

Y HỌC**CỘNG ĐỒNG****JOURNAL OF
COMMUNITY
MEDICINE**

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



TR9. TÌNH HÌNH BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐỒNG BÀO DÂN TỘC KHMER, TỈNH TRÀ VINH

TR36. XÁC ĐỊNH CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TRẺ SƠ SINH NHE CÂN CỦA CÁC SẢN PHỤ ĐẾN SINH TẠI TRUNG TÂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TỈNH BÌNH DƯƠNG

TR55. THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN VỆ SINH CƠ SỞ VÀ TRANG THIẾT BỊ DỤNG CỤ CHẾ BIẾN CỦA MỘT SỐ CƠ SỞ KINH DOANH DỊCH VỤ ĂN UỐNG TẠI HÀ NỘI NĂM 2013

TR141. TỶ LỆ SA SÚT TRÍ TUỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ QUY NHƠN TỈNH BÌNH ĐỊNH NĂM 2015



Số: 37 tháng 3+4/2017

Kiến thức về phòng chống bệnh tăng huyết áp của người cao tuổi đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh	5	HỘI ĐỒNG CỐ VẤN
Trần Văn Hưởng, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Văn Tập, Nguyễn Quỳnh Trúc		GS.TS. Lê Bách Quang (Chủ tịch)
Tình hình bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi đồng bào dân tộc Khmer, tỉnh Trà Vinh	9	GS.TS. Đỗ Tất Cường
Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Văn Tập, Trần Văn Hưởng, Lê Thị Ngọc		GS.TS. Đào Văn Dũng
Tỷ lệ béo phì ở người dân tp Thủ Dầu Một theo phân loại BMI của WHO và theo tiên đoán tỷ lệ chất béo của Gallagher	14	GS.TS. Dunne Michael
Lục Duy Lạc, Nguyễn Văn Chinh		GS.TS. Đặng Tuấn Đạt
Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi và các yếu tố liên quan tại thị xã Thuận An tỉnh Bình Dương năm 2016	20	GS.TS. Phạm Ngọc Đỉnh
Võ Nguyên Diễm Thy, Bùi Minh Hiền, Trần Văn Hưởng		GS.TS. Lương Xuân Hiến
Tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ và chiều dài cân nặng của trẻ sơ sinh tại tỉnh Bình Dương năm 2012 - 2013	26	GS.TS. Vương Tiến Hòa
Văn Quang Tân, Phạm Ngọc Thủy, Trần Văn Hưởng		GS.TS. Phạm Văn Thức
Liên hệ giữa cân nặng bà mẹ và cân nặng trẻ khi sinh	32	TỔNG BIÊN TẬP
Từ Tấn Thứ, Văn Quang Tân, Bùi Minh Hiền, Trần Văn Hưởng		Đào Văn Dũng
Xác định các yếu tố liên quan đến trẻ sơ sinh nhẹ cân của các sản phụ đến sinh tại Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Dương	36	PHÓ TỔNG BIÊN TẬP
Bùi Minh Hiền, Võ Nguyên Diễm Thy, Trần Văn Hưởng		Trần Quốc Thắng
Thực trạng, các yếu tố liên quan và giải pháp can thiệp thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học tại thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương	41	BAN BIÊN TẬP
Phạm Ngọc Thủy, Văn Quang Tân, Trần Văn Hưởng		Phạm Ngọc Châu (Trưởng ban)
Thực trạng và một số đề xuất nhằm nâng cao hiệu quả của mạng lưới cán bộ dinh dưỡng cộng đồng tỉnh Bình Dương năm 2012	50	Nguyễn Xuân Bái
Lê Tăng Tú Mỹ, Võ Thị Kim Anh, Bùi Minh Hiền, Từ Tấn Thứ		Đỗ Hòa Bình
Thực trạng điều kiện vệ sinh cơ sở và trang thiết bị dụng cụ chế biến của một số cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống tại Hà Nội năm 2013	55	Phạm Văn Dũng
Nguyễn Thị Thủy Dương, Cao Thị Hoa, Trần Văn Hưởng, Nguyễn Hùng Long		Trần Văn Hưởng
Kiến thức - thái độ - thực hành về phòng chống HIV/AIDS của đối tượng nông dân tham gia tập huấn về phòng, chống HIV/AIDS Bình Dương năm 2011	60	Phạm Vũ Khánh
Nguyễn Kiều Uyên, Bùi Minh Hiền, Trần Văn Hưởng		Nguyễn Văn Lành
Tình hình sơ cứu ban đầu tai nạn thương tích tại thành phố Huế năm 2011 - 2012	67	Lê Đình Phan
Trần Bùi, Trần Văn Hưởng, Nguyễn Văn Tập		Hoàng Cao Sạ
Nghiên cứu tình hình tử vong tại huyện Dầu Tiếng năm 2011	72	Đinh Ngọc Sỹ
Trần Tấn Tài, Trần Văn Hưởng		Văn Quang Tân
Nhu cầu khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị	77	Võ Văn Thanh
Nguyễn Văn Tập, Lê Hoài Nam, Trần Văn Hưởng, Lê Thị Ngọc		Trần Nhân Thắng
Mô hình bệnh tật người cao tuổi tại huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị	81	Võ Văn Thắng
Lê Hoài Nam, Trần Văn Hưởng, Nguyễn Văn Tập		Phạm Văn Thao
		Ngô Văn Toàn
		Nguyễn Xuân Trường
		Nguyễn Anh Tuấn
		Hoàng Tùng
		BAN THƯ KÝ
		Nguyễn Kim Phượng (Trưởng ban)
		Nguyễn Văn Chuyên
		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

Tình hình tàn tật trên bệnh nhân phong và một số yếu tố liên quan tại hai tỉnh Đồng Nai và Bình Phước	87
Nguyễn Văn Hai, Trần Văn Hưởng, Nguyễn Văn Tập	
Thực trạng nạo phá thai và các yếu tố liên quan ở trẻ vị thành niên thanh niên đến phá thai tại Trung tâm chăm sóc SKSS Bình Dương	92
Võ Thị Kim Anh, Phạm Ngọc Thuỷ, Bùi Minh Hiền, Từ Tấn Thứ,	
Ảnh hưởng của bệnh hen phế quản trẻ em với mức độ lo lắng trầm cảm và chất lượng cuộc sống của phụ huynh	97
Nguyễn Hồng Chương, Từ Tấn Thứ, Bùi Minh Hiền, Võ Thị Kim Anh	
Chất lượng rượu truyền thống, tỉ lệ và các yếu tố liên quan đến rối loạn sử dụng rượu bia ở nam giới tại thị trấn Thái Hòa, huyện Tân Uyên, tỉnh Bình Dương năm 2013	105
Trần Minh Hoàng, Trần Văn Hưởng	
Sự hài lòng của người bệnh tại phòng khám bác sĩ gia đình, Bệnh viện quận 2 thành phố Hồ Chí Minh	112
Trần Văn Khanh, Phạm Lê An, Nguyễn Quỳnh Trúc, Đinh Văn Quỳnh, Nguyễn Văn Tập	
Liên quan giữa vectơ truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue, sốt rét với biến đổi khí hậu tại tỉnh Gia Lai	117
Nguyễn Trọng Chính, Nguyễn Văn Chuyên, Nguyễn Văn Ba, Nguyễn Bá Tùng	
Đặc điểm gen kháng thuốc của ký sinh trùng sốt rét khu vực Tây Nguyên	123
Nguyễn Văn Chuyên, Nguyễn Văn Ba, Nguyễn Bá Tùng, Nguyễn Trọng Chính	
Mô hình kết hợp quân dân Y tại xã Ia- Púch, Gia Lai	129
Nguyễn Minh Hưng, Nguyễn Văn Ba, Nguyễn Văn Chuyên, Nguyễn Trọng Chính	
Hệ thống giới hạn - sửa đổi R-M IIG hỗ trợ cho việc tạo ra các protein có tính đặc hiệu mới	135
Lê Thị Kim Tuyến	
Tỷ lệ sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại thành phố Quy Nhơn tỉnh Bình Định năm 2015	141
Trần Kỳ Hậu, Đoàn Vương Diễm Khánh	
Thực trạng sức khỏe người lao động tại 10 doanh nghiệp thuộc 7 khu công nghiệp tỉnh Đồng Nai, năm 2013	148
Phạm Văn Dũng, Phạm Văn Thảo, Đào Văn Dũng	
Đặc điểm sử dụng chất gây nghiện trên bệnh nhân điều trị Methadone ở giai đoạn duy trì tại thành phố Đà Nẵng năm 2016	153
Luu Minh Châu, Lê Thị Hường	
Thực trạng khả năng cung ứng của các cơ sở cung cấp dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng	157
Nguyễn Ngọc Hà, Nguyễn Tuyết Xương, Nguyễn Anh Dũng, Võ Thanh Quang	
Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gò má nhô có sử dụng khung định vị hướng dẫn	165
Nguyễn Văn Long, Trần Ngọc Quảng Phi, Nguyễn Bắc Hùng, Vũ Ngọc Lâm	
Khảo sát bước đầu về rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan ở đồng bào dân tộc Khmer từ 25 đến 64 tuổi, tại 3 xã tỉnh Trà Vinh	170
Huỳnh Hải Bằng, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Văn Tập	
Đánh giá tác động hệ thống giám sát, xét nghiệm HIV sau 10 năm thực hiện luật phòng chống HIV/AIDS	175
Lê Thị Hường, Lưu Minh Châu	

Điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh tỉnh Ninh Bình năm 2015	180
Ngô Thanh Bình, Đặng Thị Văn Quý	
Thực trạng nhân lực, trang thiết bị đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Khánh tỉnh Ninh Bình năm 2015	184
Phạm Văn Trọng, Ngô Thanh Bình	
Đặc điểm nhân khẩu học và một số hành vi chăm sóc sức khỏe sinh sản ở những phụ nữ đình chỉ thai từ 13 đến 22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, 2015-2016	187
Vũ Văn Du, Nguyễn Thị Hiền	
Tình trạng dinh dưỡng của sinh viên khoa Y dược - Đại học Quốc gia Hà Nội	192
Nguyễn Thành Trung, Nguyễn Ngô Quang, Nguyễn Hoàng Long	
Khả năng cung cấp hoạt động đào tạo liên tục về y học cổ truyền tại tỉnh Thanh Hóa 2015	197
Nguyễn Ngô Quang, Nguyễn Thành Trung, Nguyễn Hoàng Long	
Thực trạng vệ sinh trường học tại 2 trường tiểu học, huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam	203
Dương Văn Tú, Nguyễn Trường Yên	
Thực trạng cán bộ y tế vận chuyển cấp cứu chuyển tuyến bệnh nhi, từ các Bệnh tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013	208
Lê Thanh Hải, Lê Bá Tuấn, Đỗ Mạnh Hùng	
Tỷ lệ vận chuyển không an toàn, tử vong trước 24 giờ nhập viện ở các trường hợp chuyển tuyến cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013	212
Lê Bá Tuấn, Lê Thanh Hải, Phạm Ngọc Toàn, Đỗ Mạnh Hùng	
Thực trạng trang thiết bị cho công tác vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013	216
Đỗ Mạnh Hùng, Lê Thanh Hải, Lê Bá Tuấn	
Ảnh hưởng xử trí trước viện đến tử vong trong 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2013	220
Phan Thị Ngọc Lan, Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng	
Tử vong sau 24 giờ nhập viện ở các trường hợp vận chuyển cấp cứu bệnh nhi từ Y tế tuyến xã, tuyến huyện đến Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái năm 2016	224
Lê Thanh Hải, Phạm Ngọc Toàn, Đỗ Mạnh Hùng	
Đánh giá kỹ năng xử trí của cán bộ Y tế trong quá trình vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu từ bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013	228
Phạm Ngọc Toàn, Lê Thanh Hải, Lê Bá Tuấn, Đỗ Mạnh Hùng	
Tìm hiểu mối liên quan giữa đặc điểm bệnh nhi và tính an toàn trong vận chuyển ở các trường hợp chuyển tuyến cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013	233
Lê Bá Tuấn, Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng	
Ảnh hưởng trình độ, kinh nghiệm kỹ năng xử trí của cán bộ y tế đến tính an toàn trong vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013	238
Đỗ Mạnh Hùng, Lê Thanh Hải, Lê Bá Tuấn	
Kiến thức, hành vi và vấn đề sức khỏe liên quan đến người dân tiếp xúc hoá chất bảo vệ thực vật ở huyện Tân Hưng, tỉnh Long An	242
Nguyễn Hồng Lập, Nguyễn Văn Tập, Nguyễn Thanh Bình	

Kiến thức về phòng chống bệnh tăng huyết áp của người cao tuổi đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh

Trần Văn Hưởng¹, Nguyễn Thanh Bình², Nguyễn Văn Tập², Nguyễn Quỳnh Trúc²

TÓM TẮT

Theo Bộ Y tế, tính đến năm 2030, số người từ 60 tuổi trở lên ở Việt Nam chiếm 18,3% dân số. Ở người cao tuổi, tỷ lệ mắc cao tăng huyết áp và những bệnh không lây khác, ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và làm giảm tuổi thọ. Mục tiêu khảo sát kiến thức về dự phòng và điều trị bệnh tăng huyết áp cho người cao tuổi đồng bào Khmer. Nghiên cứu điều tra ngang ở 134 người. Kết quả cho thấy tỷ lệ nữ 47,7% và nam là 52,3%. Người dân kiến thức đúng về triệu chứng bệnh 39,5%, hậu quả của bệnh 27,6%, yếu tố nguy cơ 26,1%, cách điều trị 42,5% phòng bệnh 23,1%. Tỷ lệ người dân có kiến thức chung đúng là 21,0%. Có 53,7% người dân nhận được thông tin y tế về bệnh tăng huyết áp. Tỷ lệ nguồn nhận thông tin cao nhất từ nhân viên y tế 35,8%.

Từ khóa: Kiến thức, người cao tuổi, đồng bào dân tộc Khmer, dịch tễ học.

ABSTRACT

The study was conducted in 134 elderly Khmer people in Tra Vinh province to learn about disease prevention knowledge of hypertension in elderly Khmer people. The results showed that, the percentage of women and men is 47.7% 52.3%. The proportion of older persons as primary education is 19.4%, 56.7% agricultural workers. The people of correct knowledge about symptoms of 39.5%, 27.6% consequences of the disease, risk factors 26.1%, 42.5% a preventive treatment 23.1%. The proportion of people with the right knowledge is 21.0% overall. 53.7% of people have received medical information about hypertension. The share of the highest received information from medical personnel 35.8%.

Keywords: Knowledge, elders, ethnic Khmer,

epidemiology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới năm 2014, tỷ lệ tăng huyết áp tại khu vực Đông Nam Á là 24,7%, cao hơn so với toàn cầu 22,2% và là khu vực có tỷ lệ tăng huyết áp cao thứ hai chỉ sau châu Phi [1]. Phân tích tổng hợp 55 nghiên cứu can thiệp đa yếu tố nguy cơ về phòng bệnh tim mạch cho thấy can thiệp bằng tư vấn và giáo dục nâng cao kiến thức, thay đổi hành vi nguy cơ có hiệu quả trong giảm tỷ lệ mắc và tử vong do bệnh tăng huyết áp gây ra [2]. Đồng bào dân tộc Khmer cư trú tập trung trong các phum sóc, thường cách xa trung tâm kinh tế xã hội nên còn gặp khó khăn hạn chế trong tiếp cận các tiến bộ xã hội cũng như chăm sóc y tế [3]. Nghiên cứu thực hiện nhằm tìm hiểu kiến thức cụ thể của đồng bào Khmer cao tuổi về phòng chống bệnh tăng huyết áp, nguồn kiến thức. Qua đó, địa phương sẽ đề ra phương hướng hỗ trợ, can thiệp kịp thời nhằm nâng cao kiến thức bảo vệ sức khỏe cộng đồng đồng bào Khmer.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Đồng bào dân tộc Khmer từ 60 tuổi trở lên, hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú từ 1 năm trở lên. Thời gian nghiên cứu: 2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả
Chọn mẫu: Thực hiện chọn mẫu ngẫu nhiên, tại 30 xã. Mỗi xã chọn 4 hộ gia đình có người cao tuổi, thực tế có 134 người cao tuổi.

Công cụ thu thập dữ liệu: Bộ câu hỏi soạn sẵn theo Tổ chức Y tế Thế giới.

Các chỉ số nghiên cứu:

Tăng huyết áp: Theo tiêu chí của nghiên cứu tại Việt

1. Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội - Điện thoại: 0913977653 - Email: bshuong67@gmail.com

2. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Nam là người có huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg hoặc đang dùng thuốc điều trị tăng huyết áp hoặc tiền sử được thầy thuốc chẩn đoán tăng huyết áp.

Kiến thức về nhận biết bệnh kể được 1 trong các dấu hiệu, triệu chứng như: đầu, chóng mặt, hoa mắt, ù tai, không triệu chứng.

Kiến thức về hậu quả bệnh kể được 1 trong các hậu quả tử vong, yếu liệt, đột quy, tai biến.

Kiến thức về yếu tố nguy cơ kể được 1 trong các yếu tố nguy cơ ăn mặn, ăn nhiều mỡ, ăn ít rau quả, uống nhiều bia rượu, hút thuốc, ít hoạt động thể lực.

Kiến thức về điều trị kể được 1 trong các biện pháp điều trị dùng thuốc, hoặc không dùng thuốc.

Kiến thức về phòng bệnh kể được 1 trong các yếu tố hạn chế ăn mặn, uống rượu, hút thuốc, ăn nhiều mỡ; tập luyện thể dục, ăn đủ lượng rau quả mỗi ngày.

Kiến thức chung đúng khi đối tượng bắt buộc phải có kiến thức đúng về nhận biết bệnh, hậu quả và phòng bệnh, có thể có thêm kiến thức về yếu tố nguy cơ và điều trị bệnh.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu nghiên cứu:

Các số liệu được nhập liệu và phân tích theo phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm Stata12, Epi-Data.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo vệ theo đúng quy định.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm dân số xã hội của người cao tuổi đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh

Bảng 1: Đặc điểm dân số xã hội người cao tuổi

Yếu tố		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nữ	64	47,7
	Nam	70	52,3
Học vấn	Dưới tiểu học	99	73,9
	Tiểu học	26	19,4
	THCS	8	6,0
	THPT	1	0,7
Nghề nghiệp	Công nhân viên nhà nước	3	2,2
	Nông dân	76	56,7
	Nghề khác*	55	41,1
Thu nhập	<2.150.000	71	53,0
	(VNĐ)	63	47,0

*Nghề khác gồm nội trợ, sinh viên, người nghỉ hưu, thất nghiệp.

Người cao tuổi Khmer, tỷ lệ nữ 47,7% và nam là 52,3%. người làm nông 56,7%,

3.2 Kiến thức về phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào cao tuổi Khmer

Bảng 2. Tăng huyết áp và tiếp cận thông tin về bệnh tăng huyết áp người cao tuổi

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phân độ huyết áp	Không THA	24	18,0
	Tiền THA	50	37,3
	THA độ 1	36	26,9
	THA độ 2	24	17,8
Có nhận được thông tin về THA		72	53,7
Nguồn thông tin nhận được về THA	Nhân viên y tế	48	35,8
	Tivi	25	18,6
	Radio/loa phát thanh	8	6,0
	Sách, báo	4	3,0
	Bạn bè, thân nhân	33	24,6
	Internet	0	0,0

Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi đồng bào Khmer là 62,0%, tỷ lệ THA độ 1 là 26,9% và THA độ 2 là 17,8%.

Có 53,7% người cao tuổi nhận được thông tin y tế về bệnh tăng huyết áp. Tỷ lệ nguồn nhận thông tin cao nhất từ nhân viên y tế 35,8%.

Bảng 3 Kiến thức về phòng chống bệnh tăng huyết áp

Kiến thức đúng về bệnh THA	Đúng		Không đúng	
	SL	TL%	SL	TL%
Về triệu chứng bệnh	53	39,5	81	60,5
Về hậu quả của bệnh	37	27,6	97	72,4

Kiến thức đúng về bệnh THA	Đúng		Không đúng	
	SL	TL%	SL	TL%
Về các yếu tố nguy cơ của bệnh	35	26,1	99	73,9
Về biện pháp điều trị bệnh	57	42,5	77	57,5
Về các biện pháp phòng bệnh	31	23,1	103	76,9
Kiến thức chung	21	15,7	113	84,3

Người dân kiến thức đúng về triệu chứng bệnh 39,5%, hậu quả của bệnh 27,6%, yếu tố nguy cơ 26,1%, cách điều trị 42,5% phòng bệnh 23,1%. Tỷ lệ người dân có kiến thức chung đúng là 21,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm dân số xã hội của đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh

Trà Vinh là tỉnh thuộc khu vực đồng bằng sông Cửu Long, hệ thống kênh ngòi chằng chịt gắn liền với điều kiện kinh tế nông nghiệp. Tỷ lệ người cao tuổi còn làm nông cao 56,7%. Như vậy, nghề nông gắn liền với cuộc sống của đồng bào Khmer.

