơn các động tác ngồi khác. Để trẻ có khả năng ngồi trẻ cần phải phát triển tương xứng về thần kinh, cơ, xương và khả năng giữ thăng bằng. Do vậy, khi trẻ ngồi ở

trên đệm mặc dù có sự hỗ trợ, tuy nhiên có hai động tác chưa có trẻ nào thực hiện gồm hai chân phía trước: xoay người và tỳ trên 4 điểm sang phải và hai chân phía trước: xoay người và tỳ trên 4 điểm sang trái. Khi khả năng kiểm soát của hệ thần kinh, cơ, xương và giữ thăng bằng đạt ở mức độ nhất định, trẻ có khả năng ngồi ở sàn nhà hay các mặt phẳng cứng khác. Tuy nhiên, khả năng thực hiện các động tác còn hạn chế, hệ cơ xương chưa thực sự vững chắc và thuần thục các kỹ năng, khả năng giữ thăng bằng còn kém. Kết quả nghiên cứu cho thấy, khi trẻ ngồi trên sàn nhà hay trên bàn thì không trẻ nào có khả năng thực hiện các động tác. Giai đoạn ngồi là giai đoạn chuyển tiếp từ nằm, lẫy sang một tư thế khác, ở giai đoạn này không chỉ có sự phát triển của cơ xương mà giai đoạn này còn đánh dấu sự thay đổi về cả hệ hô hấp, tuần hoàn. Khi trẻ ngồi, áp lực hệ tuần hoàn thay đổi, quá trình hô hấp ít bị cản trở hơn. Do vậy, đánh giá trẻ khuyết tật ở giai đoạn ngồi là rất quan trọng. Trị liệu cho trẻ ở giai đoạn này sẽ giúp trẻ nhanh có khả năng phục hồi chức năng hơn. Kết quả nghiên cứu ở trẻ cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trẻ bại não và chậm phát triển về tỷ lệ thực hiện các động tác gồm: hai chân phía trước: xoay người và tỳ trên 4 điểm sang phải; hai chân phía trước: xoay người và tỳ trên 4 điểm sang trái và ngồi trên bàn: ngồi vững với hai tay và hai bàn chân tự do trong 10 giây. Trong đó trẻ bại não có tỷ lệ thực hiện được các động tác cao hơn trẻ chậm phát triển. Điều này có thể do mức độ bại não chỉ có thể nhẹ và vừa, trong khi chậm phát triển có ở 3 mức độ nặng, vừa và nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Trẻ chậm phát triển vận động ngồi theo các tiêu chuẩn trong thang điểm GMFM tại Bệnh viện Nhi Trung ương là do bại não và chậm phát triển. Trên cơ sở đặc điểm của phát triển vận động ở tư thế ngồi, cần có chiến lược vật lý trị liệu phù hợp với các đặc điểm hạn chế vận động ở trẻ bại não và chậm phát triển tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. WHO, "World report on disability 2011". 2011.
2. Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, "Thống kê người khuyết tật". 2005.
3. Tổng cục Thống kê, "Kết quả điều tra mức sống hộ gia đình 2006". 2006.
4. Trần Thị Thu Hà. "Phát hiện sớm, can thiệp sớm khuyết tật ở trẻ em Việt Nam". Nhà xuất bản Y học, 2007.
5. Boyle CA, Schieve L, Cohen RA, et al, "Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997-2008". Pediatrics, 2011.
6. GMAE-2. "Thang đo chức năng vận động thô (GMFM) và Phần mềm GMAE-2, [http://motorgrowth.canchild.ca/en/#"2014](http://motorgrowth.canchild.ca/en/#).
7. Staley F, Cerebral Palsies: "Epidemiology and causal Pathways". Clinics in Developmental Medicine, 2000, 151: 135-149.



PHÂN TÍCH HOẠT ĐỘNG TỒN TRỮ THUỐC TẠI BỆNH VIỆN A TỈNH THÁI NGUYÊN NĂM 2015

Dương Ngọc Ngà¹, Trần Thị Bích Hợp¹

TÓM TẮT

Quản lý tồn trữ thuốc đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng cung ứng thuốc bệnh viện. Vì vậy nghiên cứu hoạt động tồn trữ thuốc tại Bệnh viện A Thái Nguyên được thực hiện dựa trên hồi cứu số liệu. Kết quả nghiên cứu cho thấy, cơ cấu tồn trữ theo phân tích ABC/VEN tương đối hợp lý, các thuốc hạng A chiếm tỷ lệ nhỏ 10,1% về số lượng mặt hàng và chiếm tỷ lệ cao 75,8% về giá trị. Thuốc tối cần (nhóm V) chiếm 67,2% về số lượng và 91,3% về giá trị. Bệnh viện kết hợp nhiều mô hình tồn trữ trong đó mô hình P chiếm tỷ lệ 83,0% về số lượng mặt hàng và 80,0% về giá trị tồn trữ. Lượng thuốc tồn kho và lượng đặt hàng chủ yếu theo kinh nghiệm của thủ kho. Áp dụng công thức tính lượng đặt hàng theo mô hình P cho các thuốc loại I cho thấy, tỷ lệ các thuốc có lượng tồn kho cuối tháng cao hơn lượng tồn kho tối thiểu là 79,3%; tỷ lệ các thuốc có lượng nhập thực tế lớn hơn Q_o là 61,6%.

Từ khóa: Tồn trữ thuốc, phân tích ABC/VEN, mô hình tồn trữ, lượng đặt hàng, tồn kho.

SUMMARY

DRUG STORAGE OPERATIONS ANALYSIS AT HOSPITAL A IN THAI NGUYEN PROVINCE IN 2015

Drug storage management plays an important role in improving hospital drug supply quality. Therefore, a study about drug storage in A Hospital, Thai Nguyen Province 2016 was carried out based on retrospective data. The research results showed that drug storage structure according to ABC/VEN analysis was relatively reasonable, the class A drugs accounted for a small proportion (10.1%) in quantity and high proportion (75.8%) in value. Vital medicines (V group) accounted for 67.2% in quantity and 91.3% in value. Multiple storage models were combined in which the P model accounted for 83.0% in quantity of items and 80.0% in value storage. Inventory and order drugs was mainly on experience of storekeepers. Applying the formula to calculate the quantity of orders according to P model for type I drug showed that

the proportion of inventory drugs at the end of month higher minimum was 79.3%; the proportion of imported drug larger than Q_o was 61.6%.

Key words: Drug storage, ABC/VEN analysis, storage model, order drug, inventory

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua, ngành Y tế có những nỗ lực trong cung ứng thuốc phục vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân. Bệnh viện là một trong những mắt xích quan trọng đảm bảo cung ứng thuốc đầy đủ và có hiệu quả. Quản lý tồn trữ thuốc là một phần trong công tác quản lý cung ứng thuốc bệnh viện. Để thực hiện tốt mục tiêu cung ứng thuốc tốt thì phải đảm bảo tồn trữ thuốc sao cho thuốc luôn được cung cấp đầy đủ kịp thời, đảm bảo chất lượng và giảm thiểu chi phí. Việc tồn trữ quá nhiều thuốc với số lượng lớn có thể tăng chi phí bảo quản, tồn trữ thuốc. Để giảm chi phí tồn trữ, bệnh viện phải duy trì mức tồn trữ thấp, tuy nhiên có thể gây ra tình trạng thiếu thuốc và trong một số trường hợp có thể gây ra vấn đề nghiêm trọng nếu không có thuốc kịp thời. Vì vậy quản lý tồn trữ thuốc hiệu quả là cân bằng được chi phí và nhu cầu thuốc điều trị. Theo WHO, chìa khóa của hoạt động tồn trữ thuốc chính là lượng tồn kho an toàn và lượng đặt hàng mỗi chu kỳ. Thực tế cho thấy đây là vấn đề khó, cần phải tính toán kỹ lưỡng các yếu tố liên quan đến lượng tồn kho, lượng thuốc tiêu thụ và các nguồn hàng cung cấp để đảm bảo thuốc luôn sẵn có đáp ứng nhu cầu điều trị của bệnh viện.

Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên là bệnh viện đa khoa hạng 1 trực thuộc Sở Y tế, với quy mô 530 giường bệnh, có nhiệm vụ khám chữa bệnh cho nhân dân trong tỉnh và các khu vực lân cận. Bệnh viện cũng là cơ sở học tập, nghiên cứu của sinh viên các trường Đại học, Cao đẳng Y Dược trên địa bàn. Cho đến nay, có rất ít đề tài nghiên cứu về hoạt động tồn trữ thuốc tại bệnh viện. Với mong muốn tìm hiểu về thực trạng tồn trữ thuốc tại bệnh viện, chúng tôi thực hiện đề tài: “Phân tích hoạt động tồn trữ thuốc tại Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên năm 2015” với mục tiêu: Đánh giá thực trạng hoạt động tồn

1. Trường Đại học Y dược Thái Nguyên. Email: ttbh.1981@yahoo.com.vn

» Ngày nhận bài: 06/12/2016 | » Ngày phản biện: 09/12/2016 | » Ngày duyệt đăng: 14/12/2016

trữ thuốc năm 2015 tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Sử dụng phương pháp hồi cứu cắt ngang trên cơ sở sử dụng số liệu trong các báo cáo, sổ sách, hóa đơn chứng từ liên quan đến hoạt động tồn trữ thuốc tại Bệnh viện A năm 2015.

- + Cơ cấu thuốc tồn trữ theo phân hạng ABC/VEN
- + Các mô hình tồn trữ thuốc tại bệnh viện
- + Phân tích mô hình tồn trữ cho thuốc nhóm AV có giá trị

tiêu thụ lớn nhất thông qua các chỉ số: lượng thuốc tiêu thụ trung bình hàng ngày, lượng đặt hàng, mức tồn kho tối đa, mức tồn kho tối thiểu, mức tồn kho an toàn.

+ Phân tích lượng tồn kho cuối tháng và lượng nhập hàng cho các thuốc thuộc loại I: AV+AE+AN+BVCV

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

1. Phân tích cơ cấu thuốc tồn trữ theo phân hạng ABC

Bảng 1. Cơ cấu thuốc tồn trữ theo phân hạng ABC

Loại	Số lượng mặt hàng		Giá trị tiêu thụ			
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Giá trị (VNĐ)	Tỷ lệ (%)	Giá trị tích lũy (VNĐ)	% Tích lũy
A	34	10,1	14.236.241.426	75,8	14.236.241.426	75,8
B	41	12,2	2.810.304.329	15,0	17.046.545.755	90,8
C	260	77,7	1.727.355.383	9,2	18.773.901.138	100
Tổng số	335	100	18.773.901.138	100		

Tổng số 335 thuốc không bao gồm thuốc Đông y và thuốc gây nghiện được phân tích ABC. Thuốc hạng A có 34 mặt hàng chiếm 10,1% về số lượng mặt hàng nhưng chiếm đến 75,8% về giá trị tiêu thụ. Một số hạng mục nhỏ chiếm giá trị cao như tarcefandol 14,2 %, ciprobay IV 200mg/100ml chiếm 5,74%, Human albumin Baxter 20%-50ml chiếm 5,04%. Thuốc hạng B có 41 mặt hàng chiếm 12,2% về số lượng mặt hàng và chiếm 15,0% về giá trị sử dụng. 260 mặt hàng hạng C chỉ chiếm 9,2% về giá trị tiêu thụ nhưng chiếm 77,7% về số lượng mặt hàng. Thuốc hạng A chiếm tỷ lệ nhỏ về số lượng mặt hàng nhưng chiếm tỷ lệ cao về giá trị tiêu thụ vì có giá thành cao hoặc dùng với số lượng lớn.

2. Phân tích cơ cấu thuốc tồn trữ theo VEN

Bảng 2. Cơ cấu thuốc tồn trữ qua VEN

Loại	Số lượng thuốc		Chi phí	
	Số lượng mặt hàng	Tỷ lệ (%)	Giá trị (VNĐ)	Tỷ lệ (%)
V	225	67,2%	17.132.700.526	91,3
E	79	23,6%	1.245.934.607	6,6
N	31	9,3%	395.266.005	2,1
Tổng số	335	100	18.773.901.138	100

Thuốc tối cần (nhóm V) chiếm 67,2% về số lượng và 91,3% về giá trị. 79 thuốc thiết yếu (nhóm E) chiếm 23,6% về số lượng và 6,6% về giá trị. Thuốc không thiết yếu (nhóm N) chiếm 9,3% về số lượng với 31 thuốc nhưng chỉ chiếm

2,1% về giá trị.

Bảng 3. Phân tích ma trận ABC/VEN

Loại	V		E		N	
	Kết hợp	SL	Kết hợp	SL	Kết hợp	SL
A	AV	31	AE	3	AN	0
B	BV	33	BE	7	BN	2
C	CV	161	CE	69	CN	29
Tổng số		225		79		31

Loại I: AV + BV + CV + AE+ AN = 228 sản phẩm, chiếm tỷ lệ 68,1% về số lượng mặt hàng.

Loại II: BE + CE + BN = 78 sản phẩm chiếm 23,2% về số lượng mặt hàng. Các thuốc loại III: CN = 29 sản phẩm chiếm 8,7%.

Bảng 4. Giá trị tồn trữ các loại thuốc theo ma trận ABC/VEN

Loại	Số lượng mặt hàng		Chi phí	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Giá trị (VNĐ)	Tỷ lệ (%)
Loại I	228	68,1	17.615.601.406	93,8
Loại II	78	23,2	900.094.547	4,8
Loại III	29	8,7	258.205.185	1,4
Tổng số	335	100	18.773.901.138	100

Các thuốc loại I chiếm 68,1% về số lượng và có giá trị

chiếm hầu hết các thuốc 93,8%. Các thuốc loại II và loại III có giá trị tồn trữ không đáng kể.

3. Phân tích mô hình tồn trữ thuốc năm 2015

Bảng 5. Các mô hình tồn trữ thuốc tại Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên

Mô hình	Số lượng mặt hàng	Tỷ lệ	Giá trị (VNĐ)	Tỷ lệ
P	278	83,0	15.015.791.684	80,0
Q	46	13,7	3.330.370.982	17,7
Gọi hàng 1 lần	11	3,3	427.738.472	2,3
Tổng số	335	100	18.773.901.138	100

Cơ số thuốc tồn trữ tại Bệnh viện A được tồn trữ theo 3 mô hình: mô hình P, mô hình Q và gọi hàng 1 lần/năm. Có 278 thuốc tồn trữ theo mô hình P (gọi hàng 1 tháng 1 lần, thời gian giao hàng là 1 ngày), chiếm 83% về số lượng mặt hàng và chiếm 80% về giá trị tiêu thụ. Có 46 thuốc tồn trữ theo mô hình Q (gọi hàng nhiều lần trong tháng) chiếm 13,7% về số lượng mặt hàng và 17,7% về giá trị. Có 11 mặt hàng gọi hàng 1 lần trong năm chiếm 3,3% về số lượng và 2,3% về giá trị tiêu thụ, đây là những thuốc sử dụng ít.

3.1. Phân tích mô hình P cho thuốc AV có giá trị tiêu thụ lớn nhất (tarcefandol 1g)

Bảng 6. Số liệu xuất, nhập, tồn của tarcefandol 1g năm 2015

Tháng	Tồn đầu tháng (lọ)	Nhập (lọ)	Xuất (lọ)	Tồn cuối tháng (lọ)
1	3070	16	520	2566
2	2566	28	852	1742
3	1742	1046	2785	3
4	3	5443	1925	3521
5	3521	69	2535	1055
6	1055	5123	5460	718
7	718	1062	1673	107
8	107	5019	209	4917
9	4917	3525	3353	5089
10	5089	162	5251	0
11	0	2035	0	2035
12	2035	41	2067	9
10	5089	162	5251	0
11	0	2035	0	2035
12	2035	41	2067	9

Lượng tồn kho cuối tháng của tarcefandol 1g có sự dao động lớn giữa các tháng. Có những tháng tồn nhiều như tháng 4, tháng 8, tháng 9. Nguyên nhân của việc tồn nhiều là do số lượng

nhập của các tháng này rất lớn, trong đó tháng 8 khoa được nhập nhiều nhưng số lượng sử dụng lại rất ít. Tháng 9 có lượng tồn đầu tháng lớn nhưng khoa được vẫn nhập nhiều dẫn đến tồn kho cuối tháng lớn nhất trong năm. Trong khi đó, có những tháng lượng tồn cuối tháng rất thấp như tháng 3, tháng 7, tháng 10 và tháng 12. Năm 2015 khoa Dược nhập hàng chủ yếu theo kinh nghiệm, chưa áp dụng nhập hàng theo mô hình P.

Bảng 7. Áp dụng công thức tính lượng đặt hàng theo mô hình P cho thuốc có giá trị tiêu thụ lớn nhất nhóm AV Tarcefandol 1g

Đại lượng	Đơn vị	Công thức	Tarcefandol 1g
Z		3,72	
L	Ngày	1	
T	Ngày	30	
CA	Lọ		74
SD(L+T) CA	Lọ		339
C _{ss}	Lọ	$Z \times SD(L+T) / CA$	1260
S _{min}	Lọ	$S_{min} = Lx - CA + C_{ss}$	1409
S _{max}	Lọ	$S_{max} = S_{min} + (TxCA)$	3628
Q _o	Lọ	$Q_o = S_{max} - \text{Tồn đầu tháng}$	

Lượng thuốc tiêu thụ trung bình hàng ngày của tarcefandol 1g là 74 lọ. Với thời gian giao hàng là 1 ngày, khoảng cách giữa hai lần gọi hàng liên tiếp là 30, mong muốn mức độ phục vụ 99% (z = 3,72), tính được tồn kho an toàn của tarcefandol 1g là 1260 lọ. Để có thể phòng ngừa hết thuốc trong những trường hợp đặc biệt, khoa Dược phải đảm bảo lượng tồn kho an toàn và lượng thuốc tồn trữ trong kho luôn dao động từ lượng tồn kho tối thiểu Smin = 1409 lọ đến lượng tồn kho tối đa Smax = 3628 lọ.

Bảng 8. Số liệu tồn kho cuối tháng và tồn kho tối thiểu Smin của tarcefandol 1g

Tháng	Tồn đầu tháng	Nhập	Xuất	Tồn cuối tháng	S _{min}	Tồn cuối tháng - S _{min}
1	3070	16	520	2566	1409	1157
2	2566	28	852	1742	1409	333
3	1742	1046	2785	3	1409	-1406

Tháng	Tồn đầu tháng	Nhập	Xuất	Tồn cuối tháng	S _{min}	Tồn cuối tháng - S _{min}
4	3	5443	1925	3521	1409	2112
5	3521	69	2535	1055	1409	-354
6	1055	5123	5460	718	1409	-691
7	718	1062	1673	107	1409	-1302
8	107	5019	209	4917	1409	3058
9	4917	3525	3353	5089	1409	3680
10	5089	162	5251	0	1409	-1408
11	0	2035	0	2035	1409	626
12	2035	41	2067	9	1409	-1400

Lượng tồn kho cuối tháng của 6 tháng lớn hơn lượng tồn kho tối thiểu, đó là tháng 1, 2, 4, 8, 9 và 11. Trong đó các tháng 4, 8 khoa Dược gọi nhiều nhưng sử dụng ít; tháng 1, 2, 9, 11 lượng tồn đầu tháng và lượng nhập vượt lượng xuất dẫn đến lượng tồn kho rất lớn gây lãng phí cho công tác bảo quản, tồn trữ thuốc. 6 tháng còn lại lượng tồn kho cuối tháng nhỏ hơn lượng tồn kho tối thiểu, trong đó tháng 3, 7, 10, 12 có lượng tồn kho rất thấp lần lượt là 3, 107, 0 và 9 lọ. So sánh với lượng thuốc tiêu thụ trung bình hàng ngày là 74 lọ thì thấy lượng thuốc này không đủ dùng cho 2 ngày. Việc dự trữ trong kho lượng thuốc quá thấp có thể dẫn đến nguy cơ thiếu thuốc nếu công tác gọi hàng gặp sự cố. Đặc biệt vào tháng 12, nếu kết quả đấu thầu không kịp thời thì nguy cơ thiếu thuốc lớn nếu bệnh viện phải gói thầu.