Dựa trên Nghị định 103/2014/NĐ-CP, quy định về mức lương tối thiểu theo vùng, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ cao 73,9% người cao tuổi đồng bào dân tộc Khmer có thu nhập dưới 2.150.000VNĐ, mức thu nhập này được điều tra cộng gộp của tất cả các thành viên gia đình trong một tháng.

4.2 Kiến thức về phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào cao tuổi dân tộc Khmer

Tỷ lệ cao đồng bào cao tuổi Khmer mắc bệnh tăng huyết áp 62,0%, nghiên cứu của Cao Mỹ Phượng về bệnh tăng huyết áp ở người trên 40 tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2006 cho tỷ lệ bệnh 26,7% [5] và năm 2012 là 31,7%[6]. Nghiên cứu của Nguyễn Dung năm 2011 tại Huế cho tỷ lệ người từ 55 tuổi trở lên mắc tăng huyết áp là 42,0% [7]. Nghiên cứu cho tỷ lệ THA độ 1 là 26,9% và THA độ 2 là 17,8%. Như vậy, tỷ lệ bệnh tăng huyết áp vẫn đang gia tăng và đồng bào Khmer có nguy cơ mắc bệnh cao hơn so với người Kinh, điều này chứng tỏ những biện pháp can thiệp về bệnh trên đồng bào Khmer vẫn còn nhiều hạn chế và chưa nhận được sự quan tâm đúng từ cộng đồng.

Trong số 134 đồng bào Khmer cao tuổi, có 53,7% nhận

được thông tin y tế về bệnh tăng huyết áp. Theo Danuta Czarnicka, Chủ tịch Hiệp hội Cao huyết áp Ba Lan cho biết cần đo huyết áp thường xuyên là một cách đơn giản nhưng hữu hiệu nhất để chẩn đoán và theo dõi bệnh tăng huyết áp [8]. Đồng bào cao tuổi dân tộc Khmer chủ yếu được nhân viên y tế cung cấp thông tin về bệnh tăng huyết áp tại trạm, tỷ lệ nguồn nhận thông tin còn thấp, trong đó cao nhất là từ nhân viên y tế 35,8%. Do đó, kiến thức về phòng chống bệnh còn thấp, cần đẩy mạnh công tác truyền thông về thông tin bệnh đến với người dân vì đối tượng người cao tuổi là đối tượng dễ gặp phải những bệnh không lây nhiễm nhất, tiến trình bệnh sẽ phát triển nhanh hơn nếu không kịp thời kiểm soát những yếu tố nguy cơ.

Người dân có kiến thức đúng về triệu chứng bệnh 39,5%, hậu quả của bệnh 27,6%, yếu tố nguy cơ 26,1%, cách điều trị 42,5% phòng bệnh 23,1%. Tỷ lệ người dân có kiến thức chung đúng là 21,0%. So sánh với nghiên cứu tại huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam của Trương Thị Thùy Dương năm 2013 trên 1009 đối tượng từ 18 tuổi trở lên, cho thấy tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về triệu chứng, yếu tố nguy cơ thấp hơn tại tỉnh Trà Vinh, kiến thức về triệu chứng tại huyện Bình Lục là 27,8%, thấp hơn so với đồng bào Khmer 39,5%, về yếu tố nguy cơ bệnh tăng huyết áp ở huyện Bình Lục là 10%, thấp hơn so đồng bào Khmer 26,1% [9]. Nâng cao kiến thức về phòng chống bệnh tăng huyết áp là biện pháp nhằm giảm nguy cơ mắc bệnh trong cộng đồng. Trong nghiên cứu về một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở người Nùng cho thấy tỷ lệ người có kiến thức không tốt về bệnh thì nguy cơ tăng huyết áp cao hơn gấp 1,79 lần người có kiến thức tốt với $p < 0,05$ [10]. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Kế ở Hưng Yên cho thấy người cao tuổi có kiến thức không tốt thì nguy cơ tăng huyết áp cao gấp 2 lần [11].

Điều này cho thấy muốn hạn chế tỷ lệ bệnh tăng huyết áp hiện đang gia tăng nhanh chóng, việc tăng cường công tác truyền thông, nâng cao kiến thức tạo điều kiện cho đồng bào Khmer tiếp cận được với các thông tin là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Người dân kiến thức đúng về triệu chứng bệnh 39,5%, hậu quả của bệnh 27,6%, yếu tố nguy cơ 26,1%, cách điều trị 42,5% phòng bệnh 23,1%. Tỷ lệ người dân có kiến thức chung đúng là 21,0%. Có 53,7% người dân nhận được thông tin y tế về bệnh tăng huyết áp. Tỷ lệ nguồn nhận thông tin cao nhất từ nhân viên y tế 35,8%.



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. WHO, A global brief on hypertension. 2013.
2. Ebrahim S, Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease (Review). The Cochrane Library, 2011: p. pp.1.
3. Trần Văn Ánh, Văn hóa phum sóc trong đời sống tinh thần của người Khmer Tây Nam Bộ. Di sản văn hóa phi vật thể, 2011. 3(36): p. tr. 48 - 52.
4. Cao Mỹ Phượng, Nghiên cứu kết quả can thiệp cộng đồng phòng chống tiền đái tháo đường-đái tháo đường type II tại huyện Cầu Ngang, tỉnh Trà Vinh năm 2012. 2012, Đại học Huế. Trường Đại học Y Dược: Huế. p. 150.
5. Cao Mỹ Phượng, Tình hình và đặc điểm bệnh tăng huyết áp người trên 40 tuổi ở tỉnh Trà Vinh năm 2006. Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Tim mạch lần thứ 11, 2006: p. tr.11-12.
6. Cao Mỹ Phượng, et al., Nghiên cứu tỷ lệ tăng huyết áp và liên quan với một số yếu tố nguy cơ ở người 40 tuổi trở lên tại tỉnh trà Vinh năm 2012. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, 2013. 65: p. tr.1-7.
7. Nguyễn Dung, et al., Nghiên cứu tình hình bệnh Tăng huyết áp tại thành phố Huế và thị xã Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2011. Tạp chí Y học Thực hành 2012. Số 805/2012.
8. Krzysztof Chlebus, Over 10 million people affected by hypertension in Poland, W.R.O.f. Europe, Editor. 2013: Poland.
9. Trương Thị Thùy Dương, et al., Kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của người dân tại hai xã huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam. Tạp chí Y học Dự phòng, 2015. XXV, số 6(166): p. tr.174-181.
10. Chu Hồng Thắng, Dương Hồng Thái, and Trịnh Văn Hùng, Một số nguy cơ tăng huyết áp ở người Nùng trưởng thành tại Thái Nguyên. Tạp chí Y học Thực hành, 2012. 2(950): p. tr.67-71.
11. Nguyễn Kim Kế, Hoàng Khải Lập, Đỗ Doãn Lợi, Nghiên cứu mô hình kiểm soát tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thị xã Hưng Yên. Tạp chí Y học Thực hành, 2013. 857(1/2013): p. tr.128-131.

TÌNH HÌNH BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐỒNG BÀO DÂN TỘC KHMER, TỈNH TRÀ VINH

Nguyễn Thanh Bình¹, Nguyễn Văn Tập¹, Trần Văn Hưởng², Lê Thị Ngọc¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên đồng bào cao tuổi Khmer tỉnh Trà Vinh, xác định tỷ lệ bệnh tăng huyết áp. Nghiên cứu điều tra ngang ở 134 người. Kết quả cho tỷ lệ bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Khmer cao tuổi là 62,0%. Chỉ số HATT trung bình $138,7 \pm 23,7$ mmHgmmHg, trong đó nam $142,5 \pm 26,0$ mmHg cao hơn nữ $134,5 \pm 20,4$ mmHg. Sau khi phân tích đa biến, nghiên cứu xác định có sự tương quan có ý nghĩa thống kê chỉ số huyết áp tâm thu với giới tính, chế độ ăn mỡ, lạm dụng rượu và hút thuốc lá, $p < 0,05$.

Từ khóa: Người cao tuổi, đồng bào dân tộc Khmer, dịch tễ học.

ABSTRACT

SITUATION OF HYPERTENSION OF KHMER'S ELDERLY PEOPLE, TRA VINH PROVINCE

The study was conducted in 134 elderly Khmer people in Tra Vinh province to learn about the distribution of blood pressure index and hypertension status. Results for prevalence of hypertension in elderly people is 62.0% Khmer. HATT average index 138.7 ± 23.7 mmHgmmHg, in which men and women $142.5 \pm 134.5 \pm 26.0$ mmHg 20.4 mmHg higher. After multivariate analysis, the study identified a correlation with statistical significance index with the systolic blood pressure, fat diets, alcohol abuse and smoking, $p < 0.05$.

Keywords: Elders, ethnic Khmer, epidemiology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Bộ Y tế, tính đến năm 2030, số người từ 60 tuổi trở lên ở Việt Nam chiếm 18,3% dân số, tốc độ lão hoá đang gia tăng nhanh chóng. Đồng bào dân tộc Khmer cư trú tập trung trong các phum sóc, thường cách xa trung tâm kinh tế xã hội nên còn gặp khó khăn hạn chế trong tiếp cận các tiến bộ xã hội cũng như chăm sóc y tế [1], nghiên cứu giúp xác định tỷ lệ bệnh tăng huyết áp và mô tả chỉ số huyết áp tâm thu ở cộng đồng người cao tuổi Khmer. Qua đó, địa phương sẽ đề

ra phương hướng hỗ trợ, can thiệp kịp thời nhằm nâng cao sức khỏe cộng đồng đồng bào Khmer.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Đồng bào dân tộc Khmer từ 60 tuổi trở lên, hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú từ 1 năm trở lên, tại tỉnh Trà Vinh, thời gian nghiên cứu: 2015

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả
Chọn mẫu: Thực hiện chọn mẫu ngẫu nhiên, tại 30 xã. Mỗi xã chọn 4 hộ gia đình có người cao tuổi, thực tế có 134 người cao tuổi

Công cụ thu thập dữ liệu: Bộ câu hỏi soạn sẵn theo Tổ chức Y tế Thế giới.

Các chỉ số nghiên cứu:

Chế độ ăn nhiều mỡ: Chế độ ăn thường xuyên trên 25% lipid/ngày và trên 7% mỡ bão hòa hay trên 300 gam/người/tháng, thường xuyên ăn mỡ động vật, chất béo trên 4 ngày/tuần. Chế độ ăn rau quả: Có khi thường xuyên ăn rau, quả, giàu chất xơ trên 300 gam/người/ngày và trên 4 ngày/tuần.

Chế độ ăn mặn: Có khi ăn những thức ăn mặn ≥ 3 ngày/tuần hoặc sử dụng lượng muối mỗi ngày ≥ 5 gam bình quân cho mỗi người trong gia đình (tương đương 1 muối cà phê)

Lạm dụng rượu: Uống ≥ 5 ly chuẩn (đối với nam), ≥ 4 ly chuẩn (đối với nữ) vào bất kỳ ngày nào trong tuần (01 đơn vị chuẩn tương đương 10g ethanol ~ 330ml bia, 30ml rượu mạnh, 120ml rượu vang). Hút thuốc lá: có khi có hút thuốc trong 12 tháng.

Vận động thể lực: Là biến số nhị phân, dựa theo hướng dẫn của TCYTTG phân tích bộ câu hỏi toàn cầu (GPAQ) về hoạt động thể lực cho người trưởng thành. Có hoạt động thể lực khi hoạt động cường độ mạnh ≥ 75 phút/tuần hoặc ≥ 150 phút/tuần với hoạt động cường độ trung bình hoặc sự kết hợp cả hoạt động thể lực mạnh và cường độ trung bình đạt 600 MET-phút mỗi tuần.

Tăng huyết áp: Theo tiêu chí của nghiên cứu tại Việt Nam là người có huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm

1. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
2. Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội.

trương ≥ 90 mmHg hoặc đang dùng thuốc điều trị tăng huyết áp hoặc tiền sử được thầy thuốc chẩn đoán tăng huyết áp.

Béo phì: Chia theo chuẩn dành riêng cho người châu Á (IDI&WPRO): béo phì khi BMI từ 25 trở lên.

Rối loạn lipid máu: Có rối loạn chuyển hóa bất kỳ một trong các thành phần:

- Tăng Cholesterol toàn phần (>200 mg/dL); Tăng LDL - Cholesterol (>160 mg/dL); Tăng Triglyceride (>150 mg/dL); Giảm HDL - Cholesterol (<40 mg/dL).

Rối loạn đường huyết: Tiêu chuẩn chẩn đoán của TCYTTG về bệnh đái tháo đường là khi glucose huyết tương ≥ 7.0 mmol/l (126mg/dl).

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu được nhập liệu và phân tích theo phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm Stata12, Epi-Data.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo vệ theo đúng quy định.

III. KẾT QUẢ

3.1. Tỷ lệ bệnh tăng huyết áp người cao tuổi.

Bảng 1: Phân độ tăng huyết áp tại thời điểm khảo sát theo JNC VII

Mức huyết áp		Tần số	Tỷ lệ %
Không THA	Bình thường	24	17,9
	Tiền THA	50	37,3
THA	THA độ 1	36	26,9
	THA độ 2	24	17,9

Đồng bào Khmer cao tuổi bị tăng huyết áp 44,8%. Sau khi điều tra tiền sử bệnh, nghiên cứu xác định thêm 23 người mắc tăng huyết áp và có đáp ứng điều trị. Kết quả chung có 83 người cao tuổi bị tăng huyết áp, tỷ lệ 62,0%, trong đó, tỷ lệ THA cũ 71,0%; tăng huyết áp mới mắc 29,0%.

3.2 Mối liên quan với bệnh tăng huyết áp và chỉ số huyết áp

Bảng 2: Một số yếu tố liên quan đến chỉ số huyết áp tâm thu

Nội dung		Tổng n (%)	Huyết áp tâm thu		p ^m
			$\mu \pm SD$	k(TPV)	
Giới tính	Nữ	64(47,7)	134,5 \pm 20,4	132,0(121,1;145,7)	<0,05
	Nam	70(52,3)	142,5 \pm 26,0	138,7(128,5;155,0)	
Chế độ ăn mỡ	Không	105(78,4)	135,9 \pm 20,1	133,5(123,0;143,5)	<0,05
	Có	29(21,6)	148,9 \pm 32,0	147,0(132,5;168,0)	
Chế độ ăn rau quả	Có	4(3,0)	130,0 \pm 3,5	130,0(127,2;132,7)	>0,05
	Không	130(97,0)	139,0 \pm 24,0	137,0(123,0;149,0)	
Chế độ ăn mặn	Không	13(9,7)	130,2 \pm 17,7	124,5(122,0;135,5)	>0,05
	Có	121(90,3)	140,0 \pm 24,1	137,5(124,0;149,0)	
Lạm dụng rượu bia	Không	120(89,5)	136,1 \pm 20,8	134,2(122,2;146,5)	<0,05
	Có	14(10,5)	161,0 \pm 34,7	143,7(135,5;184,5)	
Hút thuốc trong	Không	79(59,0)	134,5 \pm 20,5	133,0(121,0;147,0)	<0,05
	Có	55(41,0)	144,7 \pm 26,7	139,5(131,5;155,0)	
Hoạt động thể lực	Có	105(78,4)	137,2 \pm 22,6	135,0(123,5;146,0)	>0,05
	Không	29(21,6)	144,0 \pm 27,0	143,5(123,0;165,5)	
Tổng		134(100,0)	138,7 \pm 23,7	136,2(123,5;148,5)	

μ Trung bình; SD Độ lệch chuẩn; k Trung vị; TPV Từ phân vị; p^m Kiểm định Mann-Whitney.

Một số yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với

chỉ số huyết áp tâm thu là giới tính, chế độ ăn mỡ, lạm dụng rượu bia, hút thuốc lá với p<0,05.

Bảng 3. Một số yếu tố thực hành liên quan đến bệnh tăng huyết áp ở người Khmer

	Nội dung	Không THA		THA		OR	P ^c
		Tần số	TL %	Tần số	TL %	KTC95%	
Chế độ ăn mỡ	Không	44	41,9	61	58,1	1	>0,05
	Có	7	24,1	22	75,9	2,3 (0,8-6,8)	
Chế độ ăn rau quả	Có	3	75,0	1	25,0	1	>0,05
	Không	48	36,9	82	63,1	5,1 (0,4-272)	
Chế độ ăn mặn	Không	7	53,8	6	46,2	1	>0,05
	Có	44	36,4	77	63,6	2,0 (0,5-7,8)	
Lạm dụng rượu	Không	46	38,3	74	61,7	1	>0,05
	Có	5	35,7	9	64,3	1,1 (0,3-4,5)	
Hút thuốc lá	Không	31	39,2	48	60,8	1	>0,05
	Có	20	36,4	35	63,4	1,1 (0,5-2,4)	
Hoạt động thể lực	Có	42	40,0	63	60,0	1	>0,05
	Không	9	31,00	20	69,0	1,5 (0,6-4,0)	

pc Kiểm định chi bình phương

Tỷ lệ tăng huyết áp cao liên quan có ý nghĩa thống kê ở

người có chế độ ăn mỡ động vật, ăn mặn, lạm dụng rượu, hút thuốc lá so với nhóm còn lại với p<0,05.

Bảng 4: Một số chỉ số sinh hóa liên quan đến bệnh tăng huyết áp và chỉ số huyết áp tâm thu ở người Khmer

	Nội dung	HATT			THA		OR
		μ±SD	k(TPV)	p	N (%)	p	95% CI
Rối loạn lipid máu	Không	135,5±23,6	137,0(121,5;146,0)		27(56,3)		1
	Có	140,5±23,7	135,2(125,5;150,0)	>0,05	56(65,1)	>0,05	1,4 (0,6-3,1)
Béo phì	Không	135,9±22,9	133,5(122,0;145,0)		64(58,7)		1
	Có	151,0±23,8	147,5(133,0;165,5)	<0,05	19(76,0)	>0,05	2,2 (0,8-7,3)
Rối loạn đường huyết	Không	138,3±22,6	135,0(123,5;148,5)		72(61,5)		1
	Có	141,6±31,0	139,5(131,5;148,0)	>0,05	11(64,7)	>0,05	1,1 (0,3-4,0)

μ Trung bình; SD Độ lệch chuẩn; k Trung vị; TPV Từ phân vị; pm Kiểm định Mann-Whitney.

Có mối liên quan giữa tăng huyết áp và một số chỉ số sinh hóa được khảo sát trong nghiên cứu với p<0,05.

Mối tương quan huyết áp tâm thu với một số yếu tố qua mô hình phân tích đa biến.

Bảng 5: Tương quan huyết áp tâm thu với một số yếu tố liên quan

Biến số	Hệ số tương quan r	p
Giới tính	0,1709	<0,05
Chế độ ăn mỡ	0,2264	<0,05
Lạm dụng rượu	0,3224	<0,05
Hút thuốc lá	0,2124	<0,05
Béo phì	0,0997	>0,05

Có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa huyết áp tâm

thu với giới, chế độ ăn mỡ, lạm dụng rượu và hút thuốc lá, p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ bệnh tăng huyết áp và phân phối chỉ số huyết áp tâm thu

Đồng bào Khmer cao tuổi có 60 người bị tăng huyết áp, 44,8%, cao hơn nghiên cứu tại Huế năm 2013 của Hoàng Đức Thuận Anh trên người Kinh 35,6% [2]. Sau khi điều tra tiền sử bệnh, nghiên cứu xác định thêm 23 người mắc tăng huyết áp và có đáp ứng điều trị. Kết quả chung có 83 người cao tuổi bị tăng huyết áp, tỷ lệ 62,0%, trong đó, tỷ lệ THA cũ 71,0%; tăng huyết áp mới mắc 29,0%. Cuộc điều tra sát dinh dưỡng và sức khỏe quốc gia (NHANES) 2005-2010 trên 5797 người từ 60 tuổi trở lên tại Mỹ, cho tỷ lệ người bị tăng huyết áp là 65,0% [3]. Như vậy, tỷ lệ bệnh tăng huyết áp ở đồng bào cao tuổi Khmer cao hơn người Kinh, tương

đồng với một số nghiên cứu cộng đồng nhiều chủng tộc trên thế giới.

Trong hơn 20 năm qua, Ủy ban Quốc gia liên Mỹ (JNC) hướng dẫn tăng huyết áp, đã khuyến cáo ngưỡng huyết áp tâm thu là trên 140mmHg sẽ bắt đầu dùng thuốc hạ huyết áp. Tuy nhiên, báo cáo năm 2014 từ JNC 8 vừa đề nghị một mức huyết áp tâm thu ở người trên 60 tuổi cao hơn ngưỡng 150 mm Hg để bắt đầu điều trị [4].

4.2. Mối liên quan với bệnh tăng huyết áp và chỉ số huyết áp

Giới: Nghiên cứu cho tỷ lệ nam nữ tương đương (47,7%-52,3%). Trung bình chỉ số HATT ở nam 142,5±26,0mmHg (vượt ngưỡng khuyến cáo 140/90mmHg theo JNCVII [4]) cao hơn nữ 134,5±20,4mmHg với $p<0,05$. Theo khuyến nghị JNC VIII năm 2014, kết quả nghiên cứu cho mức 25% nam giới đồng bào Khmer cao tuổi có chỉ số HATT từ 155mmHg cần được điều trị với thuốc. Với mức huyết áp trên, nam có tỷ lệ bệnh tăng huyết áp cao hơn nữ.

Chế độ ăn mỡ. Tỷ lệ bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi có ăn mỡ 75,9% cao hơn người không ăn mỡ 58,1%. Kết quả tương tự nghiên cứu trên người cao tuổi tại Hà Nội của Trần Thanh Tú năm 2011 [5], cả 2 kết quả đều không tìm thấy mối liên quan tăng huyết áp với chế độ ăn mỡ động vật. Tuy nhiên, người cao tuổi có ăn mỡ động vật thì mức HATT cao hơn 13,5mmHg so với người không ăn mỡ với $p<0,05$. Chỉ số HATT trung bình ở người ăn mỡ cao 148,9±32,0mmHg cho thấy chế độ ăn mỡ động vật ở đồng bào Khmer gây ảnh hưởng đến tỷ lệ bệnh tăng huyết áp, tuy nhiên do mẫu nghiên cứu nhỏ nên mối liên quan chưa thực sự rõ ràng.

Chế độ ăn rau quả. Tỷ lệ đồng bào Khmer cao tuổi ít ăn rau quả cao 97,0%. Trong số đó, trên một phần tư số người cao tuổi có chỉ số HATT cao, trên 149,0mmHg. Mặc khác, tỷ lệ tăng huyết áp ở đồng bào cao tuổi Khmer ít ăn rau quả 63,1% cao gấp 5 lần so với người có ăn. Như vậy, ăn đủ lượng rau quả hàng ngày là một trong những biện pháp giúp kiểm soát mức độ huyết áp, giúp phòng chống bệnh tăng huyết áp.

Chế độ ăn mặn. Do vị trí địa lý giáp biển kèm theo lối sống đặc trưng khu vực miền Tây, tỷ lệ cao đồng bào Khmer cao tuổi có chế độ ăn mặn 90,3%. Theo nghiên cứu trên người cao tuổi tại Hà Nội của Trần Thanh Tú, người ăn mặn có tỷ lệ tăng huyết áp cao gấp 4,79 lần so với người không ăn mặn [5] với $p<0,05$. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ đồng bào Khmer tăng huyết áp có ăn mặn cao gấp 2 lần nhóm còn lại $p>0,05$.

Cộng đồng đồng bào Khmer có nhiều nét đặc trưng về văn hoá, tần suất lễ hội diễn ra quanh năm. Do đó, tỷ lệ cao đồng bào Khmer có tình trạng lạm dụng rượu bia 10,5%.

Tương tự với nghiên cứu Trần Thanh Tú tại Hà Nội [5] và nghiên cứu của Hoàng Đức Thuận Anh tại Huế [2], kết quả không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê bệnh tăng huyết áp với lạm dụng rượu bia $p>0,05$. Tuy nhiên, đồng bào cao tuổi Khmer có lạm dụng rượu bia cao hơn 9,5mmHg so với người còn lại với $p<0,05$. Chỉ số HATT trung bình ở người cao tuổi lạm dụng rượu bia cao 161,0±34,7mmHg. Như vậy, cần kiểm soát tình trạng lạm dụng rượu bia ở đồng bào Khmer nhằm kiểm soát tốt nhất tình trạng tăng huyết áp.

Hút thuốc lá: Đồng bào Khmer hút thuốc lá từ sớm và kéo dài. Kết quả cho tỷ lệ đồng bào cao tuổi Khmer có hút thuốc lá trong 12 tháng qua 41,0%. Trong số người cao tuổi có hút thuốc, trên một phần hai số người có chỉ số HATT trên 140mmHg, $p<0,05$. Thuốc lá có tác động chậm, gây tăng chỉ số HATT lâu dài dẫn tới gây tăng tỷ lệ bệnh tăng huyết áp.

Hoạt động thể lực: Tỷ lệ đồng bào cao tuổi Khmer có hoạt động thể lực 78,4%. Tỷ lệ bệnh tăng huyết áp ở người có hoạt động 69,0% cao hơn so với người không hoạt động 60,0% với $p>0,05$, tương tự kết quả trong nhiều nghiên cứu [2],[5]. Theo khuyến cáo, tập thể dục 30 phút mỗi ngày giúp giảm huyết áp tâm thu đi 4-9 mmHg. Nghiên cứu cho thấy người cao tuổi có hoạt động thể lực giảm HATT đi 8,5mmHg, $p<0,05$. Trong khi đó, người không hoạt động thể lực có chỉ số HATT trung bình cao 144,0±27,0mmHg và hơn một phần tư số người cao tuổi không hoạt động có mức HATT trên 165mmHg. Như vậy, hoạt động thường xuyên sẽ giúp kiểm soát tốt chỉ số huyết áp, qua đó giảm tỷ lệ bệnh tăng huyết áp.

Chỉ số sinh hoá: Các chỉ số sinh hoá là kết quả phản ánh thực trạng hành vi lối sống ảnh hưởng đến sức khoẻ. Đối với bệnh tăng huyết áp, nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan với các chỉ số $p>0,05$, do tỷ lệ các rối loạn lipid, rối loạn đường huyết biểu hiện nhỏ trong cộng đồng nên cần một cỡ mẫu lớn hơn. Nghiên cứu cho thấy ở riêng người cao tuổi béo phì có chỉ số HATT cao hơn 14mmHg so với người không béo phì với $p<0,05$, hơn 25% đồng bào Khmer cao tuổi béo phì có chỉ số HATT vượt ngưỡng 165mmHg.

Qua mô hình phân tích đa biến với 5 biến được đưa vào sau khi xét thấy mối liên quan độc lập với chỉ số HATT $p<0,05$. Kết quả cho 4 yếu tố có tác động làm gia tăng chỉ số huyết áp gồm giới tính, chế độ ăn nhiều mỡ, lạm dụng rượu bia, hút thuốc lá. Trong đó tác động mạnh nhất là lạm dụng rượu bia và tình trạng hút thuốc lá. Do đó, cần có những biện pháp kiểm soát tốt nhất các yếu tố đặc thù trên làm ảnh hưởng lên tỷ lệ bệnh trong cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho tỷ lệ bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Khmer cao tuổi là 62,0%. Chỉ số HATT trung bình

138,7±23,7mmHgmmHg, trong đó nam 142,5±26,0mmHg cao hơn nữ 134,5±20,4mmHg. Sau khi phân tích đa biến, nghiên cứu xác định có sự tương quan có ý nghĩa thống kê chỉ số huyết áp tâm thu với giới, chế độ ăn mỡ, lạm dụng rượu và hút thuốc lá, $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Văn Ánh, Văn hóa phum sóc trong đời sống tinh thần của người Khmer Tây Nam Bộ. Di sản văn hóa phi vật thể, 2011. 3(36): p. tr. 48 - 52.
2. Hoàng Đức Thuận Anh, et al., Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi tại huyện Hương Thủy, Thừa Thiên Huế. Tạp chí Y học Thực hành, 2013. 876(số 7/2013): p. tr.135-138.
3. Shimbo, D., R.M. Tanner, and P. Muntner, Prevalence and characteristics of systolic blood pressure thresholds in individuals 60 years or older. JAMA Intern Med, 2014. 174(8): p. 1397-400.
4. Paul A. James, et al., 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA, 2014. 311(5): p. pp.507-520.
5. Trần Thanh Tú, Phạm Thị Lan Liên, and Lach Chanthet, Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thị trấn Trâu Quỳ, huyện Gia Lâm, Hà Nội, năm 2011. Tạp chí Y học Thực hành, 2014. 914(số 4/2014): p. tr.94-97.



TỶ LỆ BÉO PHÌ Ở NGƯỜI DÂN THÀNH PHỐ THỦ DẦU MỘT THEO PHÂN LOẠI BMI CỦA WHO VÀ THEO TIÊN ĐOÁN TỶ LỆ CHẤT BÉO CỦA GALLAGHER

Lục Duy Lạc¹, Nguyễn Văn Chinh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Béo phì là một vấn đề quan trọng ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng tại Việt Nam. Trong khi đó, chẩn đoán béo phì dựa trên phân loại BMI có sai lệch.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ béo phì của người dân 25-64 tuổi tại thành phố Thủ Dầu Một vào năm 2012 theo phân loại BMI của WHO và công thức tiên đoán tỷ lệ chất béo dựa trên BMI của Dymyna Gallagher.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 1.936 người dân từ 25-64 tuổi đang sinh sống tại thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương. Sử dụng công thức của Dymyna Gallagher và BMI để ước lượng tỷ lệ chất béo trong cơ thể. Chẩn đoán béo phì dựa trên phân loại BMI và tỷ lệ chất béo ước lượng từ công thức của Dymyna Gallagher.

Kết quả: Tỷ lệ béo phì dựa trên tỷ lệ chất béo trong cơ thể tính từ công thức tiên đoán của Gallagher chiếm 18,8% thấp hơn theo phân loại BMI của WHO (21,6%). Những người được chẩn đoán là béo phì theo phân loại BMI của WHO nhưng không béo phì theo công thức tiên đoán của Gallagher cao gấp 2,39 lần (KTC95%: 1,58-3,71) so với những người không béo phì theo đánh giá của WHO nhưng béo phì theo công thức tiên đoán của Gallagher, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy vậy, có sự đồng thuận cao về kết quả chẩn đoán béo phì giữa hai phương pháp (hệ số kappa = 0,83).

Kết luận: Có thể sử dụng công thức của Gallagher để ước lượng tỷ lệ chất béo và để đánh giá béo phì bởi sự đồng thuận cao về chẩn đoán béo phì, hạn chế được những nhược điểm khi chẩn đoán dựa trên BMI.

Từ khóa: BMI, tỷ lệ chất béo, béo phì, WHO.

ABSTRACT:

THE PREVALENCE OF OBESITY PEOPLE BASED ON BODY MASS INDEX CLASSIFICATION ESTABLISHED

BY THE WORLD HEALTH ORGANIZATION WITH PREDICTED BODY FAT PERCENTAGE BY GALLAGHER FORMULA IN THU DAU MOT CITY, BINH DUONG PROVINCE

Background: Obesity is a significant problem affecting of public health in Vietnam. While body mass index (BMI) is widely used to diagnose obesity, its use for this occupational group has raised concerns about validity.

Objectives: To determine the rate of obesity people based on BMI classification established by the World Health Organization with predicted body fat percentage by Gallagher formula in Thu Dau Mot City, Binh Duong Province in 2012.

Method: Using a cross-sectional descriptive study was carried out on 1.934 people aged 25-64 in Thu Dau Mot City, Binh Duong Province. Body fat percentage prediction equations were developed based on BMI classification and the Gallagher formula. Obesity diagnosis based on BMI classification and body fat percentage by the Gallagher formula.

Results: The rate of obesity people based on body mass index classification established by the World Health Organization was 21.6% and body fat percentage by Gallagher was 18.8%. The people who were diagnosed obesity based on body mass index classification established by the World Health Organization but did not obesity by Gallagher formula were 2.39 times higher (95% CI: 1.58-3.71, $p < 0.05$) than those who were diagnosed obesity by Gallagher formula but did not obesity based on body mass index classification. However, there was a high consensus on the obesity diagnosis between the two methods (kappa = 0.83).

Conclusion: This proposed approach and findings provide the groundwork and stimulus for predicting body fat percentage and diagnosing obesity by Gallagher formula, can overcome the the limitations and inaccuracies of BMI.

Keywords: BMI, body fat percentage, obesity, WHO.

1. Sở Y tế Bình Dương

» Ngày nhận bài: 01/02/2017 |

» Ngày phản biện: 10/02/2017 |

» Ngày duyệt đăng: 15/02/2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân, béo phì là gánh nặng y tế không loại trừ bất cứ quốc gia nào bởi nó làm tăng tỷ lệ tử vong và tăng nguy cơ mắc bệnh của hàng loạt bệnh nguy hiểm như cao huyết áp, tiểu đường, rối loạn chuyển hóa, tim mạch... Thừa cân và béo phì có thể phòng ngừa được chủ yếu vào việc thay đổi lối sống về chế độ ăn uống và luyện tập nhưng việc điều trị lại rất khó khăn, tốn kém và hầu như kết quả không cao [15].

Để chẩn đoán béo phì phải dựa vào các căn cứ chứng minh sự gia tăng quá mức lượng mỡ thừa như các triệu chứng lâm sàng (tăng cân, thèm ăn vô độ, vận động hạn chế, hoặc có rối loạn tâm lý...; đo tỷ lệ chất béo [bằng máy X-quang năng lượng kép DXA (Dual-energy X-ray Absorptionmetry), bằng phân tích trở kháng điện sinh học, bằng chụp cộng hưởng từ, bằng chụp cắt lớp]; tính chỉ số khối cơ thể; Đo chu vi vòng eo, hông và tỷ lệ eo hông hoặc một số phương pháp để đánh giá cân nặng lý tưởng như công thức Bruck, công thức Bongard, công thức Lorentz, công thức Broca, công thức của cơ quan bảo hiểm Mỹ... đối với trẻ em, đánh giá béo phì dựa vào chỉ số cân nặng và chiều cao theo tiêu chuẩn quần thể chuẩn của WHO (đối với trẻ 3 – dưới 5 tuổi), với trẻ từ 5-19 tuổi thì dựa vào chỉ số BMI theo tuổi so sánh với quần thể chuẩn của WHO. Đồng thời, việc thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng khác như các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, điện tim, X-quang tim phổi... chỉ là những căn cứ để tiên lượng bệnh hoặc xác định các bệnh lý kèm theo [15, 17].

Như đã biết, trọng lượng cơ thể người được tính dựa trên chất nạc, chất béo, xương và các mô liên kết và nước. Do đó, để chẩn đoán béo phì chính xác thì nhất thiết phải dựa vào bất thường về tỷ lệ chất béo trong cơ thể (lượng chất béo chia cho trọng lượng cơ thể và nhân cho 100 để cho ra tỉ lệ chất béo) nhưng phương pháp này đòi hỏi chi phí, kỹ thuật rất cao ở các trung tâm lớn và không phổ biến ở các nước trên thế giới cũng như tại Việt Nam và được sử dụng chủ yếu được trong nghiên cứu khoa học vì tính chính xác cao.

Hiện nay, chỉ số khối cơ thể (BMI: Body mass index) được tính bằng cân nặng/(chiều cao)² là một chỉ số rất cơ bản và phổ biến trong đánh giá tình trạng thừa cân béo phì. Theo khuyến cáo của WHO thì chỉ số BMI được dùng để đo độ béo của cơ thể người và có hai tiêu chuẩn riêng biệt cho người Âu-Mỹ [béo phì khi BMI ≥ 30 kg/(m²)] và người Châu Á [béo phì khi BMI ≥ 25 kg/(m²)] [17]. Tuy nhiên, nhược điểm của phương pháp chẩn đoán béo phì dựa trên BMI là không phân biệt được cơ thể nặng do mỡ hay do cơ (các bộ môn thể thao như thể hình, đấu sĩ, võ sĩ... thường có khối lượng cơ rất lớn trong cơ thể và theo cách đánh giá này có thể được chẩn đoán béo phì nhưng thực sự tỷ lệ chất béo trong cơ thể họ thấp). Để giải quyết hạn chế này, trong chẩn đoán béo

phì bác sĩ thường thực hiện đánh giá thêm vòng eo, chỉ số eo/hông hoặc một số phương pháp đánh giá cân nặng lý tưởng... [11, 15]. Nhưng sự kết hợp giữa các phương pháp này không thể đo lường tỷ lệ chất béo trong cơ thể.

Tiếp sau các nghiên cứu của Dymrna Gallagher và cộng sự, các nghiên cứu khác trên thế giới và ngay tại Việt Nam đến nay đều khẳng định có sự tương quan giữa BMI và lượng chất béo trong cơ thể [1, 3-14, 16] và mức độ tương quan này phụ thuộc vào phương pháp đo lường chất béo, vào từng vùng, quốc gia [5]. Do vậy, có thể dựa vào BMI để ước lượng tỷ lệ chất béo trong cơ thể và dùng tỷ lệ chất béo này (dựa trên BMI) để đánh giá béo phì [6]. Từ những phân tích chứng cứ, ưu điểm của việc đánh giá béo phì của công thức ước lượng tỷ lệ chất béo dựa trên BMI mà Dymrna Gallagher đề nghị. Nghiên cứu này được tiến hành xác định tỷ lệ béo phì của người dân 25-64 tuổi tại thành phố Thủ Dầu Một dựa trên phân loại BMI của WHO và dựa vào tỷ lệ chất béo trong cơ thể ước lượng từ công thức của Dymrna Gallagher nhằm cung cấp những chứng cứ chắc chắn hơn phục vụ công tác chăm sóc y tế trên địa bàn cũng như là một trong những cơ sở nhìn nhận ưu-khuyết của phương pháp chẩn đoán béo phì đang áp dụng phổ biến dựa trên phân loại BMI của WHO.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ béo phì của người dân 25-64 tuổi tại thành phố Thủ Dầu Một vào năm 2012 theo phân loại BMI của WHO và công thức tiên đoán tỷ lệ chất béo dựa trên BMI của Dymrna Gallagher.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.936 người từ 25 đến 64 tuổi đang sinh sống tại thành phố Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương năm 2012, kể cả người tạm trú trên 06 tháng được chọn vào nghiên cứu bằng kỹ thuật chọn mẫu PPS [bước 1: chọn cụm ngẫu nhiên theo danh sách khu phố/ấp; bước 2: chọn 8 đối tượng nghiên cứu bằng phương pháp ngẫu nhiên hệ thống trong từng nhóm tuổi (25-34, 35-44, 45-54, 55-64) và giới tính trên danh sách. Sau khi lập danh sách những đối tượng được chọn chính thức, để tránh mất mẫu trong nghiên cứu một danh sách dự bị cũng được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống cho mỗi nhóm tuổi của mỗi giới là 3 người để bù vào những người được chọn chính thức nhưng không tham gia tham gia]. Những người mắc bệnh tâm thần; mắc các hội chứng phụ gặp trong hội chứng thận hư, hội chứng sơ gan cổ chướng, suy tim... ; hội chứng rối loạn chuyển hóa (cushing); người có các khối u mỡ; người bị tật ảnh hưởng đến việc cân đo như gù, vẹo cột sống, thương tật ở chân; người tạm trú dưới 6 tháng; vắng mặt trong đợt nghiên cứu cuối cùng, đối tượng đã nhận thư mời lần 2 và đồng ý tham gia nhưng vắng mặt là những người không được chọn vào nghiên cứu.



Tất cả các đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn về tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thói quen vận động, ăn uống... được đo chiều cao, cân nặng, vòng eo, vòng hông bằng những dụng cụ đã được hiệu chuẩn (đo ba lần cho từng chỉ số lấy giá trị trung bình), xét nghiệm mỡ máu, đường huyết... Tỷ lệ chất béo trên 25% đối với nam và trên 35% đối với nữ thì được chẩn đoán là béo phì và được ước lượng theo công thức sau:

- Đối với nam: Tỷ lệ chất béo = $51,9 - 740/BMI + 0,029 * Tuổi$ [6].

- Đối với nữ: Tỷ lệ chất béo = $64,8 - 752/BMI + 0,016 * Tuổi$ [6].