Bảng 9. Số liệu lượng đặt hàng Q_o và số lượng nhập hàng thực tế của tarcefanđol 1g năm 2015

Tháng	Tồn đầu tháng	Nhập	Xuất	Tồn cuối tháng	Q _o	Nhập/Q _o
1	3070	16	520	2566	558	0,03
2	2566	28	852	1742	1062	0,03
3	1742	1046	2785	3	1886	0,6
4	3	5443	1925	3521	3625	1,5
5	3521	69	2535	1055	107	0,7
6	1055	5123	5460	718	2573	2,0
7	718	1062	1673	107	2910	0,4
8	107	5019	209	4917	3521	1,4
9	4917	3525	3353	5089	-1290	-2,7
10	5089	162	5251	0	-1461	-0,11
11	0	2035	0	2035	3628	0,6
12	2035	41	2067	9	1593	0,03

Áp dụng công thức tính lượng đặt hàng theo quản lý tồn kho thu được lượng đặt hàng Q_o từng tháng của tarcefanđol. So sánh lượng hàng nhập thực tế tại khoa dược so với Q_o ta thấy lượng nhập thực tế lớn hơn Q_o ở các tháng 4, 6, 8. Trong đó tháng 6 nhu cầu sử dụng tăng đột biến nên tồn kho nhỏ, còn tháng 4 và 8 lượng tồn kho cuối tháng rất lớn. Có 2 tháng không cần nhập hàng do mức tồn kho hiện thời (tồn đầu tháng) lớn hơn lượng tồn kho tối đa là tháng 9 và tháng 10 nhưng khoa dược vẫn gọi hàng, đặc biệt gọi nhiều ở tháng 9 dẫn đến tồn kho cuối tháng 9 tăng cao. Tỷ lệ nhập/Q_o nhỏ hơn 1 ở các tháng 1, 2, 3, 5, 7, 11, 12 dẫn đến lượng tồn cuối tháng ở các tháng này hầu hết thấp hơn lượng tồn kho tối thiểu S_{min}.

3.2. Phân tích mô hình P cho các thuốc loại I

Bảng 10. So sánh lượng tồn kho cuối tháng của các thuốc so với lượng tồn kho tối thiểu S_{min}

Tháng	X= Tồn cuối tháng - S _{min}			
	X > 0		X ≤ 0	
	SL	%	SL	%
1	106	72,6	40	27,4
2	127	87,0	19	13,0
3	128	87,7	18	12,3
4	131	89,7	15	10,3
5	118	80,8	28	19,2
6	122	83,6	24	16,4
7	119	81,5	27	18,5
8	123	84,2	23	14,8
9	117	80,1	29	19,9
10	107	73,3	39	26,7
11	98	67,1	48	32,9
12	94	64,4	52	35,6
Trung bình	116	79,3	30	20,7
SD	12	8,2	12	8,2

146 mặt hàng các thuốc loại I nhập hàng 1 tháng 1 lần với thời gian giao hàng 1 ngày được áp dụng công thức tính lượng đặt hàng theo mô hình P. Tỷ lệ các thuốc có lượng tồn kho cuối tháng lớn hơn lượng tồn kho tối thiểu ($X > 0$) khá cao, trung bình $79,3\% \pm 8,2\%$. Trong đó tỷ lệ này cao ở các tháng 2, 3, 4, 5, 6, 8. Trung bình các tháng có $20,7 \pm 8,2\%$ số lượng có lượng tồn kho cuối tháng nhỏ hơn lượng tồn kho tối thiểu.

Bảng 11. So sánh lượng nhập hàng thực tế của các thuốc loại I so với Q_0

Tháng	Y= Nhập/ Q_0			
	Y > 1		Y < 1	
	SL	%	SL	%
1	87	59,6	79	41,4
2	92	63,0	54	37,0
3	76	52,0	70	48,0
4	83	56,8	63	43,2
5	95	65,0	51	35,0
6	90	61,6	56	39,4
7	94	64,4	52	35,6
8	88	60,3	58	39,7
9	86	58,9	60	41,1
10	95	65,1	51	34,9
11	91	62,3	75	37,7
12	89	70,0	57	30,0
Trung bình	89	61,6	56	38,4
SD	5	4,6	5	4,6

Áp dụng công thức tính lượng đặt hàng Q_0 cho các thuốc loại I trong 12 tháng. So sánh lượng nhập thực tế của từng

thuốc với Q_0 của thuốc đó cho thấy, tỷ lệ các thuốc có lượng nhập thực tế lớn hơn Q_0 là $61,6\% \pm 4,6\%$. Số lượng nhập thực tế lớn hơn Q_0 góp phần làm cho lượng tồn kho cuối tháng lớn hơn lượng tồn kho tối thiểu.

IV. BÀN LUẬN

Về cơ cấu thuốc tồn trữ:

Phân tích ABC/ven cho thấy, cơ cấu các thuốc tương đối hợp lý khi các thuốc tối cần và thuốc thiết yếu chiếm tỷ lệ lớn về số lượng mặt hàng cũng như về giá trị, trong khi các thuốc không thiết yếu chiếm tỷ lệ ít. Các thuốc nhóm A chiếm tỷ lệ lớn về kinh phí (gần 80%) nhưng chỉ chiếm hơn 10% về số lượng. Trong số 34 thuốc nhóm A, chủ yếu là thuốc tối cần (V), chỉ có 3 thuốc thiết yếu (E) và không có thuốc không thiết yếu (N) nào. Như vậy các thuốc có giá trị tiêu thụ lớn tập trung vào các thuốc thiết yếu và các thuốc tối cần. Kinh phí các thuốc tối cần cũng chiếm đến hơn 90% giá trị tồn trữ, thuốc thiết yếu và thuốc không thiết yếu chiếm tỷ trọng nhỏ về giá trị. Các thuốc loại I = AV+AE+AN+BV+NV chiếm hơn 93% về giá trị tồn trữ. Điều này cho thấy Bệnh viện đã chú trọng tồn trữ những thuốc tối cần đáp ứng nhu cầu điều trị, giảm chi phí các thuốc không thiết yếu trong danh mục tồn trữ. Vấn đề của bệnh viện là cần đánh giá lại các thuốc thiết yếu E để xem có phải là thuốc không thiết yếu N hay không để loại bớt ra khỏi danh mục tồn trữ.

Về mô hình tồn trữ:

Bệnh viện áp dụng nhiều mô hình tồn trữ khác nhau cho các thuốc: Mô hình P, mô hình Q và mô hình gọi hàng 1 lần. Phân tích mô hình P cho thuốc AV có giá trị tiêu thụ lớn nhất cho thấy, khoa dược chủ yếu dựa vào nghiệp vụ của thủ kho, không tính toán lượng tồn kho an toàn, lượng tồn kho tối thiểu, lượng nhập hàng theo công thức khuyến cáo của WHO. Vì vậy có những tháng lượng tồn kho cuối tháng thấp hơn lượng tồn kho tối thiểu gây nguy cơ thiếu thuốc, ảnh hưởng đến an toàn trong điều trị, đặc biệt đây là thuốc tối cần, không thể thay thế được. Trong khi đó, có những tháng tồn kho cuối tháng lớn, tăng chi phí tồn trữ, tăng gánh nặng cho bảo quản. Phân tích mô hình P cho các thuốc loại I cho thấy, tỷ lệ các thuốc có lượng tồn kho cuối tháng lớn hơn tồn kho tối thiểu rất lớn. Việc nhập hàng cũng theo kinh nghiệm của thủ kho nên tỷ lệ thuốc có lượng nhập hàng thực tế lớn hơn lượng nhập hàng khuyến cáo cũng khá cao. Đây cũng là một trong những nguyên nhân khiến lượng tồn kho cuối tháng tăng cao. Bệnh viện có thể áp dụng công thức tính lượng tồn kho an toàn, lượng tồn kho tối thiểu, lượng nhập hàng để luôn đảm bảo cơ số thuốc tối cần mà không cần tồn kho quá lớn. Đồng thời phương pháp này cũng giúp giảm chi phí tồn trữ và gánh nặng bảo quản đối với những thuốc không thiết yếu. Tuy nhiên phương pháp này đòi

hỏi nhiều công sức, thời gian và xác định nhu cầu sử dụng hàng tháng phải tương đối chính xác. Vì vậy, Bệnh viện có thể lựa chọn một số thuốc có giá trị tiêu thụ và lượng sử dụng lớn để áp dụng, bên cạnh đó Bệnh viện cần kết hợp nhiều mô hình tồn trữ khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Cơ cấu thuốc tồn trữ theo phân tích ABC/VEN tương đối hợp lý, các thuốc hạng A chiếm tỷ lệ nhỏ 10,1% về số lượng mặt hàng và chiếm tỷ lệ cao 75,8% về giá trị. Thuốc tối cần

(nhóm V) chiếm 67,2% về số lượng và 91,3% về giá trị. 79 thuốc thiết yếu (nhóm E) chiếm 23,6% về số lượng và 6,6% về giá trị. Thuốc không thiết yếu (nhóm N) chiếm 9,3% về số lượng với tỷ lệ nhỏ về giá trị. Bệnh viện kết hợp nhiều mô hình tồn trữ trong đó mô hình gọi hàng 1 tháng 1 lần chiếm tỷ lệ 83,0% về số lượng mặt hàng và 80,0% về giá trị tồn trữ. Áp dụng công thức tính lượng đặt hàng theo mô hình P cho các thuốc loại I cho thấy, tỷ lệ các thuốc lượng tồn kho cuối tháng cao hơn lượng tồn kho tối thiểu là 79,3%; tỷ lệ các thuốc có lượng nhập thực tế lớn hơn Q₀ là 61,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. State Institute of Health & Family Welfare (2010), Drug Store Management and Rational Drug use
2. Management Sciences for Health (2011), MDS-3: Managing Access to Medicines and other Health Technologies, Arlington, VA: Management Sciences for Health.
3. Huỳnh Hiền Trung và cộng sự (2009), “Hiệu quả can thiệp quản lý tồn kho tại khoa dược Bệnh viện Nhân Dân 115 năm 2008: sử dụng chỉ số IMAT”, Tạp chí Dược học 9/2009.
4. Huỳnh Hiền Trung (2009), “Sử dụng phân tích ABC/VEN đánh giá hiệu quả can thiệp cung ứng thuốc của Bệnh viện Nhân dân 115”, Tạp chí Dược học số 403.
5. Trường Đại học Y tế Công cộng (2001), Giáo trình Dược bệnh viện, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Tổ chức Y tế thế giới (2003), Hướng dẫn điều tra sử dụng thuốc tại các cơ sở khám chữa bệnh.



THỰC TRẠNG CÔNG TÁC QUẢN LÝ CHI TRẢ BHXH BẮT BUỘC TẠI BHXH THỊ XÃ PHỔ YÊN TỈNH THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Thu¹, Trịnh Thị Thu Trang¹, Nguyễn Văn Quỳnh²

TÓM TẮT

Thực trạng các chế độ chi trả BHXH bắt buộc tại BHXH thị xã Phổ Yên bao gồm: ốm đau; thai sản; tai nạn lao động – bệnh nghề nghiệp; dưỡng sức phục hồi sức khỏe; hưu trí; tử tuất. **Đối tượng nghiên cứu:** Công tác quản lý chi trả các chế độ BHXH bắt buộc tại BHXH thị xã Phổ Yên. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp phân tích định tính kết hợp với phương pháp phân tích định lượng. Qua phân tích thực trạng, đánh giá những kết quả đạt được và những hạn chế, tồn tại, từ đó đề xuất một số giải pháp nhằm tăng cường hiệu quả công tác quản lý chi trả BHXH bắt buộc tại BHXH thị xã Phổ Yên.

Từ khóa: BHXH, chi trả BHXH, Phổ Yên, Thái Nguyên, BHXH bắt buộc.

ABSTRACT: THE SITUATION OF MANAGEMENT OF COMPULSORY SOCIAL INSURANCE PAID IN PHO YEN SOCIAL INSURANCE, THAI NGUYEN PROVINCE

The research is aimed to understand the status of 5 modes compulsory social insurance payments in Pho Yen Social Insurance includes: sickness, maternity; labor accidents - occupational diseases; convalescence rehabilitation; retirement; survivorship. **Subjects of study:** Management of compulsory social insurance paid modes in Pho Yen Social Insurance. **Research methods:** Qualitative analysis combined with quantitative analysis method. By analyzing the situation, evaluate the achievements and existing problems, then propose some solutions to enhance the efficiency of the management of compulsory social insurance payment in Pho Yen Social Insurance.

Keywords: Social insurance, Social insurance payment,

Pho Yen, Thai Nguyen, compulsory Social Insurance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác chi trả BHXH phản ánh chất lượng của dịch vụ BHXH và trong một chừng mực nhất định, nó còn thể hiện tính ưu việt của một chế độ xã hội. Như vậy, các chế độ BHXH chỉ thực sự phát huy được hiệu quả khi công tác quản lý được thực hiện tốt, đặc biệt là công tác quản lý chi trả các chế độ BHXH.

BHXH Việt Nam đã quán triệt BHXH các cấp nghiêm túc thực hiện công tác này, nhằm chi đúng đối tượng, chi đủ số lượng và đến tận tay đối tượng thụ hưởng đúng thời gian quy định. Đảm bảo quyền lợi cho người tham gia BHXH, cân đối quỹ BHXH và giảm gánh nặng cho NSNN.

BHXH thị xã Phổ Yên là cơ quan BHXH cấp huyện trực thuộc BHXH tỉnh Thái Nguyên. Trong quá trình thực hiện quản lý chi trả các chế độ BHXH bắt buộc tại địa phương, BHXH thị xã Phổ Yên đã có nhiều cố gắng, nỗ lực và đạt được nhiều kết quả đáng khích lệ tuy nhiên, công tác quản lý chi trả vẫn tồn tại một số khó khăn, vướng mắc cần có biện pháp giải quyết.

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2.1. Thực trạng công tác chi trả BHXH bắt buộc tại BHXH thị xã Phổ Yên

2.1.1. Công tác quản lý đối tượng hưởng BHXH bắt buộc

Hiện nay, cơ quan BHXH thị xã đang quản lý các nhóm đối tượng thụ hưởng các chế độ BHXH và quản lý trực tiếp những đơn vị sử dụng lao động có NLD đủ điều kiện hưởng các chế độ BHXH theo quy định của Luật BHXH.

1. Trường Đại học Kinh tế và QTKD – Đại học Thái Nguyên. Email: nguyenthu.gvktbh@gmail.com

2. Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

» Ngày nhận bài: 12/09/2016

» Ngày phản biện: 12/10/2016

» Ngày duyệt đăng: 20/10/2016

Bảng 1: Số đối tượng thụ hưởng các chế độ BHXH bắt buộc giai đoạn 2011 – 2015

Đơn vị: Lượt người

STT	Chế độ	Năm 2011	Năm 2012	Năm 2013	Năm 2014	Năm 2015
1	Ôm đau	1.870	1.665	1.977	5.443	17.414
2	Thai sản	495	624	796	1.653	5.631
3	TNLD – BNN	73	84	115	145	151
4	DSPHSK	313	386	350	483	1.502
5	Hưu trí	5.183	5.283	5.580	5.841	6.096
6	Tử tuất	731	767	770	826	879
Tổng		8.665	8.809	9.588	14.391	31.671
Tốc độ tăng giảm liên hoàn (%)		-	1,66	8,84	50,09	120,08

Số đối tượng thụ hưởng các chế độ BHXH nhìn chung đều có xu hướng tăng qua các năm. Năm 2011 có 8.665 lượt người thụ hưởng các chế độ BHXH, tăng lên 9.588 lượt người vào năm 2013. Sự gia tăng số đối tượng thụ hưởng này là do sự gia tăng về số đối tượng tham gia BHXH, phần nào thể hiện được sự hiệu quả của công tác thông tin, tuyên truyền về chính sách, pháp luật BHXH trên địa bàn. Năm 2015, số đối tượng thụ hưởng BHXH đã tăng rất nhanh đạt tới 31.671 lượt người, gấp 1,2 lần so với năm 2014 và 4 lần so với năm 2011. Nguyên nhân của sự gia tăng nhanh chóng này là do Công ty TNHH Samsung Electronics Việt Nam và Công ty TNHH Hansol Electronics Việt Nam được thành lập

vào cuối năm 2013 đã sử dụng và tham gia đóng BHXH cho một số lượng lớn NLĐ, tính riêng trong năm 2015 đã là trên 34.000 lao động.

2.1.2. Thực trạng công tác quản lý chi trả chế độ ốm đau, thai sản, dưỡng sức phục hồi sức khỏe

Tại BHXH thị xã Phổ Yên, số đối tượng hưởng các chế độ ngắn hạn ngày càng có xu hướng tăng cao với mức trợ cấp cũng tăng lên. Tỷ lệ xét duyệt hồ sơ hưởng chế độ ốm đau, DSPHSK đều ở mức trên 95%, tỷ lệ xét duyệt hồ sơ hưởng chế độ thai sản mặc dù thấp hơn nhưng vẫn ở mức trên 90%. Số hồ sơ tồn đọng, không được xét duyệt chủ yếu là do không đủ giấy tờ theo quy định hoặc giấy tờ không hợp lệ.

Bảng 2: Kết quả chi trả chế độ ốm đau, thai sản, DSPHSK giai đoạn 2011 – 2015

Chế độ	Tiêu chí	Đơn vị	Năm 2011	Năm 2012	Năm 2013	Năm 2014	Năm 2015
Ôm đau	Số người	lượt người	1.870	1.665	1.977	5.443	17.414
	Số ngày	ngày	9.478	8.425	11.796	31.895	96.961
	Số tiền	triệu đồng	618	680	873	2.522	7.823
Thai sản	Số người	lượt người	495	624	796	1.653	5.631
	Số ngày	ngày	48.509	61.480	90.744	190.095	658.827
	Số tiền	triệu đồng	3.057	5.231	7.861	20.547	78.607
DS PHSK	Số người	lượt người	313	386	350	483	1.502
	Số ngày	ngày	1.817	2.238	1.827	2.897	8.633
	Số tiền	triệu đồng	358	541	516	808	2.482

(Nguồn: BHXH thị xã Phổ Yên)

*** Tình hình chi trả chế độ ốm đau**

Cả ba chỉ tiêu số lượt người ốm đau, số ngày nghỉ hưởng chế độ và số tiền chi trả chế độ ốm đau đều có xu hướng tăng qua các năm, tăng giảm chậm và ổn định trong giai đoạn 2011 – 2013 và tăng rất nhanh trong giai đoạn 2014 – 2015. Sở dĩ có sự gia tăng này là do số người tham gia BHXH ngày càng tăng kéo theo số đối tượng thụ hưởng cũng tăng lên. Từ năm 2013, sự thành lập của hai DN có vốn đầu tư nước ngoài

khiến tỷ lệ NLĐ nghỉ hưởng chế độ ốm đau cũng tăng lên. Bên cạnh đó, dịch tay, chân, miệng vào năm 2013 và dịch sởi trong năm 2014 phát sinh trên diện rộng cũng là một trong những nguyên nhân khiến số người nghỉ ốm đau trên địa bàn tăng lên đáng kể.

*** Tình hình chi trả chế độ thai sản**

Số lượt người nghỉ hưởng thai sản, số ngày nghỉ hưởng chế độ và số tiền chi trả chế độ thai sản đều có xu hướng



tăng dần qua các năm. Nguyên nhân là sự tăng lên của số đối tượng tham gia BHXH. Đặc biệt là số lượng lao động nữ đang trong độ tuổi sinh đẻ nhiều nên số đối tượng hưởng chế độ thai sản tăng cao. Năm 2011, trên địa bàn thị xã có 495 lượt người hưởng chế độ thai sản, số lượt đối tượng thụ hưởng tiếp tục tăng nhẹ trong hai năm tiếp theo và tăng nhanh trong năm 2015, số đối tượng thụ hưởng đã lên tới 5.631 lượt người, gấp 3,4 lần so với năm 2014.

*** Tình hình chi trả dưỡng sức phục hồi sức khỏe**

Số lượt người nghỉ DSPHSK, số ngày nghỉ và số tiền chi trả trợ cấp đều có xu hướng tăng lên. Năm 2011, có 313 lượt người nghỉ DSPHSK, số lượt nghỉ tăng nhẹ và ổn định đến năm 2014 với 483 lượt người, năm 2015, số lượt nghỉ tăng

nhanh gấp 3,1 lần so với năm 2014. Số ngày nghỉ cũng tăng nhanh qua các năm, năm 2011 là 1.817 ngày thì đến năm 2014 là 2.897 ngày và tiếp tục tăng trong năm 2015 với 8.633 ngày. Nguyên nhân là do số đối tượng nghỉ ốm đau dài ngày hay sinh đôi thường chỉ chiếm một tỷ lệ nhỏ trong tổng số đối tượng hưởng nên phần lớn các trường hợp đều nghỉ hưởng ở mức 5 ngày.

2.1.3. Thực trạng công tác quản lý chi trả chế độ TNLĐ – BNN

Số người hưởng chế độ và số tiền chi trợ cấp hàng tháng cho chế độ TNLĐ – BNN ngày càng tăng lên qua các năm. Số hồ sơ hưởng trợ cấp TNLĐ – BNN một lần được xét duyệt 100%, đảm bảo quyền lợi cho đối tượng thụ hưởng.

Bảng 3: Kết quả chi trả chế độ TNLĐ – BNN giai đoạn 2011 – 2015

	Chỉ tiêu Năm	NSNN đảm bảo		Quỹ BHXH đảm bảo		Tổng	
		Số người (người)	Số tiền (triệu đồng)	Số người (người)	Số tiền (triệu đồng)	Số người (người)	Số tiền (triệu đồng)
Trợ cấp hàng tháng	2011	22	73	49	418	71	491
	2012	21	100	62	575	83	675
	2013	25	102	88	874	113	976
	2014	30	187	111	1.146	141	1.333
	2015	31	214	114	1.150	145	1.364
Trợ cấp một lần	2011	-	-	2	27	2	27
	2012	-	-	1	12	1	12
	2013	-	-	2	76	2	76
	2014	-	-	4	69	4	69
	2015	-	-	6	146	6	146

(Nguồn: BHXH thị xã Phổ Yên)

*** Tình hình chi trả trợ cấp TNLĐ – BNN hàng tháng**

Nếu năm 2011 có 71 người hưởng chế độ thì đến năm 2015 số người nghỉ hưởng chế độ tăng lên đến 145 người. Tốc độ tăng chậm phản ánh tình hình bảo đảm an toàn lao động, cải thiện môi trường làm việc của các DN trên địa bàn thị xã đã ngày càng hiệu quả hơn. Ngoài lao động trên địa bàn cũng có những lao động từ các địa phương khác đến nhập cư, làm việc và đóng BHXH tại thị xã dẫn đến tình trạng số lao động bị TNLĐ – BNN tăng lên. Đa số những người nghỉ hưởng chế độ này là do bị tai nạn lao động, số người bị bệnh nghề nghiệp chỉ chiếm một tỷ lệ rất nhỏ.

*** Tình hình chi trả trợ cấp TNLĐ – BNN một lần**

Do quỹ BHXH chịu trách nhiệm chi trả cho những người hưởng chế độ từ ngày 01/01/1995 trở đi nên nguồn chi trả trợ cấp một lần hoàn toàn được trích từ nguồn quỹ BHXH. Số lượng đối tượng hưởng trợ cấp một lần khá thấp, chủ yếu là

trợ cấp TNLĐ – BNN một lần và trợ cấp một lần cho thân nhân khi NLĐ bị chết do TNLĐ – BNN. Mặc dù số đối tượng hưởng không biến động lớn nhưng số tiền chi trả lại tăng khá nhanh. Nguyên nhân là do có một số trường hợp NLĐ bị chết do TNLĐ – BNN, mà mức trợ cấp cho thân nhân NLĐ theo quy định của Luật BHXH là 36 tháng lương tối thiểu chung. Mức lương tối thiểu tăng lên cũng là một trong số những nguyên nhân khiến cho mức trợ cấp tăng lên nhanh chóng.

2.1.4. Thực trạng công tác quản lý chi trả chế độ hưu trí

Chế độ hưu trí là chế độ có nhiều người thụ hưởng với thời gian hưởng dài nên có tổng mức chi trả lớn nhất trong số các chế độ BHXH. Do số đối tượng hưởng trước ngày 01/01/1995 khá lớn nên NSNN vẫn chiếm một tỷ lệ đáng kể trong việc chi trả chế độ hưu trí.

*** Kết quả chi trả lương hưu hàng tháng**

Số đối tượng hưởng chế độ hưu trí hàng tháng và số tiền

chi trả lương hưu hàng tháng đều tăng lên qua các năm. Năm 2011 số đối tượng hưởng là 4.410 người, số người thụ hưởng tăng đến 4.822 người vào năm 2015 (tăng 150 người tương ứng với tăng 3,17% so với năm 2014). Có thể thấy tốc độ tăng

số đối tượng thụ hưởng khá thấp và ổn định. Cùng với sự gia tăng về số đối tượng thụ hưởng, số tiền chi trả chế độ cũng tăng lên tương ứng. Sự gia tăng về số tiền chi trả xuất phát từ sự gia tăng của mức lương tối thiểu chung qua các năm.

Bảng 4: Kết quả chi trả lương hưu giai đoạn 2011 – 2015

	Chỉ tiêu Năm	NSNN đảm bảo		Quỹ BHXH đảm bảo		Tổng	
		Số người (người)	Số tiền (triệu đồng)	Số người (người)	Số tiền (triệu đồng)	Số người (người)	Số tiền (triệu đồng)
Trợ cấp hàng tháng	2011	2.265	58.836	2.145	58.356	4.410	117.192
	2012	2.239	76.566	2.327	86.910	4.566	163.476
	2013	2.206	84.877	2.456	104.797	4.662	189.674
	2014	2.134	86.328	2.598	116.981	4.732	203.309
	2015	2.067	89.769	2.755	135.064	4.822	224.833
Trợ cấp một lần	2011	2	5	771	4.488	773	4.493
	2012	4	7	713	4.604	717	4.611
	2013	3	7,9	915	6.995	918	7.002,9
	2014	3	8	1.106	8.620	1.109	8.628
	2015	15	32	1.259	11.455	1.274	11.487

(Nguồn: BHXH thị xã Phổ Yên)

*** Kết quả chi trả trợ cấp một lần**

Số người hưởng trợ cấp một lần và số tiền chi trả trợ cấp có xu hướng tăng dần qua các năm. Các đối tượng hưởng trợ cấp chủ yếu là những người hưởng BHXH một lần và trợ cấp một lần khi nghỉ hưu, còn đối tượng hưởng trợ cấp khu vực một lần chỉ chiếm một bộ phận nhỏ, không quá đáng kể. Mặc dù số đối tượng tăng nhanh nhưng tốc độ tăng lại có xu hướng giảm dần. Nguyên nhân là do trong giai đoạn 2011 – 2013, ảnh hưởng của cuộc khủng hoảng kinh tế đã khiến cho nhiều DN phá sản, giải thể, nhiều NLD để ứng phó với tình thế trước mắt đã không tiếp tục đóng BHXH để hưởng lương hưu hàng tháng mà lựa chọn hưởng BHXH một lần.

Mặt khác, nếu tỷ lệ xét duyệt hồ sơ hưởng trợ cấp một lần là 100% thì tỷ lệ giải quyết hưởng lương hưu hàng tháng đều đạt mức trên 90%, cao nhất là trong năm 2014 đạt 98,78%.

2.1.5. Thực trạng công tác quản lý chi trả chế độ tử tuất

Theo quy định của Luật BHXH, khi NLD chết mà cả NLD và thân nhân NLD đủ các điều kiện hưởng thì thân nhân của họ sẽ được hưởng trợ cấp hàng tháng. Trong trường hợp NLD không đủ điều kiện hoặc đủ điều kiện mà không có thân nhân hưởng thì gia đình họ sẽ được hưởng trợ cấp một lần. Số hồ sơ giải quyết hưởng mai táng phí và trợ cấp tuất một lần đều được xét duyệt 100%, đảm bảo cuộc sống cho thân nhân của những đối tượng thụ hưởng.

Bảng 5: Kết quả chi trả trợ cấp tử tuất tại BHXH thị xã Phổ Yên giai đoạn 2011 – 2015

	Chỉ tiêu Năm	NSNN đảm bảo		Quỹ BHXH đảm bảo		Tổng	
		Số người (người)	Số tiền (triệu đồng)	Số người (người)	Số tiền (triệu đồng)	Số người (người)	Số tiền (triệu đồng)
Trợ cấp tuất hàng tháng	2011	501	1.946	79	392	580	2.338
	2012	514	2.692	91	540	605	3.232
	2013	526	3.143	110	729	636	3.779
	2014	551	3.192	126	910	677	4.102
	2015	539	3.581	147	1.024	686	4.605



	Chỉ tiêu Năm	NSNN đảm bảo		Quỹ BHXH đảm bảo		Tổng	
		Số người (người)	Số tiền (triệu đồng)	Số người (người)	Số tiền (triệu đồng)	Số người (người)	Số tiền (triệu đồng)
Trợ cấp tuất một lần	2011	43	226	12	892	55	1.118
	2012	37	236	21	817	58	1.053
	2013	34	338	13	1.235	47	1.573
	2014	36	342	10	511	46	853
		58	447	23	1.027	81	1.474

(Nguồn: BHXH thị xã Phổ Yên)

- Đối với trợ cấp tuất hàng tháng

Số đối tượng hưởng trợ cấp tuất hàng tháng cùng với số tiền chi trả tăng dần qua các năm. Nếu năm 2011 có 580 đối tượng hưởng với số tiền chi trả là 2.338 triệu đồng thì đến năm 2015 số đối tượng hưởng là 686 người (tăng 1,33% so với năm 2014) với số tiền chi trả là 4.605 triệu đồng (tăng 12,26%). Tuy nhiên sự gia tăng không đồng đều vì chết là một rủi ro hoàn toàn ngẫu nhiên. Số chi trả được tính theo mức lương tối thiểu chung nên sự gia tăng của mức lương tối thiểu cũng có ảnh hưởng trực tiếp đến mức trợ cấp tuất hàng tháng. Trong tổng số đối tượng hưởng trợ cấp hàng tháng, số đối tượng thuộc diện chi trả của NSNN cao hơn so với số đối tượng thuộc diện chi trả của quỹ BHXH.

- Đối với trợ cấp tuất một lần

Số đối tượng hưởng trợ cấp tuất một lần khá thấp so với số đối tượng hưởng trợ cấp tuất hàng tháng. Nếu trong năm 2015 có 686 người hưởng trợ cấp tuất hàng tháng thì chỉ có 81 người hưởng trợ cấp một lần. Số đối tượng hưởng trợ cấp một lần có xu hướng biến động tăng giảm không đồng đều qua các năm, tuy nhiên số đối tượng hưởng từ NSNN vẫn cao hơn so với số đối tượng hưởng từ quỹ BHXH, trung bình cao hơn khoảng 3 lần.

2.2. Đánh giá chung công tác quản lý chi trả BHXH bắt buộc tại BHXH thị xã Phổ Yên

2.2.1. Những mặt đạt được

- Cơ quan BHXH thị xã Phổ Yên đã quản lý đối tượng hưởng một cách chặt chẽ, khoa học, đảm bảo chi đúng đối tượng, chi đủ số lượng và đến tận tay đối tượng thụ hưởng.

- Công tác giải quyết chế độ chính sách tại BHXH thị xã luôn được giải quyết nhanh chóng, kịp thời, đảm bảo quyền lợi của đối tượng thụ hưởng.

- Công tác chi trả các chế độ BHXH luôn được thực hiện kịp thời, đảm bảo an toàn tuyệt đối, không làm thất thoát nguồn quỹ BHXH.

- Đội ngũ cán bộ, công nhân viên tại đơn vị luôn ý thức được trách nhiệm của mình, hết lòng vì những người tham gia BHXH.

- BHXH thị xã đã ứng dụng có hiệu quả CNTT vào công tác quản lý chi trả BHXH.

2.2.2. Những mặt hạn chế và nguyên nhân

- Trong khi số đối tượng tham gia BHXH trên địa bàn thị xã gia tăng đáng kể kéo theo số đối tượng thụ hưởng tăng lên thì số cán bộ chuyên quản công tác quản lý chi BHXH hầu như không được bổ sung thêm. Chính điều này đã tạo ra áp lực công việc đối với đội ngũ cán bộ chuyên quản công tác quản lý chi trả tại đơn vị.

- Việc chăm lo bồi dưỡng về trình độ, năng lực cho đội ngũ cán bộ của ngành tuy đã được quan tâm chú trọng, song còn hạn chế ở một số mặt, nhất là bồi dưỡng nâng cao trình độ sử dụng CNTT.

- Tình trạng trực lợi bảo hiểm vẫn còn tồn tại và là một vấn đề nan giải cần được chú trọng giải quyết. Nguyên nhân chủ yếu là do các đơn vị trong hệ thống BHXH không được giao nhiệm vụ thanh tra, kiểm tra và ra quyết định xử phạt đối với các hành vi vi phạm pháp luật về BHXH. Hình thức xử phạt chủ yếu mang tính hành chính với mức xử phạt còn nhẹ, chưa có tác dụng lớn điều chỉnh hành vi trốn đóng, nợ đọng cũng như trực lợi BHXH.

2.3. Một số giải pháp nhằm hoàn thiện công tác quản lý chi trả BHXH bắt buộc

- Tăng cường công tác thông tin, tuyên truyền chính sách, pháp luật BHXH nhằm mở rộng đối tượng tham gia BHXH, tăng nguồn thu cho quỹ BHXH, đảm bảo khả năng chi trả các chế độ BHXH.

- Hoàn thiện cơ cấu bộ máy và nâng cao năng lực đội ngũ cán bộ BHXH. Cần sắp xếp bộ máy theo hướng chuyên sâu, phân định rõ chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của từng bộ phận, từng cá nhân và phải chịu trách nhiệm trực tiếp với lãnh đạo cơ quan.

- Tăng cường cơ sở vật chất, ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác quản lý chi trả BHXH nhằm xử lý công việc và thông tin nhanh chóng, chính xác, giúp cho việc quản lý, lưu trữ dữ liệu được thuận tiện, giảm bớt những thao tác không cần thiết.

- Đẩy mạnh cải cách thủ tục hành chính, củng cố và hoàn thiện các mô hình chi trả BHXH theo hướng đơn giản, thuận tiện cho người tham gia BHXH. Tiếp tục đề bộ phận một cửa phát huy vai trò là khâu kết nối tất cả các bộ phận nghiệp vụ trong đơn vị theo quy trình khoa học, đồng bộ và khép kín.

- Tăng cường sự phối hợp với các ban, ngành liên quan trong quản lý chi trả BHXH, đặc biệt là công tác thanh tra, kiểm tra quá trình chi trả BHXH.

III. KẾT LUẬN

Trong thời gian qua, cơ quan BHXH thị xã Phổ Yên đã không ngừng hoàn thiện và nâng cao chất lượng công tác

quản lý chi trả các chế độ BHXH bắt buộc, thực hiện chi đúng đối tượng, chi đủ số lượng và đúng thời gian quy định, đảm bảo quyền lợi của những người tham gia BHXH. Tuy nhiên, do gặp phải những hạn chế về điều kiện tự nhiên cũng như đội ngũ cán bộ nên công tác quản lý chi trả cũng gặp phải nhiều khó khăn cần được giải quyết trong thời gian tới. Bài viết đã phân tích thực trạng công tác quản lý chi trả các chế độ BHXH bắt buộc tại BHXH thị xã Phổ Yên, từ đó đánh giá những kết quả đạt được và những mặt còn hạn chế, tồn tại cũng như những giải pháp để có thể khắc phục những hạn chế, tồn tại đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. BHXH thị xã Phổ Yên, Báo cáo thống kê kết quả thu, chi BHXH, BHYT, BHTN; Chi quản lý bộ máy các năm 2011, 2012, 2013, 2014, 2015.
2. BHXH thị xã Phổ Yên, Báo cáo tổng kết tình hình thực hiện công tác năm 2015 và nhiệm vụ công tác năm 2016.
3. Nguyễn Văn Thiệu, Nguyễn Văn Gia (2014), Giáo trình Quản trị Bảo hiểm xã hội, Nxb. Lao động – Xã hội.
4. Nguyễn Tiệp (2013), Giáo trình Bảo hiểm xã hội, Nxb. Lao động – Xã hội.
5. Quốc hội (2016), Luật Bảo hiểm xã hội sửa đổi.
6. Quốc hội (2014), Luật Bảo hiểm xã hội sửa đổi và bổ sung.



THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHÀ TIÊU HỢP VỆ SINH CỦA NGƯỜI DÂN XÃ TÂN HỘ CƠ, HUYỆN TÂN HỒNG, TỈNH ĐỒNG THÁP NĂM 2016

Nguyễn Văn Sĩ¹, Lê Thị Thanh Hương²

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm tìm hiểu thực trạng sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh tại xã Tân Hộ Cơ, huyện Tân Hồng, tỉnh Đồng Tháp, xác định tỷ lệ nhà tiêu hợp vệ sinh theo quy chuẩn của Bộ Y tế và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến thực trạng này.

Sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang có phân tích, tiến hành từ tháng 01/2016 đến tháng 7/2016 với 392 chủ hộ hoặc người đại diện hộ gia đình của xã Tân Hộ Cơ được chọn vào nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống và được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi kết hợp quan sát, kiểm tra tình trạng vệ sinh nhà tiêu của những hộ gia đình tham gia nghiên cứu có nhà tiêu, bảng kiểm tình trạng vệ sinh nhà tiêu được thiết kế dựa trên các tiêu chuẩn vệ sinh về xây dựng, sử dụng và bảo quản đối với từng loại nhà tiêu theo Thông tư 27/2011/ TT-BYT của Bộ Y tế về ban hành quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về nhà tiêu và điều kiện đảm bảo vệ sinh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh tại xã Tân Hộ Cơ là 21,7%, trong đó tự hoại là 19,4% và thấm dội nước 2,3%. Tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn vệ sinh về xây dựng là 25,3%, có 23,0% hộ gia đình có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn vệ sinh về sử dụng và bảo quản. Tỷ lệ hộ gia đình không có nhà tiêu tại xã còn rất cao là 66,3%. Nghiên cứu phát hiện một số yếu tố liên quan đến thực trạng nhà tiêu HVS như kiến thức đúng về nhà tiêu, tình trạng kinh tế không nghèo, tiếp cận với thông tin về nhà tiêu ($p < 0,05$).

Nghiên cứu khuyến nghị việc tiếp tục tổ chức truyền thông cho người dân về xây dựng, sử dụng và bảo quản nhà tiêu, tác hại của việc sử dụng nhà tiêu không HVS.

Từ khóa: Nhà tiêu, nhà tiêu hợp vệ sinh

ABSTRACT:

THE USE OF SANITARY LATRINES AND ITS ASSOCIATIONS IN TAN HO CO COMMUNE, TAN HONG DISTRICT, DONG THAP PROVINCE 2016

The study “The use of sanitary latrine and its associations in Tan Ho Co Commune, Tan Hong District, Dong Thap province 2016” was conducted to understand the prevalence of sanitary latrine in Tan Ho Co commune and identify possible associations. This was a cross sectional study and was implemented from January 2016 to July 2016 with the sample size of 392 heads or their replacements of selected households. The systematic samplly was applied. Data was collected by face-to-face interview questionnaire and observational latrine checklist. The observational checklist was developed based on criteria stated in the National Standard on Sanitary Latrine (Circular Letter No 27/2011/TT-BYT).

The study results showed that the prevalence of households own sanitary latrines was 21.7%, of which flushed toilets accounted for 19.4% and pouring water repellent latrine prevalence was 2.3%. There were 25.3% households having latrines which met the building standard, while 23.0% met the use and storage standard. 66.3% households did not have latrines. The study discovered some associated factors related to sanitary latrines, which were appropriate knowledge on sanitary latrine, near-poor and not poor household status, and the provision of information regarding sanitary latrine ($p < 0.05$). The study suggested the continuation of information and education to community on the building, usage and storage of latrine as well as the harmful effects of unsanitary latrine use.

Key words: Latrine, toilet, sanitary latrine

1. Trung tâm Y tế huyện Tân Hồng, tỉnh Đồng Tháp
2. Trường Đại học Y tế Công cộng. Email: lthhsph@gmail.com

» Ngày nhận bài: 30/09/2016 | » Ngày phản biện: 12/10/2016 | » Ngày duyệt đăng: 02/11/2016

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thực trạng ô nhiễm môi trường do phân người là một trong những vấn đề y tế công cộng cấp bách tại một số quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), trong năm 2015 vẫn còn 2,4 tỷ người chưa được tiếp cận với điều kiện vệ sinh cơ bản, trong đó có 946 triệu người vẫn còn có hành vi đi tiêu bừa bãi[9]. Điều kiện vệ sinh kém ước tính gây ra 280.000 trường hợp tử vong do tiêu chảy, vệ sinh kém cũng là nguyên nhân gây ra một số bệnh như giun sán, đau mắt hột, thương hàn[9]. Việc sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh có thể cứu sống hơn 200.000 trẻ em trên thế giới[9]. Các nước có tỷ lệ đi tiêu bừa bãi cao cũng là nước có số trẻ em dưới 5 tuổi bị tử vong và suy dinh dưỡng cao, tỷ lệ đói nghèo lớn[3].

Nhà tiêu không đạt tiêu chuẩn vệ sinh theo quy chuẩn của Bộ Y tế chiếm một số lượng khá lớn ở nông thôn làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến nguồn nước mặt và tiềm ẩn nguy cơ xảy ra dịch bệnh. Đây là vấn đề cần quan tâm giải quyết nếu không sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe người dân và nguy cơ ô nhiễm môi trường do phân người.

Mặc dù mục tiêu chương trình mục tiêu quốc gia (MTQG) nước sạch và vệ sinh môi trường nông thôn giai đoạn 2012 – 2015 với mục tiêu đến cuối năm 2015 có 65% hộ gia đình nông thôn có nhà tiêu HVS[6], nhưng thực tế hiện nay theo báo cáo kết quả kiểm tra nước sạch và nhà tiêu năm 2015 của Trạm Y tế xã Tân Hộ Cơ, toàn xã có 833 hộ gia đình có nhà tiêu trên tổng số hộ 2.835 hộ, chiếm 29,4%[7]. Tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều so với mục tiêu chương trình MTQG Nước sạch và vệ sinh môi trường giai đoạn 2012 – 2015 là 65%. Nhà tiêu của hộ gia đình tại xã chưa được đánh giá theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế ban hành theo Thông tư 27/2011/TT-BYT. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nhà tiêu hợp vệ sinh của người dân tại xã Tân Hộ Cơ với mục tiêu:

- Xác định tỷ lệ nhà tiêu hợp vệ sinh của người dân tại xã Tân Hộ Cơ.
- Xác định một số yếu tố liên quan đến thực trạng nhà tiêu hợp vệ sinh của người dân tại xã Tân Hộ Cơ.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là chủ hộ hoặc người thay thế chủ hộ tại địa bàn nghiên cứu, đối tượng quan sát là nhà tiêu của hộ gia đình (HGĐ) tham gia nghiên cứu.

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, với công thức tính cỡ mẫu là:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó

p: Tỷ lệ HGĐ có nhà tiêu HVS theo báo cáo của Trạm Y tế xã Tân Hộ Cơ là 29,4%[7].

p = 0,294

Z= 1,96 (α= 0.05 ứng với độ tin cậy 95%)

d: Sai số tuyệt đối chấp nhận, chọn d = 3,5 % (0,035)

Cỡ mẫu tính được: n = 332. Để phòng trường hợp bị từ chối phỏng vấn, đến nhà không gặp hoặc phiếu thu thập không đạt yêu cầu, cỡ mẫu được dự phòng thêm 20%. Tổng số mẫu nghiên cứu là 398 mẫu. Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống. Số liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi phỏng vấn (phỏng vấn chủ hộ gia đình hoặc người thay thế chủ hộ) và bảng kiểm quan sát tình trạng nhà tiêu hộ gia đình.

Số liệu được làm sạch và nhập liệu bằng chương trình EPIDATA 3.1, phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 19.

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua theo Quyết định số 165/2016/YT-CC-HĐ3 ngày 29 tháng 02 năm 2016

III. KẾT QUẢ

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

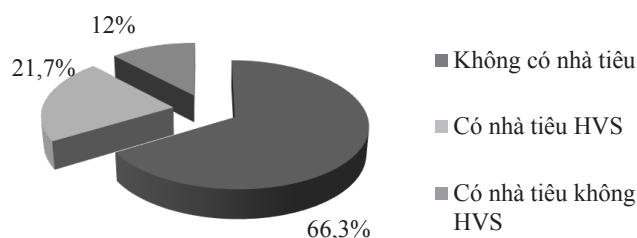
Bảng 3.1 Đặc điểm chung của ĐTNC (n=392)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Dưới 30	38	9,7
	30 – 60	281	71,7
	>60	73	18,6
Giới tính	Nam	163	41,6
	Nữ	229	58,4
Dân tộc	Kinh	391	99,7
	Khác	1	0,03
Nghề nghiệp	Làm ruộng	178	45,4
	Buôn bán	26	6,6
	Cán bộ viên chức	62	15,8
	Làm thuê	76	19,4
	Khác	50	12,8
Trình độ học vấn	Không biết chữ	51	13,0
	Tiểu học	208	53,1
	THCS	70	17,9
	THPT	18	4,6
	Trên THPT	45	11,5
Tình trạng kinh tế	Hộ nghèo	60	15,3
	Không nghèo	332	84,7

Về nhóm tuổi của người tham gia nghiên cứu cao nhất là từ 30 đến 60 tuổi 71,7%, thấp nhất là dưới 30 tuổi 9,7%. Về giới tham gia nghiên cứu thì tỷ lệ nữ giới tham gia nghiên cứu cao 58,4%, nam giới là 41,6%. Về dân tộc của đối tượng tham gia nghiên cứu thì chủ yếu là dân tộc Kinh chiếm 99,7%, còn lại là dân tộc khác (Khmer) là 0,03%. Về nghề nghiệp thì chiếm cao nhất là làm ruộng 45,4%, kế đến là làm thuê 19,4%, cán bộ viên chức 15,8% và thấp nhất là buôn bán 6,6%. Về trình độ học vấn của đối tượng tham gia nghiên cứu trong 392 người tham gia nghiên cứu có đến 53,1% có trình độ tiểu học, từ THPT trở lên 16,1%. Về tình trạng kinh tế của người tham gia nghiên cứu thì có 15,3% là hộ nghèo và 84,7% là hộ không nghèo.

3.1 Tỷ lệ hộ gia đình tại xã Tân Hộ Cơ có nhà tiêu hợp vệ sinh

Hình 3.1 Thực trạng nhà tiêu tại các hộ gia đình



Trong 392 hộ gia đình được điều tra, kết quả cho thấy tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh trên địa bàn xã còn rất thấp (21,7%), trong đó nhà tiêu tự hoại hợp vệ sinh là 19,4% và nhà tiêu thấm dội nước hợp vệ sinh là 2,3%, số hộ gia đình có nhà tiêu không hợp vệ sinh là 12%. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có đến 66,3% hộ gia đình trên địa bàn xã không có nhà tiêu.

3.2 Một số yếu tố liên quan đến thực trạng nhà tiêu hợp vệ sinh

Bảng 3.2 Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với thực trạng nhà tiêu hợp vệ sinh

Các yếu tố nhân khẩu học		Thực trạng nhà tiêu hợp vệ sinh			OR (95%CI)	p
		Nhà tiêu không hợp vệ sinh	Nhà tiêu hợp vệ sinh	Tổng		
Nghề nghiệp	Nghề nghiệp khác	34 35,1%	63 64,9%	97 100%	1 (0,409 – 2,038)	> 0,05
	Cán bộ viên chức	13 37,1%	22 62,9%	35 100%		
	Tổng	47 35,6%	85 64,4%	132 100%		
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	24 33,8%	47 66,2%	71 100%	1 (0,413 – 1,723)	>0,05
	THCS trở lên	23 37,7%	38 62,3%	61 100%		
	Tổng	47 35,6%	85 64,4%	132 100%		
Tình trạng kinh tế	Nghèo	8 61,5%	5 38,5%	13 100%	3,3 (1,007 – 10,693)	0,04
	Không nghèo	39 32,8%	80 67,2%	119 100%		
	Tổng	47 35,6%	85 64,4%	132 100%		

Kết quả Bảng 3.2 cho thấy không có mối liên quan giữa nghề nghiệp và trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu với thực trạng nhà tiêu hợp vệ sinh. Có mối liên quan giữa

tình trạng kinh tế với thực trạng nhà tiêu hợp vệ sinh, những người có tình trạng kinh tế khá thì có nhà tiêu hợp vệ sinh cao gấp 3,3 lần những người có tình trạng kinh tế nghèo.

Bảng 3.2 *Mối liên quan giữa kiến thức về nhà tiêu với thực trạng nhà tiêu hợp vệ sinh*

	Nhà tiêu không hợp vệ sinh	Nhà tiêu hợp vệ sinh	Tổng
Kiến thức không đạt	42 40,4%	62 59,6%	104 100%
Kiến thức đạt	5 17,9%	23 82,1%	28 100%
Tổng số	47 35,6%	85 64,4%	132 100%

OR = 3,1; 95%CI (1,098 – 8,846); p= 0,027

Kết quả phân tích từ bảng 3.2 cho thấy có sự khác biệt giữa tỷ lệ nhà tiêu không HVS và nhà tiêu HVS ở hai nhóm đối tượng có kiến thức không đạt và kiến thức đạt về nhà tiêu. Những người có kiến thức đạt có nhà tiêu HVS cao gấp 3,1 lần so với những người có kiến thức không đạt về nhà tiêu (95%CI: 1,098 – 8,846). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.3 *Mối liên quan giữa tiếp cận thông tin về nhà tiêu với thực trạng nhà tiêu hợp vệ sinh*

	Nhà tiêu không hợp vệ sinh	Nhà tiêu hợp vệ sinh	Tổng
Không được tiếp cận thông tin	27 56,3%	21 43,8%	48 100%
Được tiếp cận thông tin	20 23,8%	64 76,2%	84 100%
Tổng số	47 35,6%	85 64,4%	132 100%

OR = 4,1; 95%CI (1,924 – 8,796); p< 0,001

Kết quả phân tích bảng 3.3 cho thấy có sự khác biệt giữa những người không được tiếp cận thông tin về nhà tiêu và được tiếp cận thông tin về nhà tiêu với tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu không HVS và nhà tiêu HVS. Những người được tiếp cận thông tin về nhà tiêu thì có nhà tiêu HVS cao gấp 4,1 lần những người không được tiếp cận thông tin về nhà tiêu (95%CI: 1,924 – 8,796). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ hộ gia đình tại xã Tân Hộ Cơ có nhà tiêu hợp vệ sinh

Trong 392 đối tượng tham gia nghiên cứu tỷ lệ nhà tiêu hợp vệ sinh của người dân xã Tân Hộ Cơ rất thấp (21,7%). Kết quả này thấp hơn báo cáo kết quả cập nhật bộ chỉ số nước sạch và vệ sinh môi trường của Sở Nông nghiệp và Phát triển nông thôn (NN&PTNT) tỉnh Đồng Tháp năm 2014[5]. Trong báo cáo kết quả cập nhật này thì tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu tại xã Tân Hộ Cơ là 26,9%. Có một điểm đáng chú ý là tỷ lệ HGD có nhà tiêu HVS ở nghiên cứu của chúng tôi và ở Báo cáo của Sở NN&PTNT tỉnh Đồng Tháp đều thấp hơn kết quả điều tra của Cục Quản lý Môi trường Y tế năm 2011 tại An Giang là 36,6%[2]. Sự khác biệt này có thể được giải thích do nghiên cứu này thực hiện tại một xã biên giới thuần nông, người dân còn nghèo, có thói quen đi tiêu bừa bãi đặt biệt là đi cầu tiêu ao cá. Bên cạnh đó mặc dù một số HGD tại xã đã có nhà tiêu nhưng vẫn sử dụng cầu tiêu ao cá hoặc làm cầu tiêu ao cá cho những HGD không có nhà tiêu lân cận đi tiêu với mục đích tận dụng nguồn phân làm thức ăn cho cá. Đây có thể là một trong những lý do dẫn đến tỷ lệ nhà tiêu hợp vệ sinh tại đây thấp.

4.2 Một số yếu tố liên quan đến thực trạng nhà tiêu hợp vệ sinh

Kết quả phân tích cho thấy có một số yếu tố liên quan đến thực trạng nhà tiêu hợp vệ sinh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,05.

Những người có kiến thức đúng về nhà tiêu thì nhà tiêu của họ cũng HVS cao gấp 3,1 lần so với những người có kiến thức không đạt về nhà tiêu (p=0,027), mối liên quan này cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Phúc Quỳnh tại huyện Đà Bắc, tỉnh Hòa Bình năm 2015 với OR = 4,8, p<0,001% [8] và nghiên cứu của Lê Thị Thu Hiền tại xã Yên Phụ năm 2010 là OR = 2,7, p= 0,01[4]. Kết quả này cho thấy kiến thức về nhà tiêu rất quan trọng vì có kiến thức đúng về nhà tiêu và hiểu việc sử dụng nhà tiêu không HVS hoặc đi tiêu bừa bãi là nguyên nhân gây ra các bệnh lây truyền qua đường phân miệng như: tiêu chảy, giun sán, bệnh ngoài da vì vậy giải pháp để tăng tỷ lệ HGD xây dựng và sử dụng nhà tiêu HVS thì cần tuyên truyền cho người dân hiểu để người dân thay đổi hành vi, xóa bỏ đi tiêu bừa bãi đặt biệt là cầu tiêu ao cá.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt giữa tình trạng kinh tế gia đình với thực trạng nhà tiêu HVS. Những HGD có tình trạng kinh tế không nghèo có nhà tiêu HVS cao hơn 3,28 lần những HGD có tình trạng kinh tế nghèo (p=0,04). Kết quả này khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Bùi Hữu Toàn tại huyện Chương Mỹ, Hà Nội năm 2009[1] và nghiên cứu của Lê Thị Thu Hiền tại xã Yên Phụ năm 2010[4], cả hai nghiên cứu này đều không phát hiện mối liên quan giữa tình trạng kinh tế và thực trạng nhà tiêu HVS.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy những người được tiếp cận với thông tin về nhà tiêu thì hộ gia đình có nhà tiêu HVS cao gấp 4,1 lần so với những người không được tiếp cận với thông tin về nhà tiêu ($p < 0,001$). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu Lê Thị Thu Hiền tại xã Yên Phụ năm 2010 với $OR=4,85$ và $p < 0,001$ [4]. Điều này cũng dễ hiểu khi người dân được tiếp cận thông tin về xây dựng, sử dụng và bảo quản nhà tiêu và hiểu tác hại của việc đi tiêu bừa bãi nên họ có nhà tiêu và nhà tiêu của họ HVS cao hơn những người khác.

V. KHUYẾN NGHỊ

Từ những kết quả của nghiên cứu chúng tôi khuyến nghị nghiên cứu trong tương lai cần tìm hiểu thêm các yếu tố liên

quan đến nhà tiêu hợp vệ sinh như: Mối liên quan giữa việc cán bộ y tế xuống địa bàn kiểm tra nhà tiêu với thực trạng nhà tiêu hợp vệ sinh của hộ gia đình, tìm hiểu hành vi của người dân khi có nhà tiêu nhưng không sử dụng nhà tiêu, tìm hiểu vì sao chương trình MTQG nước sạch và vệ sinh nông thôn đã triển khai nhiều năm nhưng nguyên nhân nào tỷ lệ người dân được tiếp cận các thông tin về nhà tiêu lại thấp như vậy.