Tất cả các dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý trên Stata 10.0. Dữ kiện được trình bày theo tỷ lệ (tính trên xác suất chọn mẫu của từng đối tượng trong nghiên cứu). Dùng hệ số kappa để đánh giá sự đồng thuận giữa hai phương pháp chẩn đoán, sử dụng kiểm định Chi McNemar để so sánh những bất tương đồng về xác định tình trạng béo phì của hai phương pháp chẩn đoán.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	47,3
	Nữ	52,7
Dân tộc	Kinh	98,6
	Khác	1,4
Nhóm tuổi	25- 34 tuổi	39,0
	35-44 tuổi	28,0
	45-54 tuổi	20,4
	55-64 tuổi	12,6
Nghề nghiệp	Tự làm chủ	28,2
	Công nhân viên phi Chính phủ	27,2
	Nội trợ	20,8
	Công nhân viên nhà nước	12,8
	Không có việc làm (có thể có việc)	3,7
	Nghỉ hưu	2,9
	Thất nghiệp (không thể có việc)	1,9
	Làm không công	1,8
	Sinh viên	0,7
Khu vực	Thành thị	83,2
	Vùng ven	16,8
Vòng eo	Cao	71,4
	Bình thường	28,6
Tỷ số eo hông	Cao	57,5
	Bình thường	42,5

Tỷ lệ nữ trong nghiên cứu là 52,7%, đa số là dân tộc Kinh 98,6%, nhóm tuổi tham gia nghiên cứu có tỷ lệ cao nhất là 25-34 tuổi chiếm 39,0% và nhóm tuổi 55-64 chiếm tỷ lệ thấp nhất 12,6%. Tỷ lệ người tự làm chủ và nhân viên phi Chính phủ chiếm hơn 50% đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ người là nội trợ cũng chiếm tỷ lệ cao 20,8%, trong khi tỷ lệ công nhân viên nhà nước chỉ chiếm 12,6% và tỷ lệ thấp nhất là sinh viên chiếm 0,7%. Đa số đối tượng nghiên cứu sống ở thành thị (83,2%), có tỷ lệ vòng eo cao bất thường là 71,4% và tỷ số eo hông cao là 57,5%.

Bảng 2. Các đặc điểm sinh hóa máu đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tỷ lệ %	
Cholesterol toàn phần	≤ 5,2 mmol/l	51,9
	> 5,2 mmol/l	48,1
Triglycerid	≤ 1,7 mmol/l	46,9
	>1,7 mmol/l	53,1
LDL	≤ 3,4 mmol/l	39,5
	>3,4 mmol/l	60,5
HDL	≥ 1 mmol/l	48,4
	< 1 mmol/l	51,6
Đường huyết	≥ 7 mmol/l	4,8
	< 7 mmol/l	95,2

Tỷ lệ người đái tháo đường là 4,8%, những người có HDL ≥ 1 mmol/l chiếm 48,4% và khoảng trên ½ đối tượng có bất thường về Cholesterol toàn phần, Triglycerid và LDL

Bảng 3. Tỷ lệ béo phì theo 2 tiêu chuẩn đánh giá và theo các đặc tính

Đặc điểm	Tỷ lệ béo phì %	
	Dựa trên BMI của WHO	Dựa trên Gallagher về tỷ lệ chất béo
Giới tính	Nam	11,3
	Nữ	25,5
Dân tộc	Kinh	18,9
	Khác	14,1
Nhóm tuổi	25- 34 tuổi	17,6
	35-44 tuổi	23,3
	45-54 tuổi	28,5
	55-64 tuổi	19,1
Nghề nghiệp	Công nhân viên nhà nước	17,9
	Công nhân viên phi Chính phủ	14,1
	Tự làm chủ	20,0

	Đặc điểm	Tỷ lệ béo phì %	
		Dựa trên BMI của WHO	Dựa trên Gallagher về tỷ lệ chất béo
Nghề nghiệp	Làm không công	10,7	7,4
	Sinh viên	16,6	16,6
	Nội trợ	24,5	27,2
	Nghỉ hưu	23,5	19,4
	Không có việc làm (có thể có việc)	15,8	9,2
	Thất nghiệp (không thể có việc)	8,8	9,4
Khu vực	Thành thị	21,5	18,7
	Vùng ven	21,8	19,3
Chung		21,6	18,8

Tỷ lệ béo phì dựa trên tỷ lệ chất béo trong cơ thể tính từ công thức tiên đoán của Gallagher chiếm 18,8% thấp hơn theo phân loại BMI của WHO (21,6%). Tỷ lệ béo phì theo phân loại BMI của WHO ở nam giới, nhóm tuổi 25-34, tự làm chủ, không có việc làm (có thể làm việc) cao hơn so với tỷ lệ béo phì dựa trên tỷ lệ chất béo tính từ công thức tiên đoán của Gallagher (trung ứng 20% và 11,3%; 22% và 17,6%; 25% và 20%; 15,8% và 9,2%). Trong khi đó, tỷ lệ béo phì theo phân loại BMI của WHO của nữ, nhóm tuổi 55-64, nội trợ lại thấp hơn (trung ứng 23,1% và 25,5%; 15,6% và 19,1%; 24,5% và 27,2%)

Bảng 4. Phân bố tỷ lệ béo phì ở công thức tiên đoán của Gallagher theo phân loại BMI của WHO

Các yếu tố		Phân loại BMI của WHO (kg/m ²) Tần số (tỷ lệ%)			
		<18,5	18,5-<23	23-<25	≥25
Béo phì theo Gallagher	Béo	0(0)	0(0)	33(7,8)	365(82,2)
	Không	896(100)	170(100)	391(92,2)	79(17,8)

Theo công thức tiên đoán của Gallagher (về tỷ lệ chất béo dựa trên BMI) thì đối với những người có BMI nhỏ hơn 23 kg/m² không có trường hợp nào xác định béo phì. Tuy nhiên,

đối với những người có BMI từ 23-<25 kg/m² có đến 7,8% béo phì và những người có BMI từ 25 kg/m² chỉ có 82,2% béo phì.

Bảng 5. Sự khác biệt giữa việc chẩn đoán béo phì theo phân loại BMI của WHO và mô hình tiên đoán tỷ lệ chất béo của Gallagher

Các yếu tố		Tỷ lệ chất béo theo Gallagher [tần số (tỷ lệ%)]		OR	P
		Béo	Không		
Phân loại của WHO về BMI	Béo	365 (82,2)	79(18,8)	2,39(1,58-3,71)	<0,001
	Không	33(2,2)	1457(97,8)		

*Hệ số kappa=0,83

Những người được chẩn đoán là béo phì theo phân loại BMI của WHO nhưng không béo phì theo công thức tiên đoán của Gallagher cao gấp 2,39 lần (KTC95%: 1,58-3,71) so với những người không béo phì theo đánh giá của WHO nhưng béo phì theo công thức tiên đoán của Gallagher, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tuy vậy, có sự đồng thuận cao về kết quả chẩn đoán béo phì giữa hai phương pháp (hệ số kappa=0,83).

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán béo phì muốn chính xác nhất thiết phải đo tỷ lệ chất béo trong cơ thể nhưng chưa thể áp dụng rộng rãi phương pháp này cho cộng đồng. Mặt khác, các nghiên cứu cho thấy có sự tương quan rất mạnh giữa BMI và tỷ lệ chất béo trong cơ thể, sử dụng BMI để ước lượng tỷ lệ chất béo trong cơ thể với độ chính xác cao. Tuy vậy, WHO chỉ hướng dẫn chẩn đoán béo phì dựa trên BMI (mặc dù vẫn chưa có sự thống nhất hoàn toàn ngưỡng BMI để chẩn đoán béo phì



cho người Châu Á để đánh giá hậu quả sức khỏe của thừa cân béo phì [2, 17]). Việc sử dụng BMI để tiên đoán tỷ lệ chất béo và sử dụng tỷ lệ chất béo này để đánh giá béo phì đã được công bố rộng rãi trong nhiều hội nghị kể cả những hội nghị do WHO tổ chức nhưng chưa có những hướng dẫn cụ thể về vấn đề này. Nhiều tác giả trong đó có cả chuyên gia của WHO công nhận việc sử dụng BMI để tiên đoán tỷ lệ chất béo trong cơ thể và dùng kết quả này để chẩn đoán béo phì [1, 3-13, 16]. Tuy vậy, một số ít tác giả còn băn khoăn về ngưỡng tỷ lệ chất béo để chẩn đoán béo phì cho từng chủng tộc, quốc gia nhưng chưa đưa ra những chứng cứ thuyết phục cho những đề nghị để thay đổi ngưỡng chẩn đoán béo phì dựa trên tỷ lệ chất béo theo từng chủng tộc, quốc gia... Trong khi, WHO hướng dẫn sử dụng BMI để chẩn đoán thừa cân, béo phì riêng biệt cho cả người châu Á và châu Âu thì những hướng dẫn chẩn đoán béo phì dựa trên tỷ lệ chất béo chưa rõ ràng (lấy ngưỡng tỷ lệ chất béo trên 25% đối với nam và trên 35% đối với nữ là béo phì nhưng ngưỡng cho từng một quốc gia, dân tộc thì chưa có nhiều công bố). Một nghiên cứu về tương quan giữa BMI và tỷ lệ chất béo tại TPHCM vào năm 2011 đề nghị ngưỡng để chẩn đoán béo phì trên người Việt Nam là trên 30% đối với nam và trên 40% [14] đối với nữ với lý do ngưỡng chẩn đoán béo phì dựa vào tỷ lệ chất béo của WHO dựa trên quần thể có BMI \geq 30 trong khi ngưỡng chẩn đoán béo phì cho các nước châu Á là BMI \geq 25 [17]. Hơn nữa, ngưỡng tỷ lệ chất béo để chẩn đoán béo phì đã được công nhận ở hầu hết các nước trên thế giới. Do vậy, nếu cần những điều chỉnh ngưỡng tỷ lệ chất béo trong chẩn đoán béo phì thì cần cung cấp những chứng cứ khác bởi nghiên cứu được tiến hành ở TPHCM không nghiên cứu về hậu quả sức khỏe tương ứng với những ngưỡng tỷ lệ chất béo khác nhau. Mặt khác, chỉ có BMI phụ thuộc vào tỷ lệ chất béo chứ không xảy ra điều ngược lại, vì vậy lập luận đề nghị thay đổi ngưỡng chẩn đoán béo phì dựa trên tỷ lệ chất béo cho người Việt Nam chưa xác đáng.

Các nghiên cứu trong nước về tỷ lệ thừa cân béo phì thường tập trung ở đối tượng trẻ em. Theo điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ do Tổng cục Thống kê phối hợp với Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp quốc và Quỹ Dân số Liên Hiệp quốc thực hiện cho thấy tỷ lệ béo phì ở trẻ em khu vực Đông Nam Bộ năm 2011 là 10,6%, kết quả nghiên cứu tại thành phố Thủ Dầu Một năm 2012 về tỷ lệ thừa cân béo phì học sinh tiểu học là 47,2% (thừa cân 22,8% và béo phì 24,4%). Theo nghiên cứu của chúng tôi thì khoảng 1/5 người dân 25-64 tuổi tại thành phố Thủ Dầu Một béo phì. Như vậy, thừa cân, béo phì đang trở thành mối nguy cho sức khỏe người dân thành phố Thủ Dầu Một nói riêng, cho sức khỏe toàn cầu nói chung [17].

Tỷ lệ béo phì theo phân loại của WHO cao hơn công thức tiên đoán của Gallagher (bảng 3). Điều này phù hợp khi có nhiều đối tượng được chọn vào nghiên cứu có khối cơ lớn (như những vận động viên hoặc ngành nghề thường xuyên sử dụng cơ bắp như vận động viên thể hình, bóng đá, xe đạp, võ các loại, vệ sĩ...). Bờn nhược điểm lớn nhất của đánh giá béo phì dựa trên BMI là không phân biệt được nặng do mỡ, cơ hay xương. Cùng một chiều cao và cân nặng nhưng phân bố khối cơ hoặc khối mỡ khác nhau và điều khác biệt này cho thấy tỷ lệ mỡ trong cơ thể của một người cùng một chiều cao và cân nặng cũng khác nhau và nếu dùng BMI để đánh giá béo phì sẽ mắc phải sai lầm khi chọn đối tượng có khối cơ xương lớn. Phân tích tỷ lệ béo phì theo giới tính, nhóm tuổi của nghiên cứu này cũng có những lập luận trên. Trong khi tỷ lệ béo phì ở nữ giữa hai phương pháp chẩn đoán khác biệt không nhiều (cao hơn theo Gallagher, 25,5% so với 23,1%) thì tỷ lệ này ở nam theo cách đánh giá ở công thức tiên đoán tỷ lệ chất béo của Gallagher lại thấp hơn rất nhiều (11,3% so với 20%). Có thể nam giới thường có khối lượng cơ lớn hơn do thói quen vận động và luyện tập thể thao đòi hỏi sử dụng cơ bắp. Do vậy, cân nặng sẽ nặng hơn và do đó BMI sẽ cao nhưng thực chất là tỷ lệ chất béo trong cơ thể của họ nằm dưới ngưỡng cho phép (từ 25% trở xuống) và càng nhiều đối tượng có điều kiện trên được đưa vào nghiên cứu thì tỷ lệ béo phì theo cách phân loại dựa trên BMI sẽ cao hơn dựa trên tỷ lệ chất béo. Hơn nữa, theo kết quả (bảng 4) cho thấy những người được đánh giá là thừa cân theo cách phân loại của WHO (BMI từ 23-<25,0 kg/m²) [17] thì có 7,8% béo phì theo tiên đoán tỷ lệ chất béo của Gallagher. Do vậy, việc đánh giá béo phì dựa trên phân loại BMI của WHO chưa phù hợp trong một số trường hợp (sai lầm khi đối tượng chẩn đoán có khối lượng cơ xương lớn và bỏ sót những người béo phì mà có BMI thấp).

Mặc dù, giá trị tiên đoán giữa 2 phương pháp chẩn đoán béo phì dựa trên BMI của WHO và chẩn đoán béo phì dựa vào kết quả tiên đoán tỷ lệ chất béo dựa trên BMI của Gallagher rất cao (giá trị ROC>85%) và hai test chẩn đoán này rất tương đồng trong việc chẩn đoán béo phì (kappa=0,83) nhưng sự khác biệt giữa hai phương pháp này chủ yếu là sự khác biệt từ những người được chẩn đoán là béo phì theo đánh giá của WHO nhưng không béo phì theo công thức tiên đoán của Gallagher với những người không béo phì theo đánh giá của WHO nhưng béo phì theo công thức tiên đoán của Gallagher (bảng 5). Sự khác biệt này xuất phát từ nhược điểm của chẩn đoán béo phì dựa trên phân loại BMI của WHO (không phân biệt nặng do cơ xương hay chất béo).

Tóm lại, chẩn đoán béo phì dựa trên phân loại BMI theo hướng dẫn của WHO còn bất cập. Hơn nữa, mức độ tương

quan giữa BMI và tỷ lệ chất béo trong cơ thể phụ thuộc vào phương pháp đánh giá tỷ lệ chất béo trong cơ thể, vào từng vùng và quốc gia [5]. Đồng thời, không nên sử dụng riêng biệt BMI cho việc đánh giá gánh nặng bệnh tật cũng như trong chẩn đoán và điều trị béo phì [11]. Và công thức ước lượng tỷ lệ chất béo của Gallagher dựa trên BMI với độ chính

xác cao lại dễ dàng sử dụng [6]. Do vậy, có thể sử dụng công thức này để ước lượng tỷ lệ chất béo và dùng đồng thời công thức này để đánh giá béo phì bởi sự đồng thuận cao (hệ số kappa là 0,83), hạn chế được những nhược điểm khi chẩn đoán dựa trên BMI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Catherine L, Carpater, Eric Yan. Body fat and body-mass index among a multiethnic sample of college -age men and women. *Journal of Obesity* (2013).
2. Chamukutan Snehathala, Vijay Viswanathan, Ambady Ramachandran. Cutoff values for normal anthropometric variables in Asian Indian Adults. *Diabetes Care* (2003). 26(5): 1380-1384.
3. Chandrasekharan Nair Kesavachadran, Vipin Bilhari & Neeraj Mathur. The normal range of body mass index with high body fat percentage among male residents of Lucknow city in north India. *Indian Journal Medicine* (2012). 135: 72-77.
4. Chang CJ, Wu CH, Yao WJ, Yang YC, Wu JS, Lu FH. Low body mass index but high percent body fat in Taiwanese subjects: implications of obesity cutoffs. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* (2003); 27:253-9.
5. Deurenberg P, Deurenberg-Yap M, van Staveren WA. Body mass index and percent body fat: a meta analysis among different ethnic groups. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* (1998); 22:1164-1171.
6. Gallagher D, Heymsfield SB, Heo M, Jebb SA, Murgatroyd PR, Sakamoto Y. Healthy percentage body ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000; 72:694-791.
7. Khaula Noreen. Comparison of predicted body fatness from body mass index and from bioelectric impedance analysis among healthy females. *International Journal of Advancements in Research & Technology* (2014). 3(11): 80-90.
8. Luiz Antonio Dos Anjos, Fabiana da Costa Teixeira, Vivian Wahrlich. Body fat percentage and body mass index in a probability sample of an adult urban population in Brazil. *Artigo Article* (2013). 29(1): 73-81.
9. Maryam Abolhasani, Sahar Dehghani, Tahereh Yazdani. Does Body fat percentage associate with age and Body mass index. *International research Journal of applied and basic sciences* (2013). 5(10). 1307-1311.
10. Michael Zanovec, Jing Wang, Carol E. Development and comparison of two field-based body fat prediction equation: NHANES 199-2004. *International Journal of Exercise Science* (2012). 5(3): 223-231.
11. Ottavia Colombo, Simona Villani, Giovana Pinelli. To treat or not to treat: Comparison of different criteria used to determine whether weight loss is to be recommended. *Nutrition Journal* (2008).
12. RYT Sung, HK SO, AM Li. Body fat measured by bioelectrical impedance in Hong Kong Chinese children. *Hong Kong Medicine Journal* (2009); 15:110-7.
13. Sochung Chung, Mi-Yeon Song, Hyun-Dae Kim. Korean and Caucasian Premenopausal women have different relationship of body mass index to percent body fat with age. *Journal Applied Physican* (2005). 99: 103-107.
14. Thuy VT, Chau TT, Cong ND, De DV, Nguyen TV. Assessment of low bone mass in Vietnamese: comparison of QUS calcaneal ultrasonometer and data-derived T-scores. *Journal of Bone and Mineral Metabolism* 2003; 21: 114-119
15. Trịnh Hồng Sơn, Vũ Đại Quế, Nguyễn Tiến Thành và cộng sự. Chẩn đoán và điều trị béo phì. *Tạp chí Y học Thực hành* (2013). 870(5): 168-173.
16. Verma V, Soni A, Joglekar A. Relationship between body mass index and percent body fat among females of Raipur city. *British Journal of Applied Science & Technology* (2015). 8(2): 213-218.
17. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet* (2004); 363:157-163.



TỶ LỆ SUY DINH DƯỠNG TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI THỊ XÃ THUẬN AN TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2016

Võ Nguyên Diễm Thy¹, Bùi Minh Hiền², Trần Văn Hưởng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy dinh dưỡng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em. Trẻ em bị suy dinh dưỡng mà không can thiệp kịp thời sẽ để lại hậu quả lâu dài ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, trí tuệ và tinh thần của trẻ.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng (thể nhẹ cân, thấp còi, gầy còm) trẻ em dưới 5 tuổi và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại thị xã Thuận An.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 965 trẻ em dưới 5 tuổi tại thị xã Thuận An tỉnh Bình Dương từ tháng 7 đến tháng 9 năm 2016.

Kết quả: Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân, thể thấp còi, thể gầy còm của trẻ em dưới 5 tuổi của thị xã Thuận An lần lượt là: 4,46%; 8,50% và 4,25%. Suy dinh dưỡng mức độ nhẹ chủ yếu gặp ở cả 3 thể. Nhóm tuổi có tỷ lệ suy dinh dưỡng gầy còm cao là nhóm dưới 12 tháng tuổi (9,03%). Các bà mẹ là dân tộc thiểu số, có trình độ học vấn thấp dưới cấp 1, kinh tế gia đình nghèo, có hộ khẩu tạm trú trên địa bàn, tăng cân ít trong thời kỳ mang thai, cân nặng trẻ sơ sinh thấp dưới 2500g, nhóm tuổi < 12 tháng, bú sữa mẹ không hoàn toàn, ăn dặm không đúng là những yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, dinh dưỡng, trẻ em, Bình Dương.