Tỷ lệ người dân đi tiêu bừa bãi rất cao, chúng tôi khuyến nghị người dân cần xây dựng, sử dụng và bảo quản nhà tiêu hợp vệ sinh theo quy chuẩn của Bộ Y tế, loại bỏ thói quen sử dụng cầu tiêu ao cá. Hộ gia đình lựa chọn cho gia đình mình một loại nhà tiêu hợp vệ sinh theo Quy chuẩn của Bộ Y tế phù hợp với điều kiện kinh tế gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tiếng Việt

1. Bùi Hữu Toàn (2009), Đánh giá thực trạng và yếu tố liên quan đến sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh tại huyện Chương Mỹ, Hà Nội Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
2. Cục Quản lý Môi trường Y tế (2011), Mối liên quan giữa vệ sinh môi trường, nguồn nước hộ gia đình và hành vi chăm sóc trẻ của bà mẹ với tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại Việt Nam.
3. Cục Quản lý Môi trường Y tế (2015), Báo cáo thực trạng vệ sinh môi trường tại Việt Nam.
4. Lê Thị Thu Hiền (2010), Đánh giá thực trạng xây dựng, sử dụng và bảo quản nhà tiêu hợp vệ sinh của các hộ gia đình tại xã Yên Phụ, Yên Phong, Bắc Ninh, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
5. Sở Nông nghiệp và Phát triển nông thôn tỉnh Đồng Tháp (2014), Báo cáo kết quả điều tra và cập nhật bộ chỉ số nước sạch và vệ sinh môi trường nông thôn.
6. Thủ tướng Chính phủ (2012), Quyết định 366/2012/QĐ-TTg về việc phê duyệt chương trình mục tiêu quốc gia Nước sạch và vệ sinh môi trường giai đoạn 2012 - 2015.
7. Trạm Y tế xã Tân Hộ Cơ (2015), "Báo cáo kết quả thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia Nước sạch và vệ sinh môi trường".
8. Trần Phúc Quỳnh (2015), Thực trạng sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh hộ gia đình và các yếu tố liên quan tại huyện Đà Bắc, tỉnh Hòa Bình năm 2015, Luận văn thạc sỹ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.

Tiếng Anh

9. World Health Organization (2015), Water and sanitation are still a luxury for millions of Europeans.

THỰC TRẠNG NHẬN THỨC VỀ VẤN ĐỀ MA TÚY CỦA HỌC SINH SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ NINH BÌNH

Trần Quang Thành¹, Đỗ Văn Dung²

TÓM TẮT

Đề tài được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 158 học sinh sinh viên (HSSV) trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình. Kết quả nghiên cứu cho thấy như sau: Đa số học sinh sinh viên đã có những hiểu biết cơ bản về ma túy, nhận thức được một số vấn đề quan trọng về ma túy như:

- Nhận thức được các vấn đề liên quan đến ma túy là cần thiết, chiếm tỷ lệ 83,5%.
- Đưa ra được khái niệm đúng về ma túy chiếm tỷ lệ 96,1%.
- Nhận thức được hậu quả của nghiện chích ma túy.
- Nhận thức tương đối đầy đủ về người nghiện, nguyên nhân và cách phòng chống ma túy.

Từ khóa: Học sinh sinh viên, nhận thức, ma túy.

SUMMARY

THE REALLY AWARENESS OF DRUG PROBLEM OF STUDENTS AT NINH BINH MEDICAL COLLEGE

This study was performed according to the method of cross-sectional study in 158 students at Ninh Binh Medical College. The research results showed as follows: the majority of students have basic knowledge about drugs and they aware of some important issues about drugs as:

- Being aware of the problems related to drug is necessary, accounted for 83,5%.
- Introducing the concept of drug right proportion 96.2%.
- Being aware of the consequences of injecting drug users.
- Having relatively full awareness about the addictive, causes and drug prevention.

Key word: Student, awareness, drug.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong 30 năm đổi mới, Đảng, Nhà nước cùng với toàn dân đã đạt được nhiều thành tựu to lớn về kinh tế, chính trị,

văn hóa, xã hội. Bên cạnh những mặt tích cực đó, nền kinh tế thị trường vẫn còn những mặt trái và làm nảy sinh hàng loạt vấn đề xã hội phức tạp, gây khó khăn, cản trở cho đất nước về nhiều mặt.

Một trong những vấn đề xã hội khiến nhiều người quan tâm và đáng lo ngại nhất hiện nay là tệ nạn xã hội nói chung và tệ nạn ma túy nói riêng. Ma túy xâm nhập vào tất cả các quốc gia trên thế giới, trở thành hiểm họa của xã hội, đe dọa sự phát triển bền vững của mỗi quốc gia.

Tại Việt Nam ma túy là vấn đề gây nhức nhối toàn xã hội và đang thâm nhập vào thể hệ trẻ theo chiều hướng gia tăng. Đến cuối năm 2014 cả nước có 150.000 người nghiện ma túy, trong đó có 70% người nghiện ma túy ở độ tuổi thanh niên. Hiện nay người ta đã sử dụng cụm từ “ma túy học đường” một cách phổ biến để nói lên tình trạng lạm dụng ma túy trong HSSV.

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến nghiện ma túy, một trong số đó là nguyên nhân về nhận thức. Số người nghiện ma túy là thanh niên, HSSV chiếm tỷ lệ cao. Nguyên nhân chủ yếu là do thiếu kỹ năng sống, không nhận thức đầy đủ tác hại của ma túy.

Tỉnh Ninh Bình, cho đến thời điểm này cũng chưa có một nghiên cứu đầy đủ nào đánh giá nhận thức của HSSV về ma túy và các yếu tố liên quan.

Để nghiên cứu góp phần nâng cao nhận thức cho HSSV trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình về vấn đề ma túy, từ đó giúp HSSV có kỹ năng phòng, chống ma túy, chúng tôi chọn đề tài “Thực trạng nhận thức của HSSV trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình về ma túy”, với mục tiêu: mô tả thực trạng nhận thức của học sinh sinh viên trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình về ma túy năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

1. Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình

2. Liên hiệp các Hội KH&KT Ninh Bình. Email: dungnb62@gmail.com

Đối tượng nghiên cứu của đề tài là HSSV Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang.

Mẫu nghiên cứu: 160 HSSV

Xử lý và phân tích số liệu:

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và làm sạch, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0. Số liệu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ kết hợp với phiên giải, bàn luận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Ma túy và tác hại của nó

1.1. Nhận biết về ma túy của HSSV

Bảng 1. Ma túy là gì (n=152, missing=6)

STT	Khái niệm ma túy	SL	Tỷ lệ %
1	Ma túy là chất khi đưa vào cơ thể sẽ có tác dụng tăng cường sức khỏe, tăng sức làm việc cho con người	0	0 %
2	Ma túy là các chất khi đưa vào cơ thể sống có thể làm thay đổi một hay nhiều chức năng sinh lý của cơ thể	0	0 %
3	Ma túy là các chất khi đưa vào cơ thể sống có thể làm thay đổi các trạng thái tâm lý của con người	6	3,8%
4	Ma túy là các chất gây nghiện khi đưa vào cơ thể sống có thể làm thay đổi một hay nhiều chức năng tâm – sinh lý của cơ thể. Dùng nhiều lần sẽ bị lệ thuộc vào nó cả thể xác lẫn tinh thần, gây hậu quả nghiêm trọng cho bản thân, gia đình và xã hội	146	96,2%

Nhận xét: Đa số HSSV đều có nhận thức đúng về ma túy, chiếm tỷ lệ 96,2 %.

Bên cạnh đó vẫn còn một số HSSV chưa có nhận thức đầy đủ khái niệm về ma túy, chiếm tỷ lệ 3,8 %.

Bảng 2. Sự cần thiết hiểu biết về ma túy (n=158)

STT	Sự cần thiết hiểu biết về ma túy	SL	Tỷ lệ %
1	Rất cần thiết	132	83,5
2	Cần thiết	14	8,9
3	Không cần thiết	0	0
4	Không quan tâm	12	7,6

Nhận xét: Đa số HSSV đều cho sự hiểu biết về ma túy là cần thiết và rất cần thiết chiếm tỷ lệ 92,4%, bên cạnh đó vẫn

còn một số HSSV không quan tâm đến sự cần thiết phải hiểu biết về ma túy, chiếm tỷ lệ 7,6%.

Bảng 3. Các loại chất ma túy (n=158)

STT	Các loại ma túy	SL	Tỷ lệ %
1	Thuốc phiện	146	92,4%
2	Heroine	134	84,8%
3	Phenobacital	16	10,1%
4	Morphine (moocphin)	74	46,8%
5	Cocaine	46	29,1%
6	Dolargan (thuốc giảm đau)	10	6,3%
7	Seduxen (thuốc ngủ)	16	10,1%
8	Cần sa	136	86,1%
9	Bò đả	22	13,2%

Nhận xét: HSSV nhận biết được một số loại chất ma túy thường gặp với tỷ lệ tương đối cao (Thuốc phiện: 92,4%; Heroine: 84,8%; Cần sa: 86,1%, còn lại một số chất ma túy khác chiếm tỷ lệ thấp hơn, từ 6,3% đến 46,8%).

1. 2. Nhận thức về tác hại của ma túy

Bảng 4. Tác hại của ma túy tới người nghiện chích, cộng đồng và xã hội (n=158)

STT	Ảnh hưởng của ma túy đến bản thân người nghiện	SL	Tỷ lệ %
1	Làm tăng cường sức khỏe, sức lao động cho người sử dụng	8	5,1%
2	Làm cho sức khỏe của người sử dụng bị giảm sút, làm mất khả năng học tập, lao động	104	65,8%
3	Dùng ma túy quá liều có thể dẫn đến tử vong	84	53,2%
4	Ảnh hưởng tới sự phát triển của nòi giống	72	45,6%
5	Người tiêm chích ma túy có nguy cơ lây nhiễm viêm gan B, C và HIV cao	138	87,3%
6	Làm thoái hoá nhân cách, rối loạn hành vi của con người, dẫn đến lối sống buông thả, dễ vi phạm pháp luật	108	68,4%
7	Dẫn đến các bệnh về hô hấp, tim mạch, bệnh thần kinh	42	26,6%
8	Dẫn đến những mâu thuẫn và bất hòa với bạn bè, thầy cô giáo và gia đình và mất lòng tin với mọi người	96	60,8%

Nhận xét: HSSV nhận thức được các tác hại nguy hiểm của ma túy tới người nghiện chích ma túy, cộng đồng và xã

hội với tỷ tương đối cao, chiếm tỷ lệ từ 26,6% đến 87,3%, bên cạnh đó vẫn còn một số nhỏ HSSV cho rằng ma túy giúp làm tăng cường sức khỏe, sức lao động cho người sử dụng chiếm tỷ lệ 5,1%.

Bảng 5. Ảnh hưởng của ma túy đến kinh tế và trật tự xã hội (n=158)

STT	Ảnh hưởng của ma túy đến kinh tế và trật tự xã hội	SL	Tỷ lệ %
1	Gây mất trật tự an toàn xã hội	6	3,8%
2	Làm gia tăng nhiều tệ nạn xã hội	8	5,1%
3	Ảnh hưởng đến thuần phong mỹ tục của dân tộc	12	7,6%
4	Gây thiệt hại lớn về kinh tế: Chi phí xã hội cho công tác phòng, chống ma túy và cai nghiện lớn	8	5,1%
5	Làm suy giảm lực lượng lao động của xã hội	16	10,1%

Nhận xét: HSSV có nhận thức về các tác hại to lớn của ma túy đến kinh tế, trật tự an toàn xã hội với tỷ lệ tương đối thấp, từ 3,8% đến 10,1%.

2. Nhận thức của HSSV về người nghiện, nguyên nhân và cách phòng chống ma túy

2.1. Nhận biết về người nghiện ma túy

Bảng 6. Dấu hiệu nhận biết người nghiện (n=158)

STT	Dấu hiệu nhận biết người nghiện	SL	Tỷ lệ %
1	Hay tụ tập với những người không có công ăn việc làm, không lao động, không học hành	50	31,6%
2	Thích ở một mình, ít hoặc ngại tiếp xúc với mọi người	48	30,4%
3	Tâm trạng thường lo lắng, bồn chồn, nói dối, hay cáu gắt	44	27,8%
4	Người lờ đờ, mệt mỏi, lười lao động và vệ sinh cá nhân	82	51,9%
5	Nhu cầu tiêu tiền ngày một nhiều, sử dụng tiền không có lý do chính đáng	92	58,2%
6	Trong túi, phòng ở thường có giấy bạc, bật lửa ga, kim tiêm, ống thuốc phiện, gói heroin	106	67,1%
7	Có dấu kim tiêm trên mạch máu ở mu bàn tay, mặt trên khuỷu tay, mặt trong mắt cá chân, bẹn, ở cổ	118	74,7%

8	Sức khỏe giảm sút rõ rệt; thường xuyên ngáp vặt; mắt lơ đãng; da tái, môi thâm, cơ thể hôi hám, ít tắm giặt, ăn mặc luộm thuộm	140	88,6%
---	--	-----	-------

Nhận xét: HSSV nhận biết về người nghiện ma túy được phân bố ở hầu hết các dấu hiệu, với tỷ lệ từ 27,8% đến 88,6%. Dấu hiệu nhận biết có tỷ lệ cao nhất là người nghiện thường có sức khỏe giảm sút, thường xuyên ngáp vặt, mắt lơ đãng, da tái, môi thâm, cơ thể hôi hám, ăn mặc luộm thuộm...

2.2. Nguyên nhân và cách phòng chống ma túy

Bảng 7. Nguyên nhân dẫn đến nghiện ma túy (n=158)

STT	Nguyên nhân dẫn đến nghiện ma túy	SL	Tỷ lệ %
1	Do trình độ nhận thức kém, thiếu hiểu biết về tác hại của ma túy	120	75,9%
2	Do đua đòi, thích tìm cảm giác lạ	118	74,7%
3	Do các thành viên trong gia đình không quan tâm đến nhau	44	27,8%
4	Do buồn chán, sống căng thẳng	54	34,2%
5	Do mâu thuẫn với cha mẹ, bạn bè, người thân	32	20,3%
6	Do phong tục tập quán, thói quen sinh hoạt	18	11,4%
7	Do thất nghiệp, không có giải pháp khi bị thất nghiệp hoặc bị quan trước tiền đề, cuộc sống	46	29,1%
8	Do công tác cai nghiện còn thiếu tính đồng bộ, không khoa học	54	34,2%
9	Do việc sản xuất, mua bán, sử dụng ma túy tồn tại dưới nhiều hình thức mới, khó kiểm soát	92	58,2%
10	Do tác động của nền kinh tế thị trường tới lối sống, thói quen của con người	44	27,8%
11	Do công tác tuyên truyền phòng, chống ma túy còn chưa hiệu quả	80	50,6%

Nhận xét: Nguyên nhân mà HSSV nhận thấy dẫn đến người dân nghiện ma túy được phân bố ở hầu hết các nhóm nguyên nhân đa dạng, với tỷ lệ từ 11,4% đến 75,9%. Trong đó nhóm nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là: do trình độ nhận thức kém, thiếu hiểu biết về tác hại của ma túy.

Bảng 8. Giải pháp phòng chống ma túy tốt nhất (n=158)

STT	Giải pháp phòng chống ma túy	SL	Tỷ lệ %
1	Giáo dục các thành viên trong gia đình nhận thức đúng đắn về tác hại của ma túy và thực hiện quy định của pháp luật về phòng, chống ma túy	0	0
2	Các tổ chức xã hội cần triệt phá, nghiêm cấm trồng các cây chứa chất gây nghiện	0	0
3	Tuyên truyền, giáo dục nhân dân có những kiến thức cơ bản về ma túy	6	3.8%
4	Vận động người dân không tham gia sản xuất, buôn bán, sử dụng ma túy	0	0
5	Xây dựng và hoàn thiện hệ thống pháp luật về phòng, chống ma túy	0	0
6	Nâng cao đời sống vật chất và tinh thần cho người dân	0	0
7	Lồng ghép giáo dục quốc phòng, chống ma túy vào trường học thông qua các môn học trên lớp và qua các cuộc thi tìm hiểu về ma túy	0	0
8	Giáo dục lối sống lành mạnh cho HSSV	2	1.3%
9	Tuyên truyền, giáo dục pháp luật về phòng, chống ma túy cho HSSV	18	11.3%
10	Tất cả các biện pháp trên	134	84,8%

Nhận xét: Theo HSSV thì không có giải pháp đơn lẻ nào có thể giải quyết được vấn đề nghiện ma túy, ngoại trừ giải pháp tổng thể. Tỷ lệ này chiếm 84,8% số người trả lời.

Bảng 9. Nguồn tìm hiểu về ma túy (n=158)

STT	Nguồn tìm hiểu về ma túy	SL	Tỷ lệ %
1	Các buổi thảo luận, tọa đàm, cuộc thi	40	23,3%
2	Đài, vô tuyến, sách báo, internet	124	74,5%
3	Tài liệu học tập ở trường	34	21,5%
4	Bạn bè, cha mẹ, anh chị	38	24,1%

Nhận xét: Nguồn thông tin tìm hiểu và nhận biết về ma túy của HSSV chủ yếu từ nguồn đài, vô tuyến, sách báo, internet, chiếm 74,5%, các nguồn còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn, từ 21,5% đến 24,1%.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 158 học sinh sinh viên thuộc trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

1. HSSV đã có những nhận thức cơ bản về ma túy, cũng như tác hại và hậu quả của nó:

- Đa số HSSV đều có nhận thức đúng về ma túy, chiếm tỷ lệ 96,2 %.

- Đa số HSSV đều cho sự hiểu biết về ma túy là cần thiết và rất cần thiết chiếm tỷ lệ 92,4%, bên cạnh đó vẫn còn một số HSSV không quan tâm đến sự cần thiết phải hiểu biết về ma túy, chiếm tỷ lệ 7,6%

- HSSV nhận biết được một số loại chất ma túy thường gặp với tỷ lệ tương đối cao (Thuốc phiện: 92,4%; Heroine: 84,8%; Cần sa: 86,1%; còn lại một số chất ma túy khác chiếm tỷ lệ thấp hơn, từ 6,3% đến 46,8%).

- HSSV nhận thức được các tác hại nguy hiểm của ma túy tới người nghiện chích ma túy, cộng đồng và xã hội với tỷ tương đối cao, chiếm tỷ lệ từ 26,6% đến 87,3%.

- HSSV có nhận thức về các tác hại to lớn của ma túy đến kinh tế, trật tự an toàn xã hội với tỷ lệ tương đối thấp, từ 3,8% đến 10,1%.

2. HSSV nhận thức tương đối đầy đủ về người nghiện, nguyên nhân và cách phòng chống ma túy:

- HSSV nhận biết về người nghiện ma túy được phân bố ở hầu hết các dấu hiệu, với tỷ lệ từ 27,8% đến 88,6%. Dấu hiệu nhận biết có tỷ lệ cao nhất là người nghiện thường có sức khỏe giảm sút, thường xuyên ngáp vặt, mắt lơ đãng, da tái, môi thâm, cơ thể hôi hám, ăn mặc luộm thuộm...

- Theo HSSV thì không có giải pháp đơn lẻ nào có thể giải quyết được vấn đề nghiện ma túy, ngoại trừ giải pháp tổng thể. Tỷ lệ này chiếm 84,8% số người trả lời.

- Nguồn thông tin tìm hiểu và nhận biết về ma túy của HSSV chủ yếu từ nguồn đài, vô tuyến, sách báo, internet, chiếm 74,5%, các nguồn còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn, từ 21,5% đến 24,1%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Đối với bản thân HSSV cần tích cực tìm hiểu những kiến thức cơ bản về ma túy, tích cực tham gia tuyên truyền, phổ biến kiến thức phòng chống ma túy. Giúp đỡ cơ quan có thẩm quyền phát hiện những hành vi sản xuất buôn bán ma túy.

2. Đối với gia đình HSSV: Cần quan tâm giáo dục các thành viên trong gia đình phòng tránh ma túy, tạo bầu không khí đầm ấm yêu thương chăm sóc lẫn nhau, thường xuyên liên lạc với nhà trường về tình hình học tập, rèn luyện của con em mình.

3. Đối với nhà trường: Nhà trường cần phát huy vai trò chỉ đạo của mình trong việc nâng cao nhận thức về hiểm họa của ma túy cho HSSV. Đẩy mạnh tuyên truyền giáo dục nâng cao

nhận thức cho HSSV về tác hại của ma túy và công tác phòng chống ma túy bằng nhiều hình thức phong phú, phù hợp.

Đưa các nội dung giáo dục tuyên truyền phòng chống ma túy vào chương trình sinh hoạt của đoàn, tổ chức các hình thức trao đổi tọa đàm, trách nhiệm của đoàn viên trong phòng chống tệ nạn ma túy.

Nhà trường cần phối hợp với các tổ chức xã hội tổ chức các đợt cao điểm phòng chống ma túy nhân tháng hành động Ngày Quốc tế phòng chống ma túy 26/6 hàng năm, phát động thực hiện Cuộc vận động 3 không với ma túy “không sử

dụng; không mua bán, tàng trữ, vận chuyển trái phép; không dung túng bao che cho tội phạm và tệ nạn ma túy”.

Xây dựng các mô hình như hòm thư tố giác, hoạt động tìm địa chỉ đen... vận động HSSV tham gia tố giác tội phạm ma túy.

Chỉ đạo các chi đoàn ký giao ước thi đua: Chi đoàn không có đoàn viên sử dụng ma túy và phạm tội về ma túy. Kịp thời biểu dương khen thưởng và có biện pháp đảm bảo an toàn cho HSSV cung cấp tin tố giác tội phạm và người nghiện ma túy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Vũ Ngọc Bùng (2007), Phòng chống ma túy trong nhà trường, NXB Công an nhân dân, Hà Nội.
2. Luật phòng, chống ma túy (2000).
3. Sở Lao động Thương binh Xã hội Ninh Bình (2015), Tài liệu tư vấn phòng chống ma túy.
4. Hoàng Phê (2007), Từ điển Tiếng Việt, NXB Đà Nẵng, Trung tâm từ điển học, Hà Nội - Đà Nẵng.
5. Tổ chức Giáo dục, Khoa học và Văn hóa của Liên Hợp quốc (2007), Tài liệu tập huấn giáo sinh về nội dung giáo dục phòng, chống HIV/AIDS.
6. Từ điển Bách khoa toàn thư Việt Nam (2005), NXB Từ điển bách khoa, Hà Nội.
7. Từ điển Tiếng Việt (2009), NXB Đà Nẵng.



BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI HOẠT ĐỘNG DẠY – HỌC E-LEARNING TẠI TRƯỜNG CAO ĐẲNG DƯỢC TRUNG ƯƠNG HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thị Hương¹

TÓM TẮT:

Ngày nay, e-Learning được đánh giá là một phương pháp dạy-học rất hiệu quả trong thời đại công nghệ số. Nhận thức được vai trò của e-Learning trong việc nâng cao chất lượng đào tạo, Ban giám hiệu Trường Cao đẳng Dược TW Hải Dương đã rất quan tâm tới việc ứng dụng e-Learning vào giảng dạy. Trong năm học 2015-2016, nhà trường đã đưa khóa học e-Learning Thực vật Dược vào giảng dạy cho sinh viên Cao đẳng khóa 8, hệ chính qui. Kết quả bước đầu đã cho thấy tính khả thi và hiệu quả khi ứng dụng e-Learning vào dạy-học tại Trường Cao đẳng Dược TW Hải Dương.

Từ khóa: E-Learning, Cao đẳng Dược TW Hải Dương, thực vật.

SUMMARY:

INITIAL DEPLOYMENT OF TEACHING – LEARNING ACTIVITIES BY E-LEARNING AT HAI DUONG CENTRAL COLLEGE OF PHARMACY

Nowadays, e-Learning is an effective teaching - learning method of the digital society. Recognizing the role of e.learning in raising the quality of training, the managing board of the Central College of Pharmacy Hai Duong was very interested in e-Learning applications in teaching and learning. In the 2015-2016 school year, the the Central College of Pharmacy Hai Duong has launched e-Learning courses Botany to teach 8th college students. Initial results have shown the feasibility and efficiency of the e-Learning applications in teaching and learning at the College of Pharmacy TW Hai Duong.

Key words: E-Learning, Hai Duong Central college of Pharmacy, botany.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, nâng cao chất lượng đào tạo để đáp ứng nhu cầu thị trường là mối quan tâm không chỉ của ngành giáo dục mà

còn của toàn xã hội. Để nâng cao chất lượng đào tạo thì việc thay đổi phương pháp giảng dạy là một vấn đề mà mỗi cơ sở đào tạo đều phải quan tâm.

E-Learning là một phương thức dạy – học đã được đánh giá là rất hiệu quả trong thời đại công nghệ số. Tuy nhiên việc áp dụng e-Learning vào giảng dạy trong nhà trường đặc biệt trong khối Y – Dược chưa thực sự hiệu quả. Nhận thức được vai trò của e-Learning trong nâng cao chất lượng đào tạo, Ban giám hiệu Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương đã rất quan tâm tới ứng dụng e-Learning trong dạy – học. Với đặc thù của môn học Thực vật Dược là môn học cần trực quan sinh động, nên việc sinh viên được quan sát hình ảnh cũng như xem các video sẽ giúp các sinh viên học tập dễ dàng hơn. Do đó, trong năm học 2015-2016, trường Cao đẳng Dược TW Hải Dương đã đưa khóa học e-Learning Thực vật Dược vào giảng dạy cho sinh viên Cao đẳng khóa 8, hệ chính qui.

II. NỘI DUNG

Việc triển khai dạy – học e-Learning khóa học Thực vật Dược cho sinh viên Cao đẳng khóa 8, hệ chính qui được thực hiện qua ba bước: xây dựng kịch bản dạy - học; tổ chức dạy - học; đánh giá khóa học.

Bước 1. Xây dựng kịch bản

Kế hoạch dạy-học được đưa ra một cách chi tiết trước khi tổ chức dạy học trực tuyến gồm: xây dựng đề cương chi tiết cho khóa học; biên soạn giáo án cho khóa học; thời khóa biểu cụ thể cho các hoạt động trong khóa học như: thời gian triển khai khóa học, thời gian tham gia các diễn đàn, thời gian tham gia phiên chat...

Bước 2. Tổ chức dạy học e-Learning

Khóa học được tổ chức trong thời gian từ ngày 24/04/2016 đến ngày 19/05/2016:

Sinh viên được cấp tài khoản để truy cập vào khóa học tại

1. Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương; Email: huongcdd@gmail.com

» Ngày nhận bài: 04/11/2016 | » Ngày phản biện: 17/11/2016 | » Ngày duyệt đăng: 24/11/2016

địa chỉ <http://hrd.hmu.edu.vn/>; được giảng viên hướng dẫn cách học trực tuyến tại phòng thực hành Bộ môn Tin học; được xem video hướng dẫn đã upload trên khóa học; được phổ biến thời khóa biểu gồm: lịch tham gia các bài học và diễn đàn, tham gia phiên chat...

Giảng viên quản lý khóa học: Theo dõi số giờ online của từng sinh viên, quá trình nộp các bài tiểu luận, tham gia diễn đàn, phiên chat; hỗ trợ sinh viên trong thời gian diễn ra khóa học bằng cách gửi tin nhắn, email cho các sinh viên nhắc nhở về thời hạn nộp bài tiểu luận, thời gian tham gia các diễn đàn, phiên chat.

Bước 3. Đánh giá khóa học

Sau khi khóa học kết thúc, tiến hành đánh giá khóa học bằng phiếu khảo sát được thực hiện với các sinh viên tham gia khóa học.

Trong phần này, việc đo lường mức độ đồng ý của học viên với các tiêu chí khảo sát được đánh giá các điểm 1, 2, 3, 4 tương ứng với các mức độ “Không đồng ý”, “Đồng ý một phần”, “Đồng ý”, “Hoàn toàn đồng ý”.

Kết quả khảo sát với các tiêu chí thu được như sau:

* Tiêu chí “**Nội dung khóa học**” được đánh giá qua hai câu hỏi khảo sát, kết quả được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Kết quả đo lường mức độ đồng ý của học viên với tiêu chí “Nội dung khóa học”

Câu hỏi	Tiêu chí khảo sát	Số sinh viên chọn								Tổng sinh viên khảo sát	
		1. Không đồng ý		2. Đồng ý một phần		3. Đồng ý		4. Hoàn toàn đồng ý			
		SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)
1	Nội dung của khóa học hấp dẫn	7	1.4	105	21.1	294	59.2	91	18.3	497	100
2	Thời gian để hoàn thành khóa học, bài tiểu luận, câu hỏi lượng giá hợp lý	21	4.2	77	15.5	294	59.2	105	21.1	497	100

(SL: số lượng; TL: tỷ lệ)

Nhận xét: Qua kết quả khảo sát cho thấy, trong tổng số 497 sinh viên khảo sát, có 294 sinh viên (chiếm tỷ lệ 59.2%) đồng ý với ý kiến nội dung khóa học hấp dẫn và thời gian hoàn thành khóa học, bài tiểu luận, câu hỏi lượng giá hợp lý. Trong đó ở tiêu chí nội dung hấp dẫn có 91 sinh viên hoàn toàn đồng ý, chiếm tỷ lệ 18.3%; tiêu chí thời gian khóa học

hợp lý có 105 sinh viên hoàn toàn đồng ý, chiếm tỷ lệ 21.1%.

Như vậy có thể thấy rằng hầu hết sinh viên được khảo sát hài lòng với nội dung cũng như thời gian của khóa học

* Tiêu chí “**Hình thức dạy – học**” được đánh giá qua hai câu hỏi khảo sát, kết quả được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Kết quả đo lường mức độ đồng ý của học viên với tiêu chí “Hình thức”

Câu hỏi	Tiêu chí khảo sát	Số sinh viên chọn								Tổng sinh viên khảo sát	
		1. Không đồng ý		2. Đồng ý một phần		3. Đồng ý		4. Hoàn toàn đồng ý			
		SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)
3	Thích hình thức học trực tuyến hơn so với hình thức học truyền thống	35	7.0	133	26.8	217	43.7	112	22.5	497	100
4	Hình thức học trực tuyến hiệu quả, gây hứng thú, giúp nắm vững kiến thức	28	5.6	182	36.6	189	38.0	98	19.7	497	100

(SL: số lượng; TL: tỷ lệ)

Nhận xét: Từ bảng kết quả ta thấy, khi tiến hành khảo sát 497 sinh viên thấy có 217 sinh viên (chiếm tỷ lệ 43.7%) đồng ý; 112 sinh viên (chiếm tỷ lệ 22.5%) hoàn toàn đồng ý với

ý kiến “thích hình thức học trực tuyến hơn so với hình thức học truyền thống”. Với ý kiến “hình thức học trực tuyến hiệu quả, gây hứng thú, giúp nắm vững kiến thức” thì có 189 sinh



viên (chiếm tỷ lệ 38.0 %) đồng ý và 98 sinh viên (chiếm tỷ lệ 19.7 %) hoàn toàn đồng ý.

Như vậy có thể thấy hầu hết sinh viên khảo sát thích hình thức học trực tuyến và cho rằng hình thức học này hiệu quả,

gây hứng thú, giúp nắm vững kiến thức.

* Tiêu chí “Tương tác trong khóa học” được đánh giá qua ba câu hỏi khảo sát, kết quả được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Kết quả đo lường mức độ đồng ý của học viên với tiêu chí “Tương tác”

Câu hỏi	Tiêu chí khảo sát	Số sinh viên chọn								Tổng sinh viên khảo sát	
		1. Không đồng ý		2. Đồng ý một phần		3. Đồng ý		4. Hoàn toàn đồng ý			
		SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)
5	Việc tương tác trong khóa học (forum, chat) hiệu quả	70	14.1	154	31.0	217	43.7	56	11.3	497	100
6	Thời lượng cho phiên chat hợp lý	56	11.3	196	39.4	182	36.6	63	12.7	497	100
7	Tham gia diễn đàn (forum) giúp dễ dàng trao đổi, học hỏi	28	5.6	147	29.6	203	40.8	119	23.9	497	100

(SL: số lượng; TL: tỷ lệ)

Nhận xét: Khi tiến hành khảo sát với tiêu chí “Tương tác” cho thấy: có 217 sinh viên (chiếm tỷ lệ 43.7%) đồng ý với ý kiến rằng việc tương tác trong khóa học hiệu quả; có 196 sinh viên (chiếm tỷ lệ 39.4%) đồng ý một phần và 182 sinh viên (chiếm tỷ lệ 36.6%) đồng ý với ý kiến cho rằng thời lượng cho phiên chat hợp lý; có 119 sinh viên hoàn toàn đồng ý (chiếm tỷ lệ 23.9%) và 203 sinh viên đồng ý (chiếm tỷ lệ 40.8 %) với ý kiến cho rằng tham gia diễn đàn giúp sinh viên

dễ dàng trao đổi, học hỏi.

Từ kết quả trên cho thấy hầu hết sinh viên được khảo sát cho rằng việc tham gia các tương tác (tham gia diễn đàn, phiên chat) trong học trực tuyến là hiệu quả, giúp sinh viên dễ dàng trao đổi, học hỏi. Tuy nhiên hầu hết sinh viên cho rằng thời gian của phiên chat là chưa hợp lý.

* Tiêu chí “Đánh giá” được đánh giá qua một câu hỏi khảo sát, kết quả được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Kết quả đo lường mức độ đồng ý của học viên với tiêu chí “Đánh giá”

Câu hỏi	Tiêu chí khảo sát	Số sinh viên chọn								Tổng sinh viên khảo sát	
		1. Không đồng ý		2. Đồng ý một phần		3. Đồng ý		4. Hoàn toàn đồng ý			
		SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)
11	Phương pháp đánh giá của khóa học khách quan, phản ánh đúng năng lực	63	12.7	154	31.0	196	39.4	84	16.9	497	100

(SL: số lượng; TL: tỷ lệ)

Nhận xét: Trong số 497 sinh viên khảo sát có 84 sinh viên (chiếm tỷ lệ 16.9 %) hoàn toàn đồng ý, 196 sinh viên (chiếm tỷ lệ 39.4 %) đồng ý với ý kiến “phương pháp đánh giá của khóa học khách quan, phản ánh đúng năng lực của sinh viên”.

Như vậy hầu hết sinh viên được khảo sát đều cho rằng phương pháp đánh giá của khóa học là khách quan và phản ánh đúng năng lực của sinh viên.

* Trả lời cho câu hỏi “Liệt kê một số khó khăn khi tham gia khóa học”, sinh viên đã liệt kê một số khó khăn như thời gian phiên chat ngắn; bài tiểu luận có thể sao chép, khó đảm bảo công bằng

* Trả lời cho câu hỏi “Đóng góp cho khóa học và cho giảng viên”, sinh viên đã có những ý kiến đóng góp như khóa học cần liên hệ nhiều kiến thức thực tế hơn; có wifi ở khu giảng đường, kí túc xá.

III. KẾT LUẬN

Từ việc áp dụng thành công dạy – học trực tuyến khóa học Thực vật Dược cho sinh viên Cao đẳng khóa 8 cho thấy một số thuận lợi và khó khăn như sau:

Về thuận lợi:

Việc dạy – học e-Learning giúp tiết kiệm về thời gian, nhân lực trong dạy – học.

Sinh viên hứng thú với hình thức học mới – học trực tuyến; việc tham gia diễn đàn (forum), phiên chat giúp sinh viên dễ dàng trao đổi, học hỏi; học trực tuyến giúp sinh viên chủ động trong quá trình học, không bị giới hạn về thời gian và địa điểm.

Về phía giảng viên: Dạy học e-Learning giúp giảng viên có thể quản lý được sự truy cập của sinh viên, thời gian nộp bài tiểu luận, sự tham gia diễn đàn; có thể cùng 1 lúc gửi mail cho nhiều sinh viên chưa tham gia để nhắc nhở; kích thích giảng viên nâng cao năng lực chuyên môn cũng như năng lực về đào tạo trực tuyến để đảm bảo vai trò là người hỗ trợ, định hướng trong dạy học trực tuyến.

Về khó khăn

Một số sinh viên không có máy tính kết nối internet; bài

tiểu luận có thể dễ dàng sao chép, khó đảm bảo tính công bằng và sinh viên không nói chuyện trực tiếp được với giảng viên khi tham gia phiên chat.

Từ đó một số giải pháp được đưa ra để khắc phục những khó khăn khi tổ chức dạy – học trực tuyến như: Sử dụng các ứng dụng hiện đại hơn như Zoom, Skype ... để giảng viên có thể nói chuyện trực tiếp với sinh viên; kết hợp giữa dạy học trực tuyến với dạy học truyền thống (Blended elearning): trong một khóa học tăng số lượng bài kiểm tra trên lớp, thi tập trung để giảm tỉ lệ học hộ, làm bài hộ khi học trực tuyến, đảm bảo tính công bằng cho sinh viên.

Như vậy việc tổ chức thành công dạy – học trực tuyến khóa học Thực vật Dược cho sinh viên Cao đẳng khóa 8, hệ chính qui trong thời gian từ 24/04/2016 – 19/05/2016 đã cho thấy tính khả thi và hiệu quả của dạy – học trực tuyến khi được áp dụng tại Trường Cao đẳng Dược TW Hải Dương, mở ra xu hướng mới trong thay đổi phương pháp giảng dạy tại trường để đảm bảo đào tạo đáp ứng nhu cầu của thị trường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Instructional Design for Online Learning at <http://www.pitt.edu/~poole/onlinelearning.html>
2. Guide to Course Development at http://midsolutions.org/faculty_tools/course_design/course_index.html
3. Instructional Design for Online Learning at http://www.ibritt.com/resources/dc_instructionaldesign.htm
4. <http://www.trivantis.org>
5. <http://exelearning.org>



7 ĐIỂM NHẤN QUAN TRỌNG CỦA NGÀNH Y TẾ VIỆT NAM NĂM 2016

Năm 2016 thật sự là một năm đặc biệt với ngành Y tế Việt Nam. Với hàng loạt chính sách mới được triển khai, ngành Y tế đã đổi mới một cách toàn diện, phù hợp với định hướng kinh tế thị trường. Ban Biên tập Tạp chí Y học Cộng đồng đánh giá những điểm nhấn quan trọng, nguyên nhân của những đổi mới thắng lợi của Y tế Việt Nam trong năm qua

1 Chính sách bảo hiểm y tế toàn dân đã đạt những thành tựu quan trọng, đảm bảo chăm sóc và bảo vệ sức khỏe toàn dân. Đã có gần 80% dân số tham gia BHYT. Người dân đã phần nào bớt gánh nặng tài chính trong khám chữa bệnh cũng như đóng góp nguồn lực để các cơ sở y tế phát triển hạ tầng cũng như triển khai kỹ thuật mới cứu sống nhiều người bệnh.

2 Mạng lưới chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân ngày càng hoàn thiện với Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới vừa được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt và hệ thống Bác sĩ Gia đình đang được triển khai cả về pháp lý và hoạt động thực tiễn.

3 Đề án giảm tải bệnh viện đã đạt được những kết quả quan trọng. Tình trạng quá tải bệnh viện, đặc biệt các bệnh viện tuyến trung ương đã được khắc phục về cơ bản.