ABSTRACT

THE PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED TO MALNUTRITION OF CHILDREN AMONG UNDER FIVE YEAR-OLDS IN THUAN AN TOWN, BINH DUONG PROVINCE

Background: Malnutrition is one of the leading causes of death in children. There will be serious consequences with the affecting malnourished children's physical, intellectual and spiritual development if they do not be in management intervention for a long time.

1. Trung tâm Chăm sóc SKSS Bình Dương
2. Sở Y tế Bình Dương
3. Bệnh viện đa khoa Nam Anh

Objectives: To determine the rate and the risk factors associated to malnutrition among under five year-olds in Thuan An Town, Binh Duong Province.

Method: A cross-sectional descriptive study was carried out on 965 under 5 years children in Thuan An Town, Binh Duong Province from July January 2016 to September 2016.

Results: The rate of malnutrition of children among under five year-olds of underweight was 4.46%, stunting was 8.05% and wasting was 4.25%. Mild-to-moderate malnutrition was most prevalent in all three types of malnutrition. Prevalence of acute malnutrition (Wasting) in children aged less than 12 months was 9.03%. There were some statistically significant relationships between the rate of nutritional status among under 5 years children and ethnic group of parents, level of education of parents, socioeconomic status, area of residence, weight gain during pregnancy, low birth weight (<2.500 g), age group under 12 months, breastfeeding status and weaning, $p < 0.05$.

Keywords: Malnutrition, nutrition, children, Binh Duong Province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng luôn được quan tâm hàng đầu ở tất cả các nước trên thế giới. Chế độ dinh dưỡng quyết định sự phát triển giống nòi của cả dân tộc. Trẻ em là đối tượng chính chịu nhiều ảnh hưởng của chế độ dinh dưỡng và rất dễ bị suy dinh dưỡng. Trẻ em bị suy dinh dưỡng mà không can thiệp kịp thời sẽ để lại hậu quả lâu dài ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, trí tuệ và tinh thần của trẻ. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, có khoảng 150 triệu trẻ em bị suy dinh dưỡng, trong đó 70% là trẻ em châu Á. Cùng với bệnh tiêu chảy, bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp, suy dinh dưỡng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em.

Ở nước ta, chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi đã triển khai nhiều năm qua, đã đạt được những

kết quả đáng kể, tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi đã giảm liên tục và bền vững. Năm 1985 tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em (thể nhẹ cân) toàn quốc là 51.5% và đến năm 2015 là 14.1%. Thiếu ăn không phải là nguyên nhân chủ yếu gây suy dinh dưỡng, mà còn nhiều yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ, các yếu tố này khác nhau ở mỗi địa phương.

Thuận An là một thị xã của tỉnh Bình Dương, có nhiều khu công nghiệp đóng trên địa bàn, thu hút lượng lớn công nhân từ nhiều vùng miền khác nhau đến sinh sống và làm việc. Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng thấp còi tại thị xã Thuận An cao nhất trong tỉnh theo số liệu báo cáo cân đo của cộng tác viên(5). Tình trạng thiếu ăn, thiếu hiểu biết về chăm sóc sức khỏe, dinh dưỡng của các phụ nữ có thai và bà mẹ con dưới 5 tuổi vẫn còn phổ biến ở những địa bàn có khu công nghiệp. Vì vậy, có nhiều yếu tố không thuận lợi trong vấn đề chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, điều đó làm trở ngại trong việc thực hiện Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng tại địa phương. Hàng năm, Viện Dinh dưỡng tổ chức đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi của cả tỉnh, nhưng cho đến nay, chưa có nghiên cứu đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi của từng huyện thị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng của thị xã Thuận An mong muốn tìm được giải pháp can thiệp hiệu quả nhằm giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em, cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em của tỉnh nhà.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tại thị xã Thuận An của tỉnh Bình Dương năm 2016.
2. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại thị xã Thuận An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả trẻ em dưới 5 tuổi và bà mẹ có con dưới 5 tuổi của thị xã Thuận An tỉnh Bình Dương.

Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 7 đến tháng 9 năm 2016.

Phương pháp nghiên cứu:

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

Cỡ mẫu tính theo công thức: $n = Z^2p(1 - p) / d^2$

Trong đó:

- n là số trẻ dưới 5 tuổi
- Z = 1.96 ở ngưỡng xác suất 95%
- p = là tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi của tỉnh Bình Dương năm 2015

d : Sai số mong muốn

Cỡ mẫu xác định tình trạng suy dinh dưỡng thể thấp còi ($p = 0.218[2]$), chọn $d = 0,04$. $n = 410$.

Cỡ mẫu xác định tình trạng suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ($p = 0.089\%[2]$), chọn $d = 0.022$. $n = 644$.

Cỡ mẫu xác định tình trạng suy dinh dưỡng thể gầy còm ($p = 0.076[2]$), chọn $d = 0.02$. $n = 674$.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu $n = 674$.

Vì chọn mẫu cụm theo tỷ lệ dân số (PPS) nên nhân hệ số thiết kế là 1,5.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn tổng số trẻ nghiên cứu là 1000.

Phương pháp chọn mẫu:

Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu cụm theo tỷ lệ dân số (PPS). Tổng cộng có 30 cụm sẽ được chọn.

Bước 1: Chọn 30 cụm khu phố.

- Lập danh sách toàn bộ số khu phố của 10 phường trong toàn thị xã Thuận An[3], đánh số từ 1 đến 56. Thống kê tổng số dân của từng khu phố và thực hiện cộng dồn; Chọn 30 cụm khu phố trong tổng số 56 khu phố của toàn thị xã để điều tra.

- Tính khoảng cách mẫu: $477.842/30 = 15.928$

- Chọn số ngẫu nhiên đầu tiên. Số ngẫu nhiên được chọn bằng cách lấy từ bảng số ngẫu nhiên. Số ngẫu nhiên chọn ra phải nhỏ hơn hoặc bằng khoảng cách mẫu.

- Số ngẫu nhiên thứ 2 bằng số ngẫu nhiên đầu tiên cộng với khoảng cách mẫu, tương ứng chọn cho đến khi được 30 số ngẫu nhiên.

- Xác định khu phố thứ 1: chọn số ngẫu nhiên thuộc khu phố nào thì chọn khu phố đó.

- Xác định khu phố thứ 2: chọn số ngẫu nhiên + khoảng cách mẫu = khu phố 2. Cứ như vậy ta chọn đủ 30 khu phố.

- Số trẻ dưới 5 tuổi cần điều tra đại diện cho thị xã Thuận An là 1000. Như vậy số trẻ phải chọn tối thiểu trong mỗi khu phố là: $1000/30 = 34$ trẻ.

Bước 2: Chọn hộ gia đình có trẻ em dưới 5 tuổi để điều tra

Dựa vào danh sách các hộ trong khu phố, chọn ngẫu nhiên 1 hộ. Sau đó tiến hành cân đo số trẻ xung quanh hộ đó cho đến khi đủ 34 trẻ dưới 5 tuổi thì ngưng.

Phương pháp thu thập số liệu:

Phòng vấn dựa vào phiếu điều tra được thiết kế sẵn để thu thập các thông tin về các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ em; thu thập số liệu để đánh giá tỷ lệ suy dinh dưỡng gồm các chỉ số: tháng tuổi, cân nặng, chiều cao. Các kỹ thuật cân nặng và đo chiều cao theo hướng dẫn của Viện Dinh dưỡng quốc gia. Tháng tuổi của trẻ được tính toán tự động từ phần mềm WHO Anthro - 2005.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ: Sử dụng phần mềm WHO Anthro- 2005. Có 3 thể suy dinh dưỡng: SDD thể nhẹ cân (cân nặng/tuổi < -2SD); SDD thể thấp còi (chiều cao/tuổi < -2SD); SDD thể gầy còm (cân nặng /chiều cao < -2SD)

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý dữ kiện



thô, mã hóa trước khi nhập số liệu. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phần mềm WHO Anthro - 2005. Sử dụng phần mềm Stata 12.0 để xử lý và phân tích số liệu. Sử dụng chi bình phương để kiểm định mối tương quan giữa 2 tỷ lệ, các mức xác suất được xác định là $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ hiện mắc suy dinh dưỡng theo thể (n=965)

Thể suy dinh dưỡng	Tần số	Tỷ lệ (%)
SDD thể nhẹ cân	43	4.46
SDD thể thấp còi	82	8.50
SDD thể gầy còm	41	4.25

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi cao nhất trong các thể.

Bảng 2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo mức độ

Mức độ SDD	Độ I	Độ II	Độ III
SDD nhẹ cân (%)	3.63	0.62	0.21
SDD thấp còi (%)	6.53	1.45	0.52
SDD gầy còm (%)	3.94	0.10	0.21

Suy dinh dưỡng cả 3 thể chủ yếu là độ I.

Bảng 3. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo nhóm tuổi

Tình trạng DD	SDD thể nhẹ cân		SDD thể thấp còi		SDD thể gầy còm	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
< 12 (n=144)	8	5,56	7	4.86	13	9.03
12 - < 24 (n=268)	9	3,36	22	8.21	11	4.10
24 - < 36 (n=201)	5	2,49	19	9.45	6	2,99
36 - < 48 (n=202)	11	5,45	20	9.90	7	3.47
48 - < 60 (n=150)	10	6,67	14	9,33	4	2.67

Tỷ lệ suy dinh thể nhẹ cân và suy dinh dưỡng thể thấp còi tăng dần theo nhóm tuổi.

Nhóm tuổi có tỷ lệ SDD thể nhẹ cân cao nhất là 48- 60

tháng tuổi (6.67%); tỷ lệ SDD thể thấp còi cao nhất ở nhóm 36 - 48 tháng tuổi (9.9%); tỷ lệ SDD thể gầy còm cao nhất ở nhóm dưới 12 tháng tuổi (9.03%).

Bảng 4. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo giới tính

Tình trạng DD	SDD thể nhẹ cân		SDD thể thấp còi		SDD thể gầy còm	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Nữ (521)	24	4,28	34	6,53	23	4,41
Nam (444)	19	4,61	48	10,81*	18	4,05

Tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân và thể gầy còm không có sự khác biệt giữa trẻ nam và trẻ nữ.

Bảng 5. Liên quan giữa các yếu tố khảo sát với tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Các yếu tố	SDD thể nhẹ cân		SDD thể thấp còi		SDD thể gầy còm	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Tuổi mẹ						
≥35	11	6,63	20	12,05	6	3,61
18-<35	32	4,01	62	7,76	35	4,38
Học vấn của mẹ						
Dưới cấp 1	10	7,14	19	13,57*	7	5,00
>Cấp 1	33	4,00	63	7,64	34	4,12

Nghề nghiệp mẹ						
Công nhân	28	4,98	49	8,72	26	4,63
Khác	15	3,72	33	8,19	15	3,72
Dân tộc						
Kinh	39	4,32	78	8,64	35	3,88*
Khác	4	6,45	4	6,45	6	9,68
Nơi cư ngụ						
Tạm trú	30	4,90	46	7,52	35	5,72*
Thường trú	13	3,68	36	10,20	6	1,70
Kinh tế gia đình						
Nghèo	3	6,25	11	22,92*	4	8,33
Khá, đủ ăn	40	4,36	71	7,74	37	4,03
Số con trong gia đình						
≤2 con	41	4,63	71	8,02	38	4,29
>2 con	2	2,50	11	13,75	3	3,75
Tăng cân khi mang thai						
>12kg	8	2,84	16	5,67	7	2,48
<12kg	35	5,12	66	9,66*	34	4,98
Cân nặng lúc sinh						
≥ 2500g	36	4,1	68	7,74	36	4,1
<2500g	7	8,05	14	16,09*	5	5,75
Bú mẹ sớm trong 1 giờ đầu sau sanh	12	3,32	25	6,93	14	3,88
Bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu	12	5,41	22	9,91	16	7,21
Thời điểm cai sữa						
<12 tháng	14	3,10	35	7,74	17	3,76
Sau 12 tháng	29	5,65	47	9,16	24	4,68
Thời điểm bắt đầu ăn dặm						
<6 tháng	21	3,83	38	6,93*	19	3,47
>6 tháng	22	5,28	44	10,55	22	5,28
Chế biến bữa ăn dặm						
Đúng	11	3,86	30	10,53	11	3,86
Sai	32	4,71	52	7,65	30	4,41

Từ bảng 5 cho thấy, các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng thấp còi của trẻ gồm: các bà mẹ có trình độ học vấn thấp dưới cấp 1, kinh tế gia đình nghèo, tăng cân ít trong thời kỳ mang thai, cân nặng trẻ sơ sinh thấp dưới 2500g, thời điểm bắt đầu ăn dặm sớm, giới tính của trẻ.

Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng gầy còm của trẻ gồm các bà mẹ là dân tộc thiểu số, có hộ khẩu tạm trú trên địa bàn, trẻ < 12 tháng tuổi.

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ hiện mắc suy dinh dưỡng

- Đối với suy dinh dưỡng thể nhẹ cân: Cân nặng đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ tại thời điểm cân. Trẻ thiếu cân là trẻ bị SDD. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là 4,46%. Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân độ 1, độ 2 và độ 3 lần lượt là 3,63%; 0,62% và 0,21%. SDD mức độ 1 là chủ yếu. Theo phân loại của WHO[1], thị thị xã Thuận An có tỷ



lệ SDD thể nhẹ cân ở mức thấp. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân (4,46%) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân của tỉnh Bình Dương (8,5%) và của toàn quốc năm 2015(14,1%). Chương trình phòng chống SDD trẻ em đã tác động hiệu quả ở thị xã Thuận An.

- Đối với suy dinh dưỡng thể thấp còi: Chiều cao theo tuổi là thước đo phản ánh tình trạng SDD mạn tính hay tình trạng thiếu protein kéo dài. Các nghiên cứu gần đây trên thế giới đi đến kết luận là thấp còi là chỉ tiêu đánh giá dinh dưỡng kém trong trong giai đoạn bào thai và giai đoạn 2 -5 năm đầu tiên của cuộc đời. Tỷ lệ SDD thấp còi ngày càng được chú ý vì ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ SDD thể thấp còi là 8,5%. Tỷ lệ SDD thấp còi độ 1, độ 2, độ 3 lần lượt là 6,53%; 1,45% và 0,52%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi (8,5%) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi của tỉnh Bình Dương (21,4%) và của toàn quốc năm 2015(24,6%). Điều này cho thấy, tỷ lệ SDD thể thấp còi của thị xã Thuận An đã cải thiện rõ rệt sau 3 năm thực hiện mô hình điểm can thiệp nhằm giảm SDD thể thấp còi. SDD thể thấp còi trẻ em dưới 5 tuổi không còn là vấn đề dinh dưỡng ưu tiên để giải quyết trong thời gian tới.

- Đối với suy dinh dưỡng thể gầy còm: Thể hiện tình trạng thiếu ăn gần đây, mang tính cấp tính. Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi SDD cấp tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,25%, cao hơn so với mức chung của tỉnh (3,6%) và thấp hơn mức chung của toàn quốc năm 2015(7,8%). SDD thể gầy còm phản ánh tức thì hậu quả tình trạng không tăng cân hoặc sụt cân của trẻ. Điều này cho thấy tính bền vững trong việc cải thiện tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em tại địa bàn chưa cao. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ SDD gầy còm cao nhất ở nhóm tuổi < 12 tháng là 9.03%, cần phải có những giải pháp can thiệp kịp thời cho nhóm trẻ < 12 tháng tuổi.

2. Các yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng

- Suy dinh dưỡng theo giới tính:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ SDD nhẹ cân và gầy còm ở trẻ nam và trẻ nữ và cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đinh Đạo tại huyện Bắc Trà My tỉnh Quảng Nam[7], Bùi Minh Thư tại huyện Cao Lộc – tỉnh Lạng Sơn[8]. Tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- Tuổi và SDD:

Từ bảng 3 cho thấy, tỷ lệ SDD thể nhẹ cân cao nhất ở nhóm 48- 60 tháng tuổi (6,67%). Có thể có nhiều lý do, nhưng ở tuổi này trẻ em ít được chăm sóc hơn, bà mẹ quan niệm là con đã lớn nên chế độ ăn như người lớn, dẫn đến chế độ ăn không hợp lý và tỷ lệ bệnh nhiễm trùng tăng cao do vậy làm

tăng tỷ lệ SDD ở nhóm trẻ này.

Diễn biến của tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ tăng nhanh từ năm 1 tuổi (4,17%) sang năm 2 tuổi (8,21%) và tăng dần lên đến năm 5 tuổi (10,0%). Năm thứ 2 và năm thứ ba là giai đoạn khó khăn trong cuộc đời của một đứa trẻ vì trẻ dần thôi bú mẹ, phải bắt đầu tập ăn các thức ăn như người lớn và trẻ hay mắc bệnh đường hô hấp, đường tiêu hóa... nên suy dinh dưỡng tăng nhanh ở nhóm trẻ này.

Tỷ lệ SDD thể gầy còm cao nhất ở nhóm dưới 12 tháng tuổi (9.03%). Đây là thể SDD cấp tính xảy ra ở nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ cai sữa sớm trước 12 tháng chiếm tỷ lệ 46,84%, tỷ lệ trẻ ăn dặm sớm trước 6 tháng 56,79% và cho trẻ ăn dặm bằng thức ăn công nghiệp chế biến sẵn như bột, cháo gói, cháo chế biến sẵn... Vì vậy, trong công tác phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em cần phải chú trọng đối tượng trẻ dưới 12 tháng, tăng cường truyền thông giáo dục dinh dưỡng để mọi trẻ cần được bú sữa mẹ hoàn toàn và bú mẹ kéo dài đến 18 -24 tháng; hướng dẫn cho các bà mẹ thực hành dinh dưỡng đúng và hợp lý là giải pháp cần thiết.

- Trong nghiên cứu này, các yếu tố làm ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng như: các bà mẹ là dân tộc thiểu số, dân nhập cư, có trình độ học vấn thấp dưới cấp 1, hộ nghèo, tăng cân ít trong thời kỳ mang thai, cân nặng trẻ sơ sinh thấp < 2500g, nhóm tuổi < 12 tháng, bú sữa mẹ không hoàn toàn, ăn dặm không đúng. Các yếu tố này thực chất là những yếu tố nguy cơ SDD đã được WHO nêu ra. Vì vậy, chương trình phòng chống SDD thị xã Thuận An cần phải có sự phối hợp các ban ngành đoàn thể tại địa phương đưa ra các giải pháp can thiệp các yếu tố nguy cơ và có chiến lược dự phòng ngay trong thời kỳ bào thai và 2 năm đầu của cuộc đời và phục hồi dinh dưỡng cho nhóm trẻ bị suy dinh dưỡng cấp tính.

KẾT LUẬN:

1. Tỷ lệ hiện mắc suy dinh dưỡng

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân trẻ em < 5 tuổi của thị xã Thuận An: 4,46%, trong đó 3,63% độ I; 0,62% độ II; 0,21% độ III.

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi là 8.50%

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể gầy còm là 4.25%.

2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ:

Các bà mẹ là dân tộc thiểu số, có trình độ học vấn thấp dưới cấp 1, kinh tế gia đình nghèo, có hộ khẩu tạm trú trên địa bàn, tăng cân ít trong thời kỳ mang thai, cân nặng trẻ sơ sinh thấp dưới 2500g, nhóm tuổi < 12 tháng, bú sữa mẹ không hoàn toàn, ăn dặm không đúng là những yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Chưa thấy liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng của trẻ với các yếu tố tuổi mẹ, nghề nghiệp của mẹ, số con trong gia đình, cho bú sớm 1 giờ đầu sau sanh, việc bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, thời điểm cai sữa, chế biến bữa ăn dặm.

KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu, nhận thấy:

1. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi của huyện Thuận An thể nhẹ cân và thể gầy còm đang ở mức < 5%, đây không phải còn là vấn đề dinh dưỡng cần ưu tiên giải quyết trong thời gian tới.

2. Kiến thức dinh dưỡng và thực hành chăm sóc sức khỏe cho trẻ < 2 tuổi chưa đạt: nuôi con bằng sữa mẹ và ăn dặm hợp lý....

3. Khó khăn trong quản lý đối tượng dân nhập cư trên địa bàn khu công nghiệp với trình độ học vấn thấp, dân tộc thiểu số, dẫn đến công tác truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại cộng đồng không được thuận lợi.

Vi vậy, Dự án cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em của thị xã Thuận An triển khai các hoạt động phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ dưới 5 tuổi ưu tiên đẩy mạnh công tác truyền thông giáo dục dinh dưỡng và thực hành dinh dưỡng tại cộng đồng, chăm sóc tốt trong thời kỳ mang thai và 2 năm đầu đời của trẻ, chú trọng các bà mẹ là dân tạm trú, dân tộc thiểu số, hộ nghèo trên địa bàn và cần có giải pháp hỗ trợ phục hồi dinh dưỡng cho các trẻ suy dinh dưỡng cấp tính nhất là nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng Quốc gia, tổng cục Thống kê (2011), kết quả điều tra theo dõi tỷ lệ SDD trẻ em các tỉnh năm 2010, Hội nghị dinh dưỡng toàn quốc năm 2011.
2. Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng (2015), tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi 1999-2015, dự án cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em.
3. Báo cáo quản lý dân số của khoa Dân số - thuộc Trung tâm Y tế thị xã Thuận An năm 2016.
4. Bộ Y tế, Viện Dinh dưỡng (1998), hướng dẫn đánh giá tình trạng dinh dưỡng và thực phẩm ở một cộng đồng, nhà xuất bản Y học Hà Nội, trang 13-16, 59-72.
5. Báo cáo tổng kết dự án cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em năm 2015 tỉnh Bình Dương.
6. Nguyễn Cảnh Phú (2011), đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em < 5 tuổi vùng ven biển tỉnh Nghệ An, Tạp chí Y học Thực hành, số 6/2013, tr.96
7. Đinh Đạo (2009), nghiên cứu tình hình suy dinh dưỡng trẻ em huyện Trà My tỉnh Quảng Nam, luận án chuyên khoa II, trường Đại học Y Dược Huế.
8. Bùi Minh Thư (2011), thực trạng suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi ở huyện Cao Lộc – tỉnh Lạng Sơn, trường Đại học Y Dược – ĐH Thái Nguyên.
9. UNICEF (1998), the state of the worlds children 1998, Pulicshed for UNICEF by Oxford University press, pp.11, 24.



TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BÀ MẸ VÀ CHIỀU DÀI, CÂN NẶNG CỦA TRẺ SƠ SINH TẠI TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2012 - 2013

Văn Quang Tân¹, Phạm Ngọc Thủy², Trần Văn Hưởng³

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Thiếu năng lượng trường diễn (TNLTD), thiếu máu ở phụ nữ có thai, trẻ sinh nhẹ cân, suy dinh dưỡng (SDD) là những vấn đề sức khỏe cộng đồng; Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của bà mẹ có liên quan chặt chẽ đến TTDD và sức khỏe của trẻ em không chỉ ở trước và sau khi sinh mà còn tiếp tục đến giai đoạn phát triển sau này. Các bà mẹ bị TNLTD, thiếu máu có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân cao; bà mẹ có chiều cao thấp nguy cơ sinh trẻ có chiều dài khi sinh ngắn. Những trẻ khi sinh nhẹ cân và chiều dài sơ sinh ngắn có nguy cơ cao bị suy dinh dưỡng thấp còi và khi trưởng thành bị thiếu năng lượng trường diễn và chiều cao thấp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng dinh dưỡng và tìm hiểu mối liên quan giữa TTDD của mẹ với chiều dài, cân nặng của trẻ khi sinh tại tỉnh Bình Dương năm 2012. **Phương pháp:** Nghiên cứu thuần tập tiến cứu thực hiện trên 945 phụ nữ mang thai tại huyện Thuận An, Tân Uyên và thị xã Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương. **Kết quả:** Tuổi trung bình (TB) của bà mẹ có thai là 28,3, có khoảng 6,4% bà mẹ có chiều cao dưới 145cm và 44,6% bà mẹ có cân nặng dưới 45kg. Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân là 9,7% và 6,9% trẻ sinh thiếu tháng. Cân nặng sơ sinh TB của con các bà mẹ bị TNLTD thấp hơn cân nặng TB của con các bà mẹ không bị TNLTD (3.046 và 3.119gr ($p < 0,05$)). Các bà mẹ bị TNLTD có nguy cơ bị thiếu máu (gấp 1,5 lần, $p < 0,05$), sinh trẻ nhẹ cân (gấp 3,39 lần, $p < 0,0001$) và sinh trẻ có chiều dài dưới 50cm (gấp 1,8 lần; $p < 0,05$) so với các bà mẹ không bị TNLTD.

Kết luận: Các bà mẹ bị thiếu máu, có chiều cao dưới 145cm, nặng dưới 45kg trước khi có thai, tăng cân < 9kg trong thai kỳ, cân nặng dưới 45kg trước khi sinh có nguy cơ sinh trẻ sơ sinh nhẹ cân và chiều dài sơ sinh ngắn cao hơn ($p < 0,05$).

Từ khóa: BMI, thiếu năng lượng trường diễn (CED), tình trạng dinh dưỡng (TTDD) thiếu máu, bà mẹ có thai, trẻ sơ sinh nhẹ cân, chiều dài sơ sinh.

SUMMARY: THE NUTRITIONAL STATUS OF PREGNANT WOMEN ANH BIRTHWEIGHT AND BIRTH LENGHT OF BINH DUONG PROVINCE IN 2012 - 2013

Background: Chronic energy Deficiency (CED), anemia of pregnant women, low birthweight, child malnutrition are matters of public health. There was closely relationship between the maternal health and neonate health.. The morther with CED, anemia is likely to have consequences, bad risk for themselves and offspring. **Research Objective:** To describe the relationship between the nutritional status of pregnant women and the birth weight and birth length of neonate in Binh Duong province. **Methods:** A longitudinal study was performed on 965 pregnant women in three districts of Binh Duong Province in 2012. **Result:** The mean age of pregnat women was 28 years and 6,4% of pregnant woman who was shorter than 145cm and about 44,6% of pregnant women with the weight <45kg before pregnancy. The rate of the low birthweight was 9,7 % and preterm birth was 6,9%.The morthers with CED have a higher risk of anemia, low birth weight, short birth length, and preterm birth than the others.

Conclusion: Anemia, short stature (<145cm) and low weigth (<45kg) before pregnancy, weight gain less than 9kg and under 45kg in weight before birth were the risks of low bierthweight anh short birth length ($p < 0,05$).

Keywords: Body Mass Index (BMI), Chronic Energy Deficiency (CED), Nutritioanal status, Anemia, Pregnant women, Low birthweight, Birth length.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ có ảnh hưởng trực tiếp và lâu dài đến sự phát triển của thai nhi và trẻ sau sinh. Các bà mẹ có thai có tình trạng dinh dưỡng kém, người thấp bé sẽ

1. Sở Y tế Bình Dương
2. Trung tâm Chăm sóc SKSS
3. Bệnh viện đa khoa Nam Anh

» Ngày nhận bài: 01/02/2017 |

» Ngày phản biện: 10/02/2017 |

» Ngày duyệt đăng: 15/02/2017

là nguyên nhân làm thai nhi chậm phát triển, trẻ khi sinh có cân nặng thấp, làm tăng tỉ lệ trẻ em SDD, trẻ chậm phát triển cả tinh thần và vận động; giảm khả năng sinh sản, giảm trí tuệ và năng lực làm việc khi trưởng thành [9]. Thiếu NLTD và thiếu máu ở Việt Nam vẫn còn ở mức có ý nghĩa của sức khỏe cộng đồng [3].

Tỉnh Bình Dương thuộc khu vực miền Đông Nam bộ, nằm trong vùng trọng điểm kinh tế phía Nam có tốc độ tăng trưởng kinh tế cao và phát triển công nghiệp năng động, nhiều khu công nghiệp đã thu hút khoảng 800.000 lao động nhập cư từ các tỉnh thành trong cả nước. Tuy nhiên, bên cạnh thành quả phát triển kinh tế, nhiều vấn đề trong xã hội, đặc biệt là về y tế, chăm sóc sức khỏe cho người lao động, nhất là công nhân với sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ trẻ em rất cần được quan tâm giải quyết. Khoảng 80% lao động nhập cư là nữ trong đó hơn 70% [1],[2] là nữ diện tuổi sinh đẻ, 36,5% phụ nữ tuổi sinh đẻ bị TNLTD và 24,6% thiếu máu [7], trẻ em SDD là 10,6% với thể thấp còi là 24,6% [10].

Để có cơ sở khoa học đưa ra các giải pháp/hoạt động can thiệp tăng cường chăm sóc dinh dưỡng cho phụ nữ có thai, giảm tỉ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân, giảm tỉ lệ trẻ SDD thể thấp còi, thúc đẩy tăng trưởng chiều cao của trẻ và người trưởng thành trong tương lai, chúng tôi thực hiện nghiên cứu tìm hiểu thực trạng dinh dưỡng của bà mẹ, chiều dài và cân nặng sơ sinh tại 3 huyện thị của tỉnh Bình Dương.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng và mối liên quan giữa dinh dưỡng của mẹ và chiều dài, cân nặng của trẻ khi sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng: Phụ nữ có thai đang sống tại 3 huyện thị thành phố Thuận An, Tân Uyên và thị xã Thủ Dầu Một tại tỉnh Bình Dương năm 2012 - 2013.

2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập tiến cứu

3. Tiêu chuẩn chọn đối tượng vào nghiên cứu:

- Phụ nữ có thai, biết rõ ngày kinh cuối
- Có địa chỉ ở rõ ràng, dễ tiếp cận
- Dự kiến sinh tại tỉnh Bình Dương
- Đồng ý tham gia nghiên cứu
- Không mắc bệnh tâm thần và bệnh mạn tính
- Không có khuyết tật về hình thể như: dị tật chân, cột sống có ảnh hưởng đến chiều cao.

4. Tiêu chuẩn loại khỏi nghiên cứu: Phát hiện có thai đôi trở lên, sảy thai, thai chết lưu, sanh non dưới 28 tuần, thai có dị tật bẩm sinh, trẻ có dị tật bẩm sinh phát hiện ngay sau đẻ, từ chối không tiếp tục tham gia nghiên cứu.

5. Áp dụng theo công thức kiểm định nguy cơ tương đối trong nghiên cứu đoàn hệ để điều tra tỉ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân [6]:

$$n = \frac{\left\{ Z_{(1-\alpha/2)} \sqrt{2P^*(1-P^*)} + Z_{(1-\beta)} \sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

P1= 5% ước tỉ lệ trẻ sinh nhẹ cân ở nhóm thai phụ có tình trạng dinh dưỡng tốt (BMI≥18,5 hoặc trong kỳ mang thai tăng cân đủ từ 9kg trở lên).

P2=10% ước tỉ lệ trẻ sinh nhẹ cân ở nhóm thai phụ có thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5 hoặc tăng cân không đầy đủ <9kg). Giả thuyết nhóm này có nguy cơ sinh con nhẹ cân cao gấp 2 lần nhóm có dinh dưỡng bình thường.

$$P^* = (P_1 + P_2) / 2; P^* = (5\% + 10\%) / 2 = 7,5\%$$

$$\text{Chọn: } \alpha = 0,05; 1 - \alpha/2 = 0,975; Z_{0,975} = 1,96; \beta = 0,2; 1 - \beta = 0,8; Z_{0,8} = 0,84.$$

Cộng thêm tỉ lệ 20% các trường hợp mất theo dõi, sảy thai, thai lưu, thai dị tật. Như vậy, cỡ mẫu cho mỗi nhóm bà mẹ theo BMI là 500 (500 bà mẹ có thai BMI<18,5 và 500 bà mẹ có BMI≥18,5).

Cách chọn mẫu và thu thập số liệu: Chọn có chủ đích 3 trong 7 huyện thị của tỉnh, lập danh sách phụ nữ mong đợi có thai và thực hiện điều tra cắt ngang (giai đoạn I), chọn vào nghiên cứu các phụ nữ thỏa mãn tiêu chí và phân thành 2 nhóm theo BMI (nhóm BMI<18,5 và nhóm BMI≥ 18,5). Các phụ nữ được theo dõi, đưa vào nghiên cứu khi phát hiện có thai (giai đoạn II). Chọn theo nhóm và theo xuất hiện có thai để đủ 500 cho mỗi nhóm.

Thực hiện đo chiều cao, cân nặng, xét nghiệm máu máu để đánh giá TTDD (2 lần khi phát hiện có thai và khi thai đủ tháng hoặc trước khi sinh), theo dõi mức tăng cân, đo cân nặng và chiều dài của trẻ trong 24 giờ đầu sau sinh.

Tiêu chuẩn chẩn đoán và đánh giá:

- Thai đủ tháng là thai có tuần tuổi thai đủ từ 37- 42 tuần.
- Phân loại TTDD của bà mẹ khi có thai theo chỉ số khối cơ thể BMI [12]:

BMI < 16	: Thiếu năng lượng trường diễn (TNLTD) độ III
BMI : 16 -16,99	: TNLTD độ II
BMI : 17 -1 8,49	: TNLTD độ I
BMI : 18,5 - 24,99	: Bình thường
BMI : 25 - 29,99	: Tiền béo phì
BMI : >30	: Béo phì.

- Đánh giá thiếu máu ở phụ nữ có thai: Thiếu máu khi nồng độ hemoglobin dưới 110g/l và phân chia thiếu máu có 3 mức độ [11]:

Thiếu máu nhẹ:	Có Hb từ 100 - <110g/l
Thiếu máu trung bình:	Có Hb từ 70-≤90g/l
Thiếu máu nặng:	Có Hb ≤70g/l



Xử lý và phân tích số liệu:

Nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm Stata 12.0, so sánh các tỉ lệ bằng χ^2 và so sánh các giá trị trung bình bằng t-test. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN:

Tổng số 945 phụ nữ mang thai được theo dõi đến khi sinh. Gồm 472 bà mẹ thuộc nhóm TNLTD (BMI <18,5) và 473 bà mẹ không bị TNLTD (BMI \geq 18,5). Kết quả nghiên cứu như sau:

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

- Tuổi trung bình của các bà mẹ khi có thai là 28,3 tuổi,

tuổi trung bình ở nhóm bà mẹ TNLTD thấp hơn nhóm không TNLTD (27,1 tuổi và 29,4 tuổi). Khoảng 52,6% các bà mẹ có nghề nghiệp là công nhân.

- Cân nặng trung bình khi có thai của nhóm bà mẹ TNLTD thấp hơn cân nặng trung bình của nhóm không TNLTD và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (41,9kg và 50,1kg với $p < 0,001$). Chiều cao trung bình của các bà mẹ có thai là 154,2cm, không có sự khác nhau về chiều cao giữa 2 nhóm bà mẹ.

- Các bà mẹ bị TNLTD có nguy cơ sinh thiếu tháng cao gấp 2 lần các bà mẹ không TNLTD (RR =1,958, $p < 0,01$).

Bảng 1. Cân nặng của mẹ trước khi sinh, mức tăng cân trong thời kỳ mang thai, tình hình thiếu máu của bà mẹ thai 3 tháng đầu và trước khi sinh.

Cân nặng TB trước khi sinh	Bà mẹ TNLTD SL(%)	Bà mẹ không TNLTD SL (%)	Tổng SL(%)	p
CN TB \pm SD (kg)	54,4 \pm 4,6	60,6 \pm 5,4		$p < 0,001$
<45	17(3,6)	0	17(1,8)	$p < 0,001$
\geq 45	455(96,4)	473 (100)	928 (98,2)	($c^2=17,3481$)
Mức tăng cân của mẹ				
Tăng cân TB \pm SD (kg)	12,0 \pm 3,4	10,5 \pm 3,3		$p < 0,001$
<-9	51 (10)	134 (28)	185 (19)	$p < 0,001$
-9-12	194 (41)	212 (44)	406 (43)	($c^2=66,2835$)
\geq 12	227 (48)	127 (26)	354 (36)	
Hb thai 3 tháng đầu				
Hb TB \pm SD (g/dl)	11,9 \pm 1,1	12 \pm 1		$p > 0,05$
Thiếu máu	96 (20,3)	62(13)	158 (16,7)	$p > 0,05$
Không thiếu máu	376 (79,7)	411(87)	787 (83,3)	($c^2=8,88$)
Hb trước sinh				
Hb TB \pm SD g/dl	12,7 \pm 1,1	12,6 \pm 1,1		$p > 0,05$
Thiếu máu	29 (6,1)	27 (5,7)	56 (5,9)	$p > 0,05$
Không thiếu máu	443 (93,9)	446 (94,3)	889 (94,1)	($\chi^2=0,08$)

Kết quả trong bảng 1 cho thấy: Có 16,7% phụ nữ có thai bị thiếu máu trong 3 tháng đầu và 5,9% thiếu máu trước khi sinh. Nhóm bà mẹ TNLTD có tỷ lệ thiếu máu cao hơn 20,3%

và 13,1% (nhóm không TNLTD). Vào cuối thai kỳ thì nguy cơ thiếu máu ở nhóm TNLTD vẫn cao hơn nhóm không bị TNLTD (6,1% và 5,7%).

Bảng 2. Cân nặng và chiều dài sơ sinh của 2 nhóm bà mẹ TNLTD và không TNLTD

Cân nặng sơ sinh	Bà mẹ TNLTD n= 472 (%)	Bà mẹ không TNLTD n= 473 (%)	Tổng n= 945 (%)	p
CN TB \pm SD (gr)	3046,2 \pm 388,9	3118,9 \pm 338		$p < 0,001$
< 2500	71(15,0)	21 (4,4)	92(9,7)	$p < 0,001$
\geq 2500	401(85,0)	452 (95,6)	853 (90,3)	($\chi^2=30,22$)

Cân nặng sơ sinh	Bà mẹ TNLTD n= 472 (%)	Bà mẹ không TNLTD n= 473 (%)	Tổng n= 945 (%)	p
Chiều dài sơ sinh				
CD TB ± SD (cm)	49,2± 1,4	49,3 ± 1,4		p>0,05
< 50	235 (49,8)	213 (45,0)	448 (47,4)	p>0,05
≥ 50	237(50,2)	260 (55,0)	497 (52,6)	($\chi^2=2,14$)

Kết quả trong bảng 2 cho thấy có khoảng 9,7% trẻ sinh nhẹ cân (<2.500gr) và nhóm bà mẹ TNLTD có tỷ lệ trẻ sinh nhẹ cân cao hơn nhóm bà mẹ TNLTD (P<0,001). Nhóm bà mẹ bị TNLTD có tỷ lệ trẻ sinh có chiều dài sơ sinh <50 cm là 49,8%

và nhóm bà mẹ không bị TNLTD có tỷ lệ này là 45%, tuy nhiên có sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.2. Mối liên quan giữa TTDD của mẹ với chiều dài, cân nặng của trẻ

Bảng 3: Mối liên quan giữa cân nặng trước khi có thai của mẹ với cân nặng của trẻ

CN trẻ khi sinh (gr)	Cân nặng trước có thai			Chiều cao của mẹ		
	<45kg SL(%)	≥45kg SL(%)	p	<145cm SL(%)	≥145cm SL(%)	p
<2500	57(13,5)	35(6,7)	p<0,05 $\chi^2=12,5$	9(19,6)	83(9,2)	p < 0,05 $\chi^2= 6,31$
≥ 2500	364(86,5)	489(93,3)		37(80,4)	816(90,8)	
RR(95%CI) =2,03(1,35-3,02)			RR(95%)=2,11(1,139-3,942)			
<50	14(82,4)	434(46,8)	p<0,05 $\chi^2 =4,84$	32(82,4)	416(46,8)	p< 0,05 $\chi^2= 9,52$
≥ 50	03(17,6)	494(53,2)		14(17,6)	483(53,2)	
RR(CI 95%) = 1,76 (1,398 – 2,217)			RR(CI 95%) = 1,503 (1,226 – 1,843)			

Kết quả Bảng 3 cho thấy các bà mẹ trước khi có thai có cân nặng dưới 45kg có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân và chiều dài sơ sinh dưới 50cm cao gấp 2 lần so với nhóm bà mẹ có cân

nặng ≥ 45kg. Bà mẹ có chiều cao thấp dưới 145cm có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân và có chiều dài ngắn dưới 50 cm gấp 1,5 lần các bà mẹ có chiều cao từ 145cm trở lên (p<0,05).

Bảng 4: Mối liên quan giữa cân nặng trước khi có thai, mức tăng cân, cân nặng trước khi sinh và tình trạng thiếu máu của mẹ với cân nặng sơ sinh.