4 Chính sách cho phép các bệnh viện tự chủ cùng với sự đổi mới giá viện phí đã tạo động lực mới cho các bệnh viện công lập phát triển hạ tầng cũng như triển khai nhiều kỹ thuật mới cứu sống nhiều bệnh nhân.

5 Công tác phòng chống dịch đã đạt nhiều thành tựu, trong năm không xảy ra dịch bệnh ảnh hưởng đến đời sống nhân dân, ảnh hưởng đến kinh tế xã hội.

6 Hàng loạt các kỹ thuật mới được triển khai trong các lĩnh vực quan trọng đã khẳng định vị thế của ngành Y tế Việt Nam trên thế giới. Y học Việt Nam khẳng định được vị thế của mình trong các lĩnh vực như: ghép tạng, can thiệp tim mạch, ung bướu, nội soi phẫu thuật, can thiệp chấn thương chỉnh hình, ứng dụng tế bào gốc, hỗ trợ sinh sản, tách song sinh, nhân khoa... Việc các bác sĩ Việt Nam ứng dụng và triển khai thành công những kỹ thuật cao đã từng bước đáp ứng kịp thời nhu cầu khám, điều trị bệnh của người dân trong nước, góp phần hạn chế số người dân ra nước ngoài chữa bệnh và bước đầu thu hút người nước ngoài sang Việt Nam chữa bệnh. Tên tuổi các giáo sư, bác sĩ của Việt Nam cũng được nhiều nước trên thế giới biết đến.

7 Sau 15 năm phấn đấu, Việt Nam đã chính thức trở thành 1 trong 39 nước được WHO công nhận đạt tiêu chuẩn Hệ thống Quản lý Quốc gia về vaccine (NRA) vào năm 2015. Thành công này không những giúp tiết kiệm chi phí nhập khẩu vaccine ngoại mà còn mở ra cơ hội xuất khẩu cho vaccine nội, đồng thời hỗ trợ tích cực cho công tác tiêm chủng mở rộng ở Việt Nam. Hiện nay, Việt Nam đã chủ động sản xuất được nhiều loại vaccine, trong đó có 10 vaccine trong Chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia. Việt Nam cũng đã học tập được các công nghệ của Nhật Bản trong việc sản xuất và điều chế các loại vaccine.

**CHỦ TỊCH TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM TRẢ LỜI PHÒNG VẤN CỦA TẠP CHÍ
Y HỌC CỘNG ĐỒNG:**

**TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM ĐÃ PHÁT HUY
ĐƯỢC VAI TRÒ CỦA CÁC GIÁO SƯ, BÁC SĨ TRONG
HOẠT ĐỘNG CỦA TỔNG HỘI VÀ NGÀNH Y TẾ**

Phóng viên Lương Nga

Năm 2017 và Xuân Đinh Dậu đã đến, Tòa soạn Tạp chí Y học Cộng đồng xin chúc Tổng Hội Y học Việt Nam và Bà Chủ tịch Tổng hội, PGS. TS. Nguyễn Thị Xuyên một năm mới an khang thịnh vượng.



PGS.TS. Nguyễn Thị Xuyên - Chủ tịch Tổng hội Y học Việt Nam

Phóng viên: Thưa bà, trong những năm qua và đặc biệt trong năm 2016, Tổng hội Y học Việt Nam đã có những đóng góp quan trọng đối với công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân như thế nào?

PGS. TS. Nguyễn Thị Xuyên: Tổng hội Y học Việt Nam với truyền thống hơn 60 năm hoạt động và phát triển, Tổng hội đã phát huy truyền thống quý báu của mình, đã quy tụ và phát huy được vai trò của các giáo sư, bác sĩ giàu kinh nghiệm trong quản lý và chuyên môn, có trách nhiệm và tham gia tích cực vào các hoạt động của Tổng hội và ngành Y.

Trong những năm qua, Tổng hội đã phối hợp với Bộ Y tế và các đơn vị triển khai một số hoạt động cụ thể:

Ngay sau khi Đại hội đại biểu toàn quốc khóa XVI, Tổng hội đã ban hành các quyết định phân công nhiệm vụ cho Chủ tịch, các Phó Chủ tịch, các ban, quy chế hoạt động của văn phòng Tổng hội...

Tổng hội đã triển khai công tác tư vấn, phản biện, giám

định xã hội, đã tích cực góp ý kiến vào luật về Hội, luật rượu bia, và các dự thảo văn bản pháp luật khác. Tổng hội đã thực hiện ý kiến chỉ đạo của Chủ tịch UB Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, chủ trì phối hợp với một số Vụ, Cục của Bộ Y tế xây dựng bộ công cụ giám sát việc thực hiện pháp luật của các cơ sở y tế. Đồng thời, Tổng hội đã thành lập đoàn giám sát một số cơ sở y tế tại thành phố Hà Nội. Tổng hội được giao nhiệm vụ thành lập Hội đồng Chuyên gia đánh giá và kiến nghị việc thực hiện Quỹ Khám chữa bệnh Bảo hiểm Y tế sao cho có hiệu quả. Tổng hội đã thành lập Hội đồng Chuyên gia đã đi đánh giá tại một số tỉnh từ đó đã tìm được những thâm hụt quỹ để kiến nghị Thủ tướng Chính phủ.

Về công tác khoa học và đào tạo:

Tổng hội đã phối hợp với các hội chuyên ngành tổ chức các lớp đào tạo, cập nhật kiến thức y khoa. Tổng hội đã kết hợp với Bộ Y tế tổ chức tập huấn về y đức, y nghiệp cho nhân viên y tế một số tỉnh. Tổng hội đã chủ trì với Bộ Y tế tổ chức Hội nghị khoa học lần thứ 5 về “Kiểm soát chất lượng xét nghiệm” rất tốt.

Các hội thành viên của Tổng hội tổ chức nhiều Hội nghị Khoa học mang tầm quốc tế.

Về công tác xuất bản báo chí, Tạp chí Y học Việt Nam là tạp chí y học lâu đời nhất trong suốt 61 năm qua. Trong năm 2016, Tổng hội Y học đã phát hành được 24 số và 10 số chuyên đề được Hội đồng Chức danh Giáo sư ngành cho 1 điểm/1 bài phục vụ tốt cho việc công bố và tham khảo các công trình nghiên cứu khoa học của cán bộ y tế.

Về từ điển Y học Bách khoa: Với trình độ và trách nhiệm cao của các Giáo sư trong Tổng hội và các hội chuyên ngành, đến nay cơ bản đã hoàn thành biên soạn từ điển giai đoạn 1.



Tổng hội là thành viên của Hội Y học thế giới, Hội Y học các nước Đông Nam Á, Tổng hội luôn mở rộng hợp tác với các hội Y học các nước trên thế giới, Tổng hội đã hợp tác với Quỹ học bổng Takeda của Nhật Bản. Mỗi năm Quỹ này tài trợ cho 6 học viên là bác sĩ được sang Nhật Bản học về chuyên môn để nâng cao trình độ chuyên môn kỹ thuật.

Những kết quả hoạt động của Tổng hội đã góp phần quan trọng vào sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

Phóng viên: Thưa bà, xin bà cho biết những định hướng hoặc những kế hoạch cụ thể của Tổng hội Y học Việt Nam năm 2017.

PGS. TS. Nguyễn Thị Xuyên: Năm 2017 đất nước có nhiều đổi mới, Ngành Y tế có nhiều đổi mới trong cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính và đổi mới trong lĩnh vực đào tạo nguồn nhân lực, Tổng hội Y học Việt Nam luôn song hành phối hợp chặt chẽ với Bộ Y tế, tranh thủ sự ủng hộ của Bộ Y tế và phát huy thế mạnh của Tổng hội, của các hội thành viên trực thuộc Tổng hội để tiếp tục quy tụ và phát huy khả năng của các Giáo sư, Bác sĩ và hội viên của Tổng hội.

Năm 2017, Tổng hội tiếp tục phát huy truyền thống của Tổng hội, triển khai thực hiện tốt công tác tư vấn, phản biện, giám định xã hội, tiếp tục nghiên cứu, góp ý kiến vào các văn bản dự thảo như Luật, Nghị định, Thông tư khi các Bộ có đề nghị.

Tiếp tục giám sát việc thực hiện pháp luật ở các cơ sở y tế, giám sát, đánh giá việc thực hiện Quỹ Khám chữa bệnh

Bảo hiểm y tế và kiến nghị các giải pháp để thực hiện Quỹ bảo hiểm xã hội sao cho đạt hiệu quả cao.

Tổng hội tiếp tục kết hợp với Bộ Y tế và các hội thành viên tổ chức các lớp đào tạo liên tục, tập huấn về y đức, y nghiệp cho các hội địa phương, tổ chức hội nghị khoa học thường niên lần thứ 6.

Về công tác xuất bản báo chí, sẽ phát triển, hoàn thiện trang web của Tổng hội, tiếp tục xuất bản Tạp chí Y học Việt Nam 24 số/năm, củng cố và phát triển tạp chí Review Medical 2 số/năm.

Phóng viên: Tạp chí Y học Cộng đồng là thành viên của Tổng hội Y học Việt Nam, xin bà cho biết những đánh giá về hoạt động của Tạp chí và những ý kiến chỉ đạo trong công tác truyền thông và phổ biến những kiến thức y học cũng như những thành tựu mới của ngành Y tế trong và ngoài nước.

PGS. TS. Nguyễn Thị Xuyên: Viện Sức khỏe Cộng đồng cũng như Tạp chí Y học Cộng đồng là thành viên của Tổng hội Y học Việt Nam. Chúng tôi ghi nhận Tạp chí Y học Cộng đồng trong những năm qua đã có nhiều hoạt động tích cực trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cũng như động viên và phổ biến các công trình nghiên cứu khoa học về y tế. Chúng tôi hy vọng trong năm 2017 cũng như những năm tới, Tạp chí Y học Cộng đồng sẽ đạt nhiều thành tích trong công tác của mình đồng thời tăng cường phối hợp với Tổng hội Y học Việt Nam vì mục đích chung, phát triển sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Phóng viên: Xin trân trọng cảm ơn bà.



Gặp mặt tân sinh viên thủ khoa ngành Y, Dược là hoạt động thường niên của Tổng hội Y học Việt Nam



**TRƯỜNG
CAO ĐẲNG
DƯỢC
TRUNG ƯƠNG
HẢI DƯƠNG**

TIÊN PHONG TRONG LĨNH VỰC ĐÀO TẠO DƯỢC SĨ CAO ĐẲNG CHẤT LƯỢNG CAO

Lương Nga

Được phát triển từ Trường Trung cấp Dược (Bộ Y tế), Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương là cơ sở đầu tiên và duy nhất trong hệ thống các trường công lập chuyên đào tạo, bồi dưỡng nguồn nhân lực Dược có trình độ cao đẳng và các trình độ dưới cao đẳng đáp ứng nhu cầu nhân lực ngành Dược cho Ngành Y tế cả nước, đóng vai trò cố vấn, giúp đỡ cho hầu hết các trường Trung cấp, Cao đẳng Y từ Đà Nẵng trở ra có đào tạo Dược sĩ Trung cấp, Dược sĩ Cao đẳng về chương trình, tài liệu, giáo trình, labo thí nghiệm, huấn luyện đội ngũ giảng viên...



Hơn 50 năm xây dựng và phát triển, Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương luôn là cơ sở đào tạo, nghiên cứu khoa học và chuyển giao công nghệ có uy tín về lĩnh vực Dược. Tính đến nay, Trường đã đào tạo được gần 30.000 cán bộ Dược trình Cao đẳng và các bậc thấp hơn cho ngành Y tế Việt Nam và nước bạn Lào, Campuchia... Thương hiệu của Trường được khẳng định. Hiện nay, Trường đã và đang tiên phong trong lĩnh vực đào tạo Dược sĩ Cao đẳng chất lượng cao cho cả nước.

Năm học 2015-2016, được sự chỉ đạo của Bộ Y tế, sự quan tâm của Bộ Giáo dục và Đào tạo, Tỉnh ủy, UBND tỉnh Hải Dương, Thành ủy Hải Dương nên cơ sở vật chất của Trường đã được thay đổi rõ nét, các phòng học và phòng thí nghiệm được bổ sung, máy chuyên dụng, trang thiết bị được đầu tư khá đầy đủ, đáp ứng cho công tác quản lý, giảng dạy và nghiên cứu khoa học.

Trong năm học vừa qua, Trường đã hoàn thiện và đưa vào sử dụng 14 phòng thực hành và phòng chuẩn bị mẫu đạt chuẩn với các trang thiết bị hiện đại (thụ hưởng Dự án tăng cường năng lực phòng thí nghiệm 4,6 tỷ đồng, dự án ADB 1 triệu USD đã triển khai và đưa vào sử dụng). Trường đang hoàn thiện và đưa vào sử dụng tòa nhà 3 tầng (nhà thực hành sản xuất thuốc tốt theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới - WHO) phục vụ thực hành cho học sinh - sinh viên; đang xây dựng tòa nhà 6 tầng làm khu giảng đường - thư viện với tổng kinh phí hàng trăm tỷ đồng. Trang thiết bị được mua sắm và đưa vào sử dụng có hiệu quả 630 trang thiết bị hiện đại thuộc Dự án ADB tại các phòng thực hành, khu

giảng đường và bộ môn, với số tiền trên 20 tỷ đồng. 100% các giảng đường được trang bị máy chiếu projector, các thiết bị trợ giảng, trang bị đầy đủ máy tính có kết nối mạng tại các bộ môn, phòng làm việc và phòng thực hành; triển khai hoạt động có hiệu quả phòng học ngoại ngữ (phòng Lab), nhà thuốc thực hành, đáp ứng được nhu cầu nghiên cứu và học tập của các cán bộ, giảng viên và học sinh - sinh viên. Cải tạo, mở rộng thư viện, đầu tư xây dựng thư viện điện tử, phòng đọc được trang bị nhiều máy tính kết nối mạng; nâng cao chất lượng công tác phục vụ người đọc; bổ sung hơn 3.000 đầu giáo trình, tài liệu tham khảo, sách báo, tạp chí; liên kết kịp thời và hiệu quả với các giảng viên bộ môn trong việc chỉnh lý, sửa chữa và hoàn thiện giáo trình các môn học; cung ứng đầy đủ, kịp thời, có chất lượng các giáo trình, tài liệu giảng dạy cho cán bộ giảng viên và học sinh - sinh viên. Trường hoàn thành cơ bản việc triển khai các thiết bị cho khu thực hành mới thuộc Dự án ADB hai giai đoạn. Bổ sung nguồn sách, tài liệu tham khảo cho thư viện với số tiền hàng trăm triệu đồng. Biên soạn tài liệu giảng dạy và tài liệu tham khảo cho học sinh - sinh viên. Tất cả các môn học đều có tài liệu, giáo trình. Các giáo trình của Trường đều đảm bảo chất lượng, được các chuyên gia trong ngành đánh giá cao và được in tại Nhà xuất bản Giáo dục. Triển khai ứng dụng công nghệ thông tin vào quản lý và đào tạo (mạng LAN trang Website, phần mềm quản lý, ...).

Với quy mô đào tạo trên 3.000 học sinh - sinh viên, năm học 2015-2016 nhà trường đã tuyển sinh khóa mới được 1.275 sinh viên, trong đó hệ Cao đẳng chính quy: 650 sinh



Giờ học thực hành của sinh viên

viên, hệ Cao đẳng liên thông: 325 sinh viên, hệ trung cấp: 300 sinh viên. Trong năm học này, trên 1000 sinh viên các hệ đào tạo tại trường cũng đã tốt nghiệp ra trường. Học sinh – sinh viên của Trường tốt nghiệp ra trường đa số có việc làm ngay và được các cơ sở sử dụng đánh giá tốt về trình độ chuyên môn cũng như khả năng thích ứng với thực tế.

Để đảm bảo được năng lực sinh viên ra trường, Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương đã tăng cường chất lượng đào tạo của nhà trường, do vậy tỷ lệ học sinh – sinh viên có việc làm sau tốt nghiệp rất cao, đặc biệt được các cơ sở sử dụng lao động đánh giá đạt được những kiến thức, kỹ năng, thái độ trong thực hành nghề nghiệp. Nhà trường đã tổ chức lấy thông tin phản hồi của những cơ sở sử dụng lao động trong quá trình đưa các em đi thực tế tốt nghiệp và đợt tổ chức hội thảo khoa học tại Trường. Kết quả học tập của học sinh – sinh viên: giỏi 15%, khá 35%, trung bình khá 30%, trung bình 18%, yếu 2%. Kết quả rèn luyện của học sinh – sinh viên: xuất sắc 4,2%; tốt 30,3%; khá 47,0%; trung bình khá 15,6%; trung bình 2,9%.

Dĩ nhiên, chất lượng nguồn nhân lực đào tạo gắn liền với chất lượng đội ngũ giáo viên và chương trình học gắn với thực tiễn. Trường luôn chú trọng công tác xây dựng và đào tạo, bồi dưỡng, nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ viên chức, giảng viên. Hiện nay trường có tổng số cán bộ viên chức và giảng viên là 125 người. Trong đó, có 106 giảng

cứu khoa học... Chương trình giảng dạy cũng luôn được đổi mới, bổ sung những kiến thức y học mới cũng như phương pháp giảng dạy mới. Nhà trường đã hoàn thiện chương trình đào tạo cho các đối tượng, mã ngành; số học phần, số tín chỉ đã ổn định (đối tượng Cao đẳng chính quy: 38 học phần; Cao đẳng liên thông: 32 học phần). Chất lượng các chương trình đã được hội đồng nghiệm thu của Trường đánh giá tốt, đang được nhà trường tổ chức tự đánh giá, kiểm định. Tất cả các học phần đều có giáo trình, bài giảng, tài liệu, học liệu ổn định và đảm bảo chất lượng. Hàng năm, nhà trường có hội đồng thẩm định giáo trình để xem xét, điều chỉnh giáo trình cho phù hợp.

Không chỉ tập trung cho công tác đào tạo, Nhà trường còn có nhiều hoạt động nghiên cứu khoa học, kết hợp đào tạo với nghiên cứu khoa học, lao động sản xuất. Năm học 2015-2016, trường có 12 đề tài và sáng kiến kinh nghiệm cấp cơ sở được nghiệm thu có giá trị khoa học và thực tiễn với tổng kinh phí trên 500 triệu đồng và đang thực hiện 01 đề tài nghiên cứu khoa học cấp tỉnh, tham gia thực hiện 01 nghiên cứu của dự án ADB được đánh giá tốt. Trong năm học, trường đã tổ chức nhiều hội thảo như Hội thảo "Đánh giá thực trạng nhu cầu đào tạo và sử dụng nhân lực Dược trình độ Cao đẳng hiện nay"; Hội thảo "Đánh giá về đào tạo giữa nhà trường và cơ sở thực hành của sinh viên" (bệnh viện, trung tâm, công ty, phòng nghiệp vụ Dược); Hội thảo "Phương pháp giảng dạy theo học chế tín chỉ"... Tổ chức Hội thi Giáo viên dạy giỏi cấp trường, 100% Giảng viên đạt Giáo viên dạy giỏi. Cử một giảng viên tham dự hội thi Giáo viên dạy giỏi TCCN toàn quốc năm 2015 đạt giải ba. Tổng kết năm học, trường có 25% giảng viên tham gia nghiên cứu khoa học, có sáng kiến cải tiến; hơn 85% tham gia biên soạn giáo trình, tài liệu giảng dạy, chế tạo mô hình học cụ được nghiệm thu; có 55% số HSSV tham gia các hội thi chuyên môn cấp cơ sở (thi học sinh, sinh viên giỏi, thi Olympic các môn khoa học Mác – Lê nin và tư tưởng Hồ Chí Minh, thi SV...) đạt kết quả khá trở lên. Năm 2016, Nhà trường bắt đầu đưa Trung tâm nghiên cứu – sản xuất – kinh doanh – dịch vụ vào hoạt động. Cán bộ, giảng viên và sinh viên sẽ được thực hành và làm ra sản phẩm thuốc, thực phẩm chức năng theo tiêu chuẩn thực hành sản xuất thuốc tốt của WHO từ những kết quả của các đề tài nghiên cứu khoa học của trường.