CN trẻ khi sinh (gr)	Cân nặng mẹ trước khi đẻ				Mức tăng cân trong thai kỳ			
	<45kg SL(%)	≥45kg SL(%)	Tổng SL(%)	p	<145cm SL(%)	≥145cm SL(%)	Tổng SL(%)	p
< 2500	9(52,9)	83(8,9)	92(9,7)	p < 0,001 c2= 36,77	31(16,8)	61(8,0)	92(9,7)	p < 0,05 (c2= 6,31)
≥ 2500	8(47,1)	845(92,6)	853(90,3)		154(83,2)	699(92,0)	853(90,3)	
RR(95%)=5,9(3,615-9,690)				RR(CI 95%) = 2,08 (1,39 – 3,11)				
BMI của mẹ lúc bắt đầu có thai				Thiếu máu của mẹ lúc bắt đầu có thai				
CN trẻ khi sinh (gr)	<18,5 SL(%)	≥18,5 SL(%)	Tổng SL(%)	p	Thiếu máu SL(%)	Không thiếu máu SL(%)	Tổng SL(%)	p
< 2500	71(15,0)	21(4,4)	92(9,7)	p<0,001 c2=30,22	26(16,5)	66(8,4)	92(9,7)	p < 0,05 (c2= 9,752)
≥ 2500	401(85,0)	451(95,6)	853(90,3)		132(83,5)	721(91,6)	853(90,3)	
RR(CI 95%) = 3,388 (2,118 – 5,420)				RR(CI 95%) = 1,96 (1,288 – 2,988)				

Kết quả bảng 4 cho thấy, những bà mẹ trước khi sinh có cân nặng dưới 45kg có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân cao gấp 5,9 lần các bà mẹ có cân nặng >45kg ($p<0,05$). Nhóm bà mẹ TNLTD trước khi có thai có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân cao gấp 3,4 lần nhóm không bị TNLTD trước khi có thai ($RR= 3,388$; $p<0,0001$). Con của nhóm bà mẹ không bị TNLTD có cân nặng sơ sinh trung bình cao hơn con của các bà mẹ thuộc nhóm bà mẹ bị TNLTD (3.119gr và 3.046gr, $p<0,05$). Các bà mẹ tăng cân dưới 9 kg có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân cao gấp 2 lần các bà mẹ có tăng cân ≥ 9 kg.

Bà mẹ thiếu máu khi bắt đầu có thai cũng có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân cao gấp 2 lần bà mẹ không thiếu máu ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN:

Nghiên cứu được thực hiện qua chọn 2 nhóm bà mẹ có tình trạng dinh dưỡng là TNLTD và không TNLTD; tuổi trung bình có thai ở nhóm bà mẹ TNLTD thấp hơn nhóm bà mẹ nhóm không TNLTD. Trong nhóm bà mẹ TNLTD, nhóm độ tuổi dưới 24 chiếm tỉ lệ cao và trong nhóm bà mẹ không TNLTD có nhóm độ tuổi trên 30 chiếm tỉ lệ cao hơn ($P<0,05$). Cân nặng trung bình của bà mẹ nhóm TNLTD thấp hơn cân nặng trung bình nhóm không TNLTD (41,9kg và 50,1kg, $p<0,001$).

Có khoảng 19,6% bà mẹ tăng cân thấp hơn 9kg trong 9 tháng, nhóm bà mẹ bị TNLTD có mức tăng cân trung bình cao hơn nhóm bà mẹ không TNLTD (12 kg và 10,5kg, $p<0,05$). So sánh với kết quả của tác giả Nguyễn Nhân Thành nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh (2007) là 7,4kg thì mức tăng cân trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn [5].

Khi bắt đầu có thai tỉ lệ thiếu máu là 16,7%, tỉ lệ này cao hơn kết quả của Nguyễn Nhân Thành, tỉ lệ thiếu máu 3 tháng đầu là 6,9% [5]. Khi cuối thai kỳ, trước khi sinh tỉ lệ thiếu máu là 5,9%, tỉ lệ này thấp hơn tác giả Nguyễn Nhân Thành là 17,5% và thấp hơn kết quả của Viện Dinh dưỡng ở khu vực Đông Nam bộ 36,5% (2010). Có 9,7% trẻ sinh nhẹ cân, nhóm bà mẹ TNLTD trước khi có thai có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân cao gấp 3,4 lần nhóm không bị TNLTD ($RR(95\% CI) = 3,388$; $p<0,0001$). Kết quả ghi nhận là cân nặng sơ sinh trung bình của nhóm bà mẹ không bị TNLTD lớn hơn cân nặng sơ sinh của nhóm bà mẹ bị TNLTD (3.119gr và 3.046gr, $p<0,05$).

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi các bà mẹ khi bắt đầu có thai có cân nặng dưới 45kg thì có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân cao gấp 5,9 lần và có nguy cơ sinh trẻ có

chiều dài dưới 50cm gấp 1,76 lần nhóm bà mẹ có cân nặng trên 45kg ($p<0,05$). Trong nghiên cứu này cũng cho thấy có 16,7% bà mẹ bị thiếu máu khi bắt đầu có thai và những bà mẹ này có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân cao gấp 2 lần ($RR=1,96$; $p<0,05$). Chiều cao thấp dưới 145cm của bà mẹ có nguy cơ sinh trẻ có chiều dài ngắn dưới 50cm gấp 1,5 lần ($RR= 1,503$; $p < 0,05$). Mặc dù chưa có nhiều kết quả tương tự nhưng các tác giả đều ghi nhận là các bà mẹ có chiều cao thấp thì nguy cơ sinh con nhẹ cân nhỏ bé. Tác giả Nguyễn Đỗ Huy trong công trình của mình chưa thấy có mối liên quan giữa chiều cao của mẹ với các chỉ số nhân trắc của con; cần nghiên cứu thêm [3].

Tăng cân thấp chứng tỏ dinh dưỡng kém trong lúc mang thai và nhất là các bà mẹ đã TNLTD trước có thai vì vậy sẽ không cung cấp đủ nguồn dinh dưỡng cho trẻ và chắc chắn trẻ sẽ chậm phát triển trong tử cung và dẫn đến nhẹ cân khi sinh và nguy cơ sinh non cao. Tác giả Tô Thanh Hương (2004) thấy nếu bà mẹ tăng dưới 7 kg thì nguy cơ con bị nhẹ cân cao gấp 2,3 lần bà mẹ tăng đủ Vũ Thị Thanh Hương, năm 2007 thì gấp 4,9 lần nếu tăng không đủ 10kg [2]. Kết quả NC tại Bình Dương cũng cho thấy các bà mẹ mang thai nếu trong 9 tháng tăng < 9 kg sẽ có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân cao gấp 2 lần bác bà mẹ có tăng cân ≥ 9 kg với $p<0,001$. Bà mẹ có cân nặng dưới 45kg lúc sinh cũng là yếu tố nguy cơ cho việc sinh trẻ nhẹ cân và chiều dài con ngắn và các bà mẹ tăng không đủ cân sẽ làm bà mẹ có cân nặng thấp khi sinh.

V. KẾT LUẬN:

Các bà mẹ bị thiếu máu, có chiều cao dưới 145cm, nặng dưới 45kg trước khi có thai, tăng cân < 9kg trong thai kỳ, cân nặng dưới 45kg trước khi sinh có nguy cơ sinh trẻ sơ sinh nhẹ cân và chiều dài sơ sinh ngắn cao hơn ($p<0,05$).

Khuyến nghị: Cần tập trung đẩy mạnh nâng cao sức khỏe và dinh dưỡng cho phụ nữ tuổi sinh đẻ, phụ nữ có thai nhằm cải thiện TTDD trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Đặc biệt là ở những tỉnh thành đang trong quá trình đô thị hóa, phát triển công nghiệp nhanh như tỉnh Bình Dương có đặc thù là nhiều lao động nhập cư từ nơi khác, việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc y tế còn nhiều bất cập, sức khỏe sinh sản và dinh dưỡng của bà mẹ, trẻ em vẫn còn có ý nghĩa trong sức khỏe cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cục Thống kê Bình Dương (2010), “Niên giám Thống kê tỉnh Bình Dương năm 2010” , tr. 12 -25.
2. Cục Thống kê Bình Dương (2013), “Niên giám Thống kê tỉnh Bình Dương năm 2013” , tr. 12 -25.
3. Lê Thị Hợp, Hà Huy Khôi (2010), “*Xu hướng tăng trưởng thể tục của người Việt Nam và định hướng của Chiến lược Quốc gia về dinh dưỡng trong giai đoạn 2011-2020*”, Tạp chí DD&TP(6), số 3+4, tr. 5.
4. Vũ Thị Thanh Hương, Phạm Văn Hoan (2007), “*Một số yếu tố liên quan đến tử vong sơ sinh tại Hà Nội 2004*” , Tạp chí DD & TP (3), số 1, tr.31.
5. Nguyễn Đỗ Huy (2004), *Ảnh hưởng của tình trạng sức khỏe và dinh dưỡng của người mẹ với cân nặng sơ sinh, phát triển thể lực, tâm-vận động của đứa con trong 12 tháng đầu* - Luận án Tiến sĩ Y học, Viện VSDT TW.
6. Vũ Thị Hoàng Lan, Lê Ngọc Quang (2011), “*Dịch tễ học*”, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà nội, Nhà xuất bản Y học, tr.155.
7. Văn Quang Tân (2007), “*Liên hệ giữa các chỉ số khối cơ thể của thai phụ và cân nặng trẻ sơ sinh đủ tháng tại tỉnh Bình Dương năm 2004-2005*”. *Tạp chí Y học Thực hành*, 3(566+567), tr. 64-66
8. Nguyễn Nhân Thành, Trần Thị Minh Hạnh, Phan Nguyễn Thanh Bình (2010), “*Tình trạng thiếu máu dinh dưỡng của phụ nữ có thai, bà mẹ cho con bú và trẻ <5 tuổi tại TP. HCM.*”, Tạp chí DD&TP(6), số 3+4, tr.56.3
9. Janet C. King,(2010), “*Maternal Nutrition and health of the child*”, Journal of food and Nutrition Sciences, volume 6, No. 3+4 October 2010, pp.10.
10. Viện Dinh dưỡng Việt Nam (2014), “*Số liệu thống kê về tình hình dinh dưỡng qua các năm 2000 – 2013*”, <http://www.nutrition.org.vn/news/vi/106/61/0/a/so-lieu-thong-ke-ve-tinh-trang-dinh-duong-tre-em-qua-cac-nam.aspx>
11. .WHO (2001), "*Prevention strategies, Iron Deficiency Anemia Assessment,Prevention and Control, WHO/NHD/01.3. 2001*", pp. p. 46-56.
12. WHO/CDC (2007), "*Assessing the iron status of populations. In: Report of a joint World Health Organization/ Centers for Disease Control and Prevention technical consultation on the assessment of iron status at the population level, 2nd ed.*" Geneva, World Health Organization and Centers for Disease Control and Prevention, , pp. 1–30.



LIÊN HỆ GIỮA CÂN NẶNG BÀ MẸ VÀ CÂN NẶNG TRẺ KHI SINH

Từ Tấn Thứ¹, Văn Quang Tân¹, Bùi Minh Hiền¹, Trần Văn Hưởng²

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Cân nặng của bà mẹ là một chỉ số phản ánh tình trạng dinh dưỡng, sức khỏe của bà mẹ, là cơ sở để cán bộ y tế tư vấn, hướng dẫn về dinh dưỡng, mức tăng cân cần thiết cho bà mẹ trong thai kỳ. Các bà mẹ có cân nặng trước khi có thai và trước lúc sinh thấp, tăng cân không đủ trong kỳ mang thai là những bà mẹ nhỏ bé, thiếu dinh dưỡng.. và thường có kết cục thai kỳ không tốt, có nhiều biến chứng khi sinh và sinh con nhẹ cân..

Mục tiêu nghiên cứu: Tìm hiểu mối liên quan giữa, cân nặng của phụ nữ khi mang thai, mức tăng cân trong thai kỳ với cân nặng của trẻ khi sinh tại tỉnh Bình Dương năm 2014. **Phương pháp:** Một theo dõi trên 945 phụ nữ từ lúc bắt đầu có thai đến khi sinh và cân nặng trẻ khi sinh tại 3 huyện thị trên địa bàn tỉnh Bình Dương. **Kết quả:** Trong nghiên cứu có 44,6% phụ nữ có cân nặng dưới 45kg khi bắt đầu có thai; 19,6% bà mẹ có mức tăng cân <9kg và 80,4% bà mẹ tăng >9kg trong kỳ mang thai; có 1,8% bà mẹ mang thai có cân nặng thấp <45kg và 98,2% bà mẹ có cân nặng >45kg khi sinh và có 9,7% trẻ sinh nhẹ cân (<2500gr).

Kết luận: Cân nặng trước khi có thai thấp, tăng cân không đủ trong kỳ mang thai, cân nặng thấp trước khi sinh có mối liên hệ với cân nặng thấp của trẻ khi sinh.

Từ khóa: Trẻ sơ sinh nhẹ cân.

SUMMARY:

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE WEIGHT OF PREGNANT WOMEN AND BIRTHWEIGHT

Background: Maternal weight is an indicator reflecting the nutritional status and health. Weight is the basis for health workers counseling, guidance on nutrition, weight gain needed in pregnancy of women. Women with low weight, low weight gain and low weight at birth.. are small and malnutrition mother and have not good pregnancy outcomes, complications and low birthweights.

Research Objective: To describe the relationship between the weight of pregnant women and the birth weight of neonate

1. Sở Y tế Bình Dương

2. Bệnh viện đa khoa Nam Anh

in Binh Duong province. **Methods:** A longitudinal study was performed on 965 pregnant women in Binh Duong Province in 2014

Result: 44,6% of pregnant women with the weight (<45kg) before pregnancy. 19,6% low weight gain during pregnancy (<9kg). 1.8% pregnant women is low weight at birth and the rate of the low birthweight is 9,7%. **Conclusion:** The mother with low weight before pregnancy (<45kg), weight gain less than 9kg and mothers have low weight before birth (<45kg) are the risks of low birthweight (p<0,05).

Keywords: Nutritional status, Pregnant women, Low birthweight.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Dinh dưỡng và sức khỏe của bà mẹ có ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và sự phát triển của trẻ từ khi còn bào thai đến suốt cuộc đời của trẻ. Hiện nay ở Việt Nam, tỷ lệ phụ nữ thấp cân và bà mẹ tăng không đủ cân trong kỳ mang thai vẫn còn ở mức có ý nghĩa của sức khỏe cộng đồng [1]. Trẻ sinh nhẹ cân vẫn còn là nguyên nhân chính của tử vong chu sinh, tử vong sơ sinh, tử vong trẻ em và trẻ suy dinh dưỡng. Trẻ em suy dinh dưỡng sẽ chậm phát triển cả tinh thần và vận động, giảm trí tuệ và năng lực làm việc, giảm khả năng sinh sản khi trưởng thành [5]. Để tìm hiểu mối liên hệ giữa cân nặng của mẹ với cân nặng của trẻ khi sinh, làm cơ sở cho các hoạt động can thiệp: tư vấn, tăng cường chăm sóc cho phụ nữ, bà mẹ mang thai... góp phần chăm sóc tốt hơn sức khỏe bà mẹ trẻ em, giảm tỷ lệ trẻ sinh nhẹ cân... chúng tôi thực hiện nghiên cứu tìm hiểu mối liên quan giữa cân nặng mẹ và cân nặng trẻ khi sinh tại 3 huyện thị của tỉnh Bình Dương.

Mục tiêu nghiên cứu: Tìm hiểu mối liên hệ giữa cân nặng trước khi có thai, cân nặng khi sinh và mức tăng cân khi mang thai của mẹ với cân nặng của trẻ khi sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

- 945 phụ nữ trong địa bàn tỉnh Bình Dương được chọn để theo dõi cân nặng, mức tăng cân trong kỳ mang thai và đo

cân nặng trẻ ngay khi sinh trong năm 2014.

- Các đối tượng được chọn vào nghiên cứu gồm: Phụ nữ có thai, biết rõ ngày kinh cuối; có địa chỉ ở rõ ràng, dễ tiếp cận, không mắc bệnh tâm thần và bệnh mạn tính, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán và đánh giá:

+ Phụ nữ, bà mẹ thiếu cân: Khi cân nặng <45kg (còn gọi là thiếu năng lượng trường diễn nếu BMI<18,5);

+ Tăng không đủ cân trong kỳ mang thai: Khi tăng dưới 9kg;

+ Sinh thiếu tháng: Khi sinh trước tuần 37;

+ Trẻ có cân nặng thấp hay trẻ sơ sinh nhẹ cân: Khi trẻ sinh có cân nặng dưới 2500gr.

- Xử lý và phân tích số liệu:

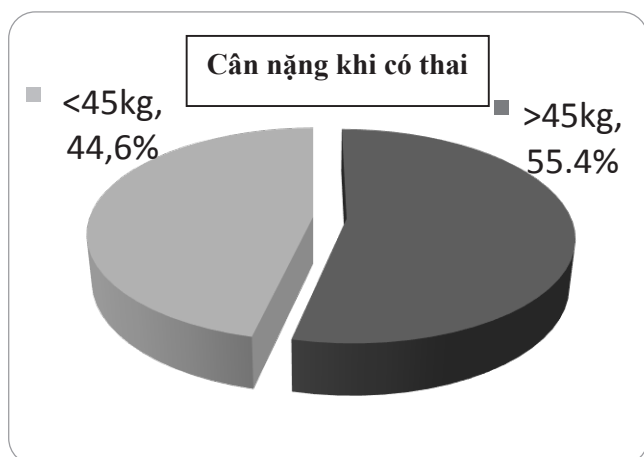
Nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm Stata 12.0, so sánh các tỉ lệ bằng c2 và so sánh các giá trị trung bình bằng t-test.

Giá trị P<0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN:

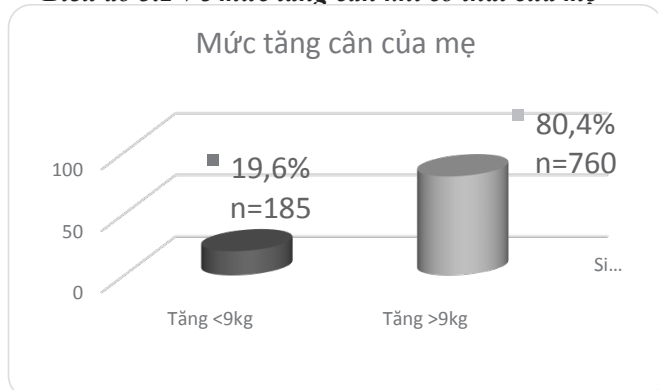
3.1 Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Biểu đồ 3.1 Cân nặng của Phụ nữ trước khi có thai



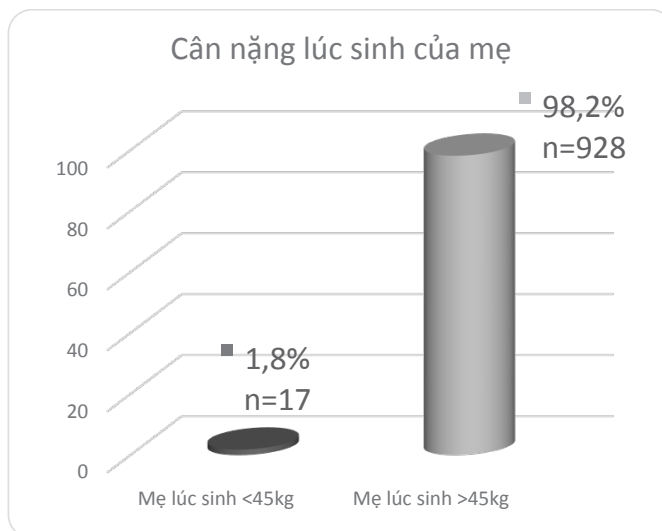
Kết quả ở Biểu đồ 3.1 cho thấy có 46,4% phụ nữ trước có thai có cân nặng dưới 45kg và 55,6% có cân nặng trên 45kg được chọn vào nghiên cứu.

Biểu đồ 3.2 Về mức tăng cân khi có thai của mẹ



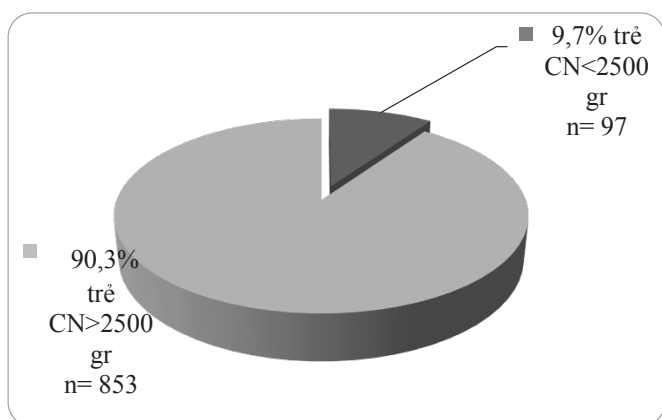
Kết quả Biểu đồ 2 cho thấy: Có 80,4% bà mẹ tăng cân ≥ 9 kg và 19,6% bà mẹ tăng cân < 9kg thai kỳ.