Với những nỗ lực không ngừng, trong thời gian qua Trường đã vinh dự đạt được nhiều danh hiệu cao quý như: danh hiệu Tập thể lao động xuất sắc, được tặng Cờ thi đua xuất sắc của Bộ Y tế; được Chủ tịch nước tặng Huân chương Lao động hạng Nhất; được Chủ tịch UBND tỉnh Hải Dương tặng Bằng khen; được Tỉnh ủy Hải Dương tặng Bằng khen và tặng Bức thư nhân dịp kỷ niệm ngày truyền thống nhà trường...



TS. Nguyễn Thị Hương - Hiệu trưởng Nhà trường phát biểu tại lễ mít tinh kỷ niệm ngày Nhà giáo Việt Nam

viên cơ hữu, trên 60% giảng viên có trình độ sau đại học. Nhà trường có chế độ khuyến khích giảng viên trẻ đi học tập nâng cao trình độ, đồng thời, quan tâm bồi dưỡng, quy hoạch, bổ nhiệm, hình thành đội ngũ cán bộ quản lý cấp phòng, bộ môn trẻ, có trình độ. Cử nhiều giảng viên tham dự các lớp tập huấn theo chương trình dự án để đào tạo về phương pháp giảng dạy dựa trên năng lực, viết mục tiêu bài học, viết câu hỏi lượng giá, viết bài báo, phương pháp nghiên

BV ĐA KHOA THỐNG NHẤT ĐỒNG NAI: PHỤC VỤ NGƯỜI BỆNH LÀ MỤC TIÊU PHÁT TRIỂN

Quỳnh Nga

Được biết đến là bệnh viện lớn nhất tại tỉnh Đồng Nai, Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai tự hào là nơi cung cấp các dịch vụ y tế có chất lượng cao và luôn mang đến sự hài lòng cho người dân khi đến đây khám và chữa bệnh. Là bệnh viện hạng I của tỉnh Đồng Nai có số nhân viên lên tới hơn một nghìn người, Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai đã đạt nhiều thành tích nổi bật trong nhiều năm qua cả về kỹ thuật y học và y đức với người bệnh.



Bệnh nhân hồi phục sức khỏe sau khi được đặt stent graft ở động mạch chủ bụng

Với phương châm hoạt động lấy sự hài lòng của người bệnh làm thước đo thành công, Bệnh viện đã tập trung vào việc tăng cường các giải pháp nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bao gồm: Nâng cao tinh thần, thái độ trong các đơn vị sự nghiệp y tế và các quy định về y đức; cải tiến quy trình khám bệnh, xét nghiệm, phát thuốc, thanh toán viện phí; cải tạo sửa chữa cơ sở hạ tầng, hệ thống nhà vệ sinh toàn bệnh viện, đặc biệt khoa Khám bệnh; lắp đặt hệ thống camera toàn bệnh viện nhằm đảm bảo an ninh trật tự và giám sát công tác khám chữa bệnh; tăng cường thêm các phòng khám, bố trí thêm

nhân lực tại các buồng khám. Tự hào với truyền thống của Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất anh hùng, mỗi CBVC-LĐ bệnh viện càng ý thức được những trách nhiệm vô cùng nặng nề trong thời gian tới: phải không ngừng nỗ lực trong lao động, rèn luyện nâng cao trình độ chuyên môn và tinh thần thái độ phục vụ người bệnh để Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai luôn xứng đáng với sự tin tưởng, kỳ vọng của các cấp lãnh đạo, và của nhân dân.

Định hướng phát triển của Bệnh viện từ nay đến 2020 là hướng tới xây dựng một bệnh viện hoàn thiện theo mô hình bệnh viện khách sạn, bệnh viện công viên thực hiện tốt hơn nữa công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe của nhân dân. Đầu tư nâng cấp cơ sở hạ tầng: củng cố, hoàn thiện một Bệnh viện Đa khoa hạng I hoàn chỉnh. Cải tạo và quy hoạch lại bệnh viện tạo nên một tổng thể kiến trúc hài hòa với môi trường xung quanh, thân thiện với mọi người, thích hợp với các quy trình tác nghiệp chuyên môn và nâng cao hiệu quả điều trị. Kiện toàn tổ chức, tăng cường đào tạo cán bộ; đào tạo đội ngũ cán bộ có trình độ chuyên môn cao, quản lý giỏi, có bản lĩnh. Dự kiến từ nay đến 2015 thành lập các khoa, phòng mới theo đúng tiêu chuẩn bệnh viện hạng I; tăng cường công tác điều hành quản lý; quản lý bệnh viện bằng công nghệ thông tin, quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn ISO 9001: 2008, quản lý môi trường theo tiêu chuẩn ISO 14001: 2004.

Mở rộng hợp tác phát triển khoa học công nghệ, đào tạo nghiên cứu khoa học; hợp tác với các bệnh viện tuyến trên chuyên giao công nghệ kỹ thuật, mở rộng hợp tác quốc tế, đào tạo cán bộ chuyên sâu, tăng cường công tác nghiên cứu khoa học; thường xuyên giáo dục y đức cho cán bộ viên chức và



người lao động; đẩy mạnh công tác xã hội hóa trong khám chữa bệnh; quan tâm công tác đền ơn đáp nghĩa, chăm sóc cho người nghèo; chăm lo đến đời sống cán bộ viên chức và người lao động.

Thời gian qua, Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai đang ngày càng phát triển về trình độ y bác sĩ, trang thiết bị. Ngày 27/9/2016 chị Đặng Thị V đã đến Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai khám bệnh vì lý do đau bụng và khó thở, nhất là khi nằm. Sau thăm khám và siêu âm được chẩn đoán ban đầu có 1 khối u rất lớn trong ổ bụng, nghi khối u buồng trứng. Chị V. được bác sĩ cho nhập viện vào khoa Sản II.

Sau khi đã hội chẩn và có sự chuẩn bị phối hợp với các khoa liên quan, ngày 30/9/2016 Chị V. được kịp mổ khoa sản II tiến hành phẫu thuật. Trong phẫu thuật do khối u quá lớn, choán hết ổ bụng, nhiều mạc nối lớn bám dính vào khối u, mạch máu tăng sinh nên cũng gặp khó khăn, phải chọc hút bớt dịch để làm giảm kích thước khối u giúp thuận lợi cho phẫu thuật và lấy được khối u ra khỏi thành bụng. Ca mổ thành công sau 1 giờ 15 phút. Trọng lượng khối u cả phần dịch và mô đặc là 12 kg. Để phục vụ cho những ca mổ xâm lấn tối thiểu như Phẫu thuật cột sống xâm lấn tối thiểu (XLTT) để giải phóng chèn ép thần kinh, hàn xương liên thân đốt sống qua lỗ liên hợp và nẹp vít chân cung qua da với hệ thống Sextant.

Hiện nay tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai đã có đầy đủ cơ sở trang thiết bị như C-Arm, Bàn mổ xuyên tia, Khoan mài cao tốc, Kính vi phẫu, Hệ thống Sextant và hệ thống MeTRx...; về nhân lực thì đội ngũ bác sĩ Khoa Ngoại

thần kinh đã có kinh nghiệm trong mổ mở cột sống và đã thực hiện hàng trăm case bom cement tạo hình thân sống qua da, đây cũng là một phẫu thuật cột sống xâm lấn tối thiểu để điều trị bệnh gãy xẹp đốt sống do loãng xương.

Sự tạo điều kiện của Ban Giám đốc cùng với sự giúp đỡ tận tình của các chuyên gia cột sống tuyến trên, Khoa Ngoại thần kinh Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai đã triển khai và thực hiện kỹ thuật phẫu thuật cột sống xâm lấn tối thiểu để phục vụ cho bệnh nhân ngày càng tốt hơn. Qua những thành tích và kinh nghiệm mà bệnh viện đạt được, đây sẽ là những bài học quý giá cho đội ngũ lãnh đạo và đội ngũ y bác sĩ trong Bệnh viện, dựa trên những thành công và kinh nghiệm đó để ngày một phát triển hơn nữa.

Bác sĩ CKII Phạm Văn Dũng, Giám đốc Bệnh viện cho biết: “Bệnh viện luôn nhận được sự chỉ đạo kịp thời của Sở Y tế, sự quan tâm giúp đỡ của UBND tỉnh, của Bộ Y tế, các cơ quan ban ngành trong tỉnh. Chúng tôi là một đơn vị có tập thể cán bộ, nhân viên sẵn có truyền thống đoàn kết, chăm sóc người bệnh tốt, luôn cầu tiến và tích cực. Lãnh đạo Bệnh viện thường xuyên chú trọng việc đào tạo để có được một đội ngũ CBVC – LĐ mạnh cả về chính trị, chuyên môn và trình độ quản lý. Quy chế Dân chủ luôn được Đảng bộ quan tâm lãnh đạo tạo nên sức mạnh tổng hợp của Đảng với chính quyền và các tổ chức quần chúng. Về trang thiết bị hiện đại, chúng tôi từng bước đầu tư (từ nhiều nguồn) để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và đáp ứng nhu cầu điều trị của nhân dân. Quản lý kinh tế trong y tế của bệnh viện được quan tâm triệt để nên đạt hiệu quả cao trong sử dụng”.



Tạp chí “Y HỌC CỘNG ĐỒNG” xuất bản 06 số/năm, đăng tải các công trình nghiên cứu, các bài tổng quan về Y, Dược học cộng đồng, sức khỏe môi trường, y sinh học và y xã hội học, những thông tin Y-Dược học trong nước và quốc tế, thông tin về nghiên cứu và đào tạo.

I. Một số yêu cầu về bài đăng công trình nghiên cứu khoa học.

1. Bài gửi đăng công trình nghiên cứu khoa học chưa đăng ở bất kỳ tạp chí quốc gia nào.

2. Các thuật ngữ thống nhất theo từ điển Bách khoa Việt Nam.

Bài gửi đăng đánh máy bằng tiếng Việt, rõ ràng, cách dòng, một bài không dài quá 7 trang khổ A4, kể cả bảng biểu và tài liệu tham khảo. Chỉ sử dụng những bảng, biểu, hình ảnh cần thiết và phải có chú thích rõ. Mỗi bài viết không quá 5 hình. Cuối bài phải nêu rõ xuất xứ của công trình, làm tại đâu, thời gian, số điện thoại cần liên hệ, địa chỉ Email.

3. Các danh từ tiếng Việt nếu dịch từ tiếng nước ngoài viết kèm theo tiếng nước ngoài. Các chữ viết tắt phải có chú thích các từ gốc của các chữ viết tắt.

4. Trình tự các mục trong bài:

a) Đầu đề

b) Họ và tên tác giả: Không ghi học hàm, học vị, chức danh. Có ghi chú đơn vị công tác của từng tác giả ở cuối trang thứ nhất bài báo.

c) Nội dung:

Tóm tắt tiếng Việt và tiếng Anh (tối đa 150 từ). Ghi từ khóa tiếng Việt và tiếng Anh.

Đặt vấn đề: bao gồm cả phần mục tiêu nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu và bàn luận.

Kết luận.

Tài liệu tham khảo

d) Tài liệu tham khảo (không quá 10 tài liệu)

Đánh số thứ tự tài liệu tiếng Việt (vẫn ABC theo tên tác giả) sau đó đến tài liệu tiếng Anh, tiếng Pháp, tiếng Đức, tiếng Nga (vẫn ABC theo họ)... Mỗi tài liệu để họ, tên tác giả, tên bài, tên tạp chí, năm xuất bản, số trang. Tên sách: tên tác giả, tên nhà xuất bản, năm xuất bản, số trang.

Ví dụ: 1. Vũ Triệu An, Nguyễn Ngọc Lan: Điều tra HLA ở bộ tộc người Êđê, Y học thực hành, 1999, 4,17-25. 2. Wright P, Krishnakone P, Kobayashi A: “Using Immunoglobulin in treatment of Asthma”. J.of Internet. Immunol., 2005,17,19-20.

5. Tác giả cần gửi kèm một thư xác định bài báo là của mình, thêm: “Tôi cam đoan chịu trách nhiệm hoàn toàn về sự xác thực của các thí nghiệm, các tin tức, các tư liệu thu thập được và sự phân tích các dữ kiện, bài viết này chưa được gửi đăng ở báo nào khác”. Tác giả sẽ chịu trách nhiệm trước công luận và độc giả về quyền tác giả và nội dung gửi bài đăng.

Mỗi tác giả đứng tên đầu của bài báo chỉ được đăng tối đa một bài trong cùng một số.

II. Đối với các bài tổng quan, thông tin, bài dịch.

- Đối với các bài tổng quan cần có đầy đủ các tài liệu tham khảo và nguồn số liệu đã được trích dẫn trong bài. Tác giả bài tổng quan ghi rõ chức danh, học hàm, học vị, chuyên ngành, cơ quan và hội chuyên khoa ở phần ghi chú cuối trang đầu tiên của bài tổng quan. Bài tổng quan cũng được đánh máy trên khổ A4 và không dài quá 7 trang kể cả biểu bảng và tài liệu tham khảo.

- Các thông tin, bài dịch cần ghi rõ xuất xứ của nguồn dữ liệu. Đối với bài dịch cần chụp toàn văn bài báo tiếng nước ngoài gửi kèm theo bản dịch.

III. Lệ phí đăng bài khoa học: 800.000 đồng/bài (tám trăm nghìn đồng), gửi về tài khoản: Tạp chí Y học Cộng đồng: 0861100688668, Ngân hàng TMCP Quân đội, chi nhánh Ba Đình, Hà Nội.

Bài viết xin gửi về Ban biên tập TẠP CHÍ Y HỌC CỘNG ĐỒNG

Địa chỉ: số 24 Liễu Giai, Ba Đình, Hà Nội.

Điện thoại: 043 7621898 - Fax: 043 7621899

Email: tapchihcd@gmail.com

Xuân 2017

HAPPY NEW YEAR



TRƯỜNG CAO ĐẲNG
DƯỢC TRUNG ƯƠNG HẢI DƯƠNG



CHÚC MỪNG NĂM MỚI

Sức khỏe - Hạnh phúc - Thành đạt

SỐ 324 NGUYỄN LƯƠNG BẰNG, TP HẢI DƯƠNG

Điện thoại: 0320.3.890.486 - Fax: 0320.3.890.486 - Hotline: 0320.3890.944

Email: caodangduoctwhd@moet.edu.vn - website: <http://www.duoc-tu-hd.edu.vn>



VIỆN AN TOÀN THỰC PHẨM CHỨC NĂNG
VÀ DINH DƯỠNG ỨNG DỤNG

INSTITUTE FOR FUNCTIONAL FOOD SAFETY AND APPLIED NUTRITION



ThS. BS. Lê Đình Phan
Phó viện trưởng



2017
Happy new year

*Chúc tết đến trăm điều như ý
Mừng xuân sang vạn sự thành công*

Số 11 Võ Văn Dũng - Đống Đa, Hà Nội

Chúc Mừng Năm Mới 2017



**BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TỈNH BÌNH DƯƠNG**

Kính chúc Quý khách năm mới

**Sức khỏe
An Khang
Thịnh Vượng**



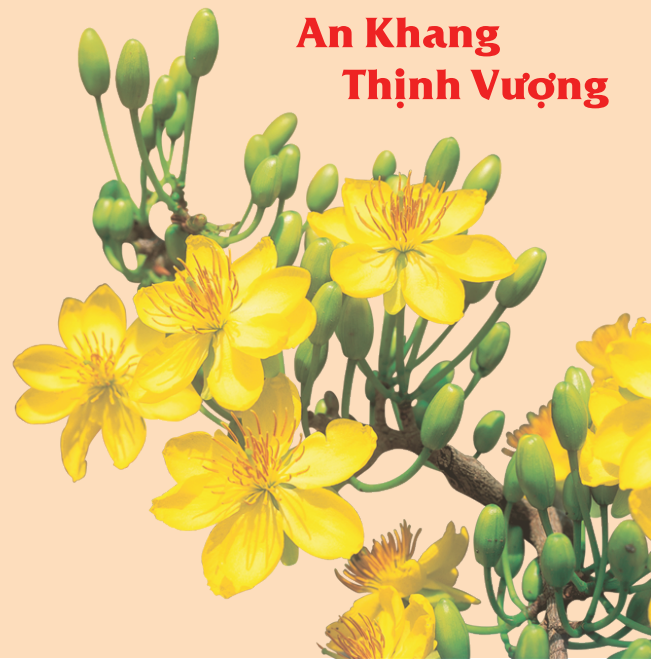
Số 5 Phạm Ngọc Thạch - Hiệp Thành -
Thủ Dầu Một - Bình Dương

Điện thoại: 0650.3.822.920

Fax: 0650.3.828.710

Website: www.benhvienbinhduong.org.vn

TS. Văn Quang Tân
Giám đốc Bệnh viện



Chúc Mừng Năm Mới

HAPPY NEW YEAR

2017

CÔNG TY CỔ PHẦN PHÁT TRIỂN Y KHOA HÀ NỘI
HANMED CO.,JSC

Điện thoại: 043.115.156

Đ/c: CT4C - khu đô thị Xa La - phường Phúc La - Hà Đông - Hà Nội

medicom

MEDICOM MEDICAL TECHNOLOGY

24 Liễu Giai - Ba Đình - Hà Nội

CÔNG NGHỆ MANG TÍNH NHÂN BẢN

Chúc mừng năm mới!

Tel: 043 832 5656

Email: info@medicomgroup.vn

Website: <http://medicomgroup.vn>

Chúc Mừng Năm Mới



BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỐNG NHẤT ĐỒNG NAI

Hệ thống trang thiết bị y tế hiện đại: Máy chụp MRI, CT-Scanner, các máy xét nghiệm sinh hóa, miễn dịch, vi sinh, máy sinh học phân tử PCR, máy siêu âm 4 chiều, hệ thống phòng mổ áp lực hiện đại ...

Thực hiện hệ thống quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn ISO 9001:2008 và hệ thống quản lý chất lượng môi trường sinh thái ISO 14001:2004

Thành tựu: Danh hiệu Anh hùng lao động thời kỳ đổi mới, Huân chương Độc lập hạng Ba, cùng nhiều bằng khen của UBND tỉnh, Bộ Y tế...



**Giám đốc: BSKII
Phạm Văn Dũng**

2017

Kính chúc quý khách cùng gia đình một năm mới

*An Khang - Thịnh vượng
và Hạnh Phúc*

Số 234 QLộ IA, Phường Tân Biên, Biên Hòa, Đồng Nai
ĐT: 0613883660 - Email: bvtn@bvthongnhatdn.vn - Website: www.bvthongnhatdn.vn