Biểu đồ 3.3 Về cân nặng lúc sinh của mẹ



Kết quả Biểu đồ 3.3 cho thấy có 17 trường hợp chiếm, tỷ lệ 1,8% bà mẹ lúc sinh có cân nặng dưới 45kg và 98,2% bà mẹ đều có cân nặng ≥ 45 kg.

Biểu đồ 3.4 Về cân nặng của trẻ khi sinh

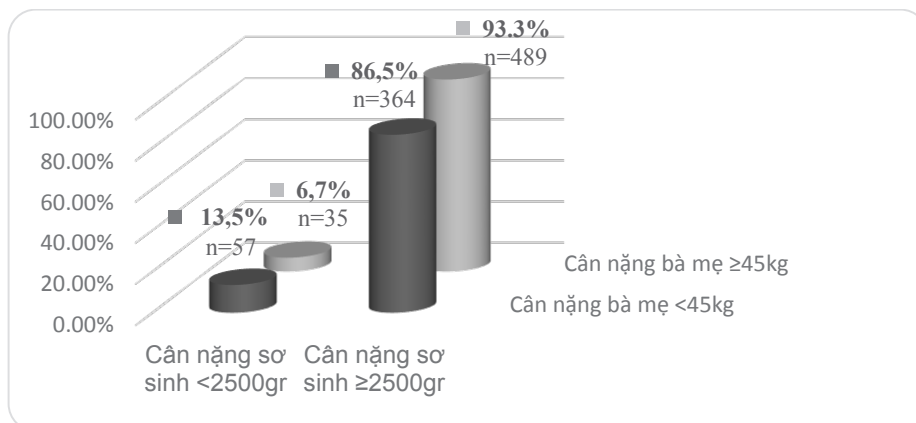


Kết quả bảng 3.4 cho thấy có 97 trẻ khi sinh có cân nặng <2500gr chiếm tỷ lệ 9,7% và 853 trẻ, chiếm tỷ lệ 90,3% khi sinh có cân nặng > 2500gr

3.2. Mối liên quan giữa cân nặng trước khi có thai, mức tăng cân, cân nặng trước đẻ, với cân nặng sơ sinh.

3.2.1. Mối Liên quan giữa cân nặng trước khi có thai với cân nặng trẻ khi sinh

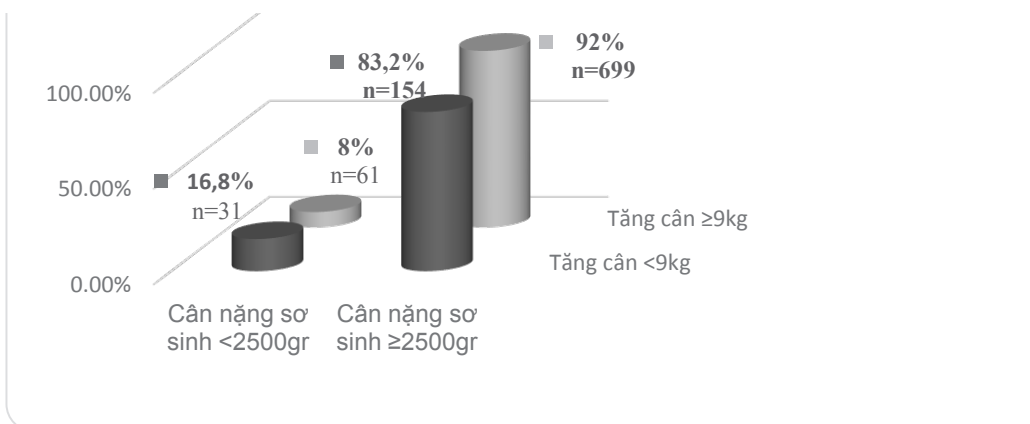
Biểu đồ 3.5 Mỗi liên quan giữa cân nặng trước khi có thai của bà mẹ với cân nặng của trẻ khi sinh.



Kết quả biểu đồ 3.5 cho thấy bà mẹ trước khi có thai có cân nặng < 45kg thì có nguy cơ sinh con nhẹ cân cao gấp 2,03 lần so với những bà mẹ có cân nặng ≥45kg (p< 0,05).

3.2.2. Mỗi Liên quan giữa mức tăng cân trong kỳ mang thai với cân nặng trẻ khi sinh

Biểu đồ 3.6. Mỗi liên quan giữa mức tăng cân của mẹ với cân nặng trẻ khi sinh.



Kết quả biểu đồ 3.6 cho thấy những bà mẹ có mức tăng cân trong thai kỳ < 9kg sẽ có nguy cơ sinh con nhẹ cân cao gấp 2,08 lần so với những bà mẹ có tăng cân ≥ 9kg (p< 0,05).

Kết quả bảng 3.1 cho thấy những bà mẹ khi sinh có cân nặng dưới 45kg thì nguy cơ sinh con nhẹ cân cao gấp 5,9 lần so với những bà mẹ có cân nặng ≥45kg (p<0,05).

3.2.3. Liên quan giữa cân nặng của bà mẹ khi sinh với cân nặng trẻ khi sinh

Bảng 3.1 Mỗi liên quan giữa cân nặng của bà mẹ khi sinh với cân nặng trẻ khi sinh

CN trẻ khi sinh	Cân nặng mẹ lúc khi sinh			P
	<45kg %	≥45kg %	Tổng %	
<2500 gr	9 (52,9)	83 (8,9)	92 (9,7)	p < 0,001 χ²= 36,77
≥ 2500gr	8 (47,1)	845 (92,6)	853 (90,3)	
RR(95%)=5,9 (3,615-9,690)				

IV. KẾT LUẬN - BÀN LUẬN:

Kết quả cho thấy có 9,7% trẻ sinh có cân nặng <2500gr và 19,6% bà mẹ tăng cân không đủ 9kg trong thai kỳ, mức tăng cân trung bình chung cao hơn khi so sánh với tác giả Nguyễn Nhân Thành nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh trên cùng khu vực Đông Nam bộ [4]. Bà mẹ tăng cân không đủ trong thời kỳ mang thai thì có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân cao gấp 2 lần bà mẹ có tăng cân trên 9kg trong thời kỳ mang thai. Một số tác giả cũng có nhận xét tương tự như: Tác giả Tô Thanh Hương (2004) thấy nếu bà mẹ tăng dưới 7 kg thì nguy cơ con bị nhẹ cân cao gấp 2,3 lần bà mẹ tăng đủ Vũ

Thị Thanh Hương, năm 2007 thì gấp 4,9 lần nếu tăng không đủ 10kg ($p < 0,001$) [2][3]. Có 46,4% bà mẹ có cân nặng dưới 45kg khi bắt đầu có thai và những bà mẹ này có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân cao gấp 2 lần bà mẹ có cân nặng ≥ 45 kg khi có thai ($p < 0,05$)

Tăng cân thấp cho thấy dinh dưỡng kém trong lúc mang thai và nhất là các bà mẹ có cân nặng thấp trước khi mang thai sẽ không cung cấp đủ nguồn dinh dưỡng cho trẻ và chắc chắn trẻ sẽ chậm phát triển trong tử cung và dẫn đến nhẹ cân khi sinh và nguy cơ sinh non cao.

Có 1,8% bà mẹ khi sinh có cân nặng dưới 45kg và thấy rằng những bà mẹ này có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân cao gấp 5,9 lần bà mẹ có cân nặng trên 45kg. Những bà mẹ có cân nặng thấp này là do trong thời kỳ mang thai tăng không đủ cân hoặc khi có thai có cân nặng thấp cân nên dù tăng cân nhưng vẫn không đủ cân khi sinh; vì vậy cân nặng thấp cũng là yếu tố nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân và các bà mẹ tăng không

đủ cân sẽ làm bà mẹ có cân nặng thấp khi sinh.

V. KẾT LUẬN:

Những bà mẹ mang thai có cân nặng trước khi có thai thấp, tăng cân không đủ khi mang thai và trước khi sinh có cân nặng thấp là những bà mẹ có nguy cơ sinh con nhẹ cân cao.

KHUYẾN NGHỊ:

Cần quan tâm và thực hiện đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tư vấn dinh dưỡng cho phụ nữ và phụ nữ mang thai một cách thường qui trong chăm sóc tiền sản nhằm giảm tỷ lệ phụ nữ có cân nặng thấp, đảm bảo các bà mẹ khi có thai tăng cân đủ và trước khi sinh không thiếu cân sẽ góp phần quan trọng trong thành công giảm được tỷ lệ trẻ sinh nhẹ cân, giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi nhất là những nơi tỷ lệ phụ nữ thiếu năng lượng trường diễn và trẻ suy dinh dưỡng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Thị Hợp, Hà Huy Khôi (2010), “Xu hướng tăng trưởng thể tục của người Việt Nam và định hướng của Chiến lược Quốc gia về dinh dưỡng trong giai đoạn 2011-2020”, Tạp chí DD&TP(6), số 3+4, tr. 5.
2. Vũ Thị Thanh Hương, Phạm Văn Hoan (2007), “Một số yếu tố liên quan đến tử vong sơ sinh tại Hà Nội 2004”, Tạp chí DD & TP (3), số 1, tr.31.
3. Nguyễn Đỗ Huy (2004), Ảnh hưởng của tình trạng sức khỏe và dinh dưỡng của người mẹ với cân nặng sơ sinh, phát triển thể lực, tâm-vận động của đứa con trong 12 tháng đầu - Luận án Tiến sĩ Y học, Viện VSDT TW.
4. Nguyễn Nhân Thành, Trần Thị Minh Hạnh, Phan Nguyễn Thanh Bình (2010), “Tình trạng thiếu máu dinh dưỡng của phụ nữ có thai, bà mẹ cho con bú và trẻ <5 tuổi tại TP. HCM.”, Tạp chí DD&TP(6), số 3+4, tr.56.3
5. Janet C. King,(2010), “Maternal Nutrition and health of the child”, Journal of food and Nutrition Sciences, volume 6, No. 3+4 October 2010, pp.10.



XÁC ĐỊNH CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TRẺ SƠ SINH NHẸ CÂN CỦA CÁC SẢN PHỤ ĐẾN SINH TẠI TRUNG TÂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TỈNH BÌNH DƯƠNG

Bùi Minh Hiền¹, Võ Nguyên Diễm Thy², Trần Văn Hưởng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trẻ sơ sinh nhẹ cân là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng ở Việt Nam. Trẻ sơ sinh nhẹ cân là yếu tố quyết định ảnh hưởng đến sự sống còn, phát triển về thể chất và tinh thần của trẻ.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân và các yếu tố liên quan của các sản phụ đến sinh tại Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Dương từ tháng 01/2012 đến tháng 9/2013.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu trên 99 hồ sơ bệnh án sanh tại Trung Tâm CSSKSS tỉnh Bình Dương có cân nặng trẻ sơ sinh < 2500g.

Kết quả: Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân là 5,76%, trong đó tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng suy dinh dưỡng trong thời kỳ bào thai (86.9%) và trẻ sinh non tháng (13.1%), sản phụ bị thiếu năng lượng trường diễn trước khi có thai có nguy cơ sinh con nhẹ cân so với sản phụ không bị thiếu năng lượng trường diễn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. (F= 0,959, p= 0,0000). Sản phụ bị thiếu máu trong thai kỳ có nguy cơ cao hơn người không bị thiếu máu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. (F= 2,027, p= 0,003). Các bệnh lý sản khoa kèm theo có nguy cơ cao hơn nhóm không có bệnh lý sản khoa kèm theo p= 0,0023.

Kết luận: Sức khỏe của mẹ sẽ quyết định sức khỏe của những đứa con tương lai của mình, đây chính là thể hệ tương lai của đất nước. Vì vậy, việc chăm sóc dinh dưỡng và sức khỏe cho phụ nữ ngay từ khi còn là bé gái, trước khi có thai và trong thời kỳ mang thai là hết sức cần thiết.

Từ khóa: Sinh nhẹ cân, thai phụ, trẻ sơ sinh.

ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH LOW BIRTH WEIGHT INFANTS WHO WERE BORN IN BINH DUONG REPRODUCTIVE HEALTH CARE CENTER

1. Sở Y tế Bình Dương
2. Trung tâm Chăm sóc SKSS
3. Bệnh viện đa khoa Nam Anh

Background: Low birth weight infants is a major public health problem in the Vietnam, contributing substantially both to infant mortality and to childhood handicap. Low birth weight infants are the decisive factor affecting the survival and their physical and mental development.

Objectives: To determine the rate and the risk factors associated with low birth weight infants (<2500 grams) who were born in Binh Duong Reproductive Health Care Center from January 2012 to September 2013.

Method: Using a retrospective patient record study was carried out on 99 medical record of pregnant women who gave with low birth weight infants (<2500 grams) at Binh Duong Reproductive Health Care Center.

Results: The rate of low birth weight infants was 5.76%. Among those, the rate of the malnourished during pregnancy infants was 86.9% and the rate of the premature infants was 13.1%. The chronic energy deficiency women produced more number of low birth weight infants than their counterparts with normal (F= 0.959, p= 0.0000). Pregnant women who were anemia during pregnancy having higher risk than their counterparts with normal (F= 2.027, p= 0.003). Pregnant women who had obstetric diseases having higher risk than their counterparts with normal (p=0.0023).

Conclusion: The healthy future of society depends on the health of the children of today and their mothers, who are guardians of that future. Improvement in dietary intake and health services of women before become before and between pregnancies to increase the chances of having healthy babies deserve special attention.

Keywords: Low birth weight, pregnant woman, infant

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Trẻ sơ sinh nhẹ cân có mối liên quan đến nguyên nhân

chính gây tử vong sơ sinh như sinh non, nhiễm trùng và ngạt chu sinh. Nguy cơ tử vong của trẻ thiếu cân lúc sinh tăng gấp 20 lần so với trẻ đủ cân, tần suất mắc bệnh phổi mạn tính, nhiễm khuẩn và các bệnh lý thông thường khác cũng tăng hơn so với trẻ đủ cân nặng. Trẻ sơ sinh nhẹ cân khi lớn lên nguy cơ mắc các bệnh mạn tính như: thừa cân, bệnh tim mạch, tiểu đường, suy giảm miễn dịch, chậm phát triển trí tuệ do giảm chỉ số thông minh.

Hiện nay đã xác định được một số yếu tố liên quan đến trẻ sơ sinh nhẹ cân xuất hiện trước và trong thời kỳ mang thai, từ môi trường, xã hội, và dịch vụ chăm sóc y tế. Các yếu tố này thay đổi theo từng vùng và từng quốc gia khác nhau, tùy thuộc vào nền kinh tế xã hội cũng như dịch vụ y tế.

Bình Dương chưa có nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến trẻ sơ sinh nhẹ cân. Do vậy, để xác định các yếu tố liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ trước khi mang thai và tình trạng thiếu máu của bà mẹ, tăng cân trong thời kỳ mang thai đến trẻ sơ sinh nhẹ cân, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này mong muốn tìm ra các giải pháp thích hợp để giảm tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân trong toàn tỉnh.

Mục tiêu nghiên cứu:

Xác định tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân và các mối liên quan giữa các yếu tố: tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ trước khi mang thai và tình trạng thiếu máu của bà mẹ và tăng cân trong thời kỳ mang thai đến trẻ sơ sinh nhẹ cân của các bà mẹ đến sinh tại Trung tâm CSSKSS tỉnh Bình Dương từ 1/2012 đến 9/2013.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các sản phụ sinh con có cân nặng dưới 2500g tại Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Dương.

Thiết kế nghiên cứu: Là nghiên cứu hồi cứu.

Tiêu chuẩn chọn: Tất cả các hồ sơ bệnh án của các sản phụ đến sinh tại Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản từ 1/2012 đến tháng 9/2013 có đủ tiêu chuẩn sau :

- Sinh con có cân nặng dưới 2500g.
- Có địa chỉ cư trú tại tỉnh Bình Dương hoặc tạm trú trên 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các hồ sơ bệnh án không thỏa mãn các tiêu chuẩn trên.

Phương pháp thu thập số liệu: Có 99 hồ sơ bệnh án sinh tại Trung Tâm CSSKSS tỉnh Bình Dương có cân nặng trẻ sơ sinh < 2500g thỏa mãn các tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu. Số liệu được thu thập theo vào bảng câu hỏi được thiết kế sẵn.

Tiêu chuẩn đánh giá:

BMI được tính bằng cân nặng của cơ thể chia cho bình

phương chiều cao.

BMI < 18,5 : Thiếu năng lượng trường diễn.

BMI : 18,5 - < 25 : Tình trạng dinh dưỡng bình thường.

BMI : > 25 : Thừa cân – Béo phì.

Thiếu máu theo Hb: Hb < 11g/dl

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

- Các số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập số liệu, xử lý số liệu bằng phần mềm EpiInfo.

- Thống kê mô tả: Mô tả đặc điểm nhóm nghiên cứu.

- Thống kê phân tích: Tìm mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng trước khi mang thai, tăng cân và bệnh lý thiếu máu của mẹ trong thai kỳ và với trẻ nhẹ cân lúc sanh. Phân tích số liệu bằng phương pháp hồi quy đa biến được dùng để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, p < 0.05 được đánh giá là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN:

Qua phân tích 99 hồ sơ bệnh án của các bà mẹ có trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500 g trên tổng số 1718 trường hợp sanh tại Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản từ tháng 1/2012 đến tháng 9/2013, tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500g là 5,76%, trong đó 86.9% trẻ sơ sinh đủ tháng suy dinh dưỡng trong thời kỳ bào thai và 13.1% trẻ thiếu tháng.

Bảng 1: Đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	% (n = 99)
Tuổi trung bình	26.3 ± 5.1 Tuổi nhỏ nhất : 16 tuổi Tuổi lớn nhất : 38 tuổi
Con so Con lần 2 Con lần 3 trở đi	55.6% 41.4% 3%
Tuổi thai trung bình	37.9 tuần ± 1.6 Tuổi thai nhỏ nhất : 29 tuần Tuổi thai lớn nhất: 40.5 tuần
Cân nặng trung bình trước khi có thai	46.7 kg ± 5.3 Cân nặng thấp nhất : 36 kg Cân nặng cao nhất : 60 kg
Chiều cao trung bình	153 cm ± 5.2 Chiều cao thấp nhất: 140 cm Chiều cao cao nhất: 163cm
BMI trung bình trước khi mang thai	20.4 ± 2.3 BMI thấp nhất : 16 BMI cao nhất : 26.7



Tăng cân trung bình trong suốt thai kỳ	9.2 kg ± 2.8 Tăng cân cao nhất: 16 kg Tăng cân ít nhất : 2 kg
Số lần khám thai trung bình	6.1 lần ± 2.9 Khám thai nhiều nhất: 15 lần Khám thai ít nhất: 0 lần
Cân nặng sơ sinh trung bình	2.4 kg ± 0.16 kg Cân nặng thấp nhất: 1.2 kg Cân nặng cao nhất: 2.4 kg
Có tiền sử sinh con < 2500g	5.1%
Có tiền sử sản khoa	10.1%
Không có tiền sử sản khoa	89.9%
Bệnh lý sản khoa kèm theo:	
Con so lớn tuổi	1%
Đa ối	1%
Hở eo tử cung	1%
Ngôi mông thiếu ối	1%
Thiếu ối	3%
NST không đáp ứng	1%
Không có bệnh lý	91.9%
Thiếu máu trong thai kỳ	23.2%

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu		Tần số (n=99)	Tỷ lệ %
Tuổi	< 18	6	6.1
	18 -35	84	84.8
	>35	9	9.1
Nghề nghiệp	Công nhân	38	38.4
	Nông dân	1	1.0
	Buôn bán	17	17.2
	Nội trợ	25	25.3
	Viên chức nhà nước	16	16.2
	Khác	2	2.0
Địa chỉ	Thành phố Thủ Dầu Một	27	27.3
	Thị xã Thuận An	18	18.2
	Thị xã Dĩ An	3	3.0
	Bến Cát	19	19.2
	Dầu Tiếng	2	2.0
	Tân Uyên	20	20.2
	Phú Giáo	10	10.1

Cân nặng	< 40kg	12	12.1
	>40 kg	87	87.9
Chiều cao	< 145 cm	10	11.2
	>145cm	89	88.8
BMI trước khi có thai	< 18.5	14	14.1
	>18.5	85	85.9
Tăng cân trong suốt thai kỳ	< 6 kg	23	23.2
	>6kg	76	76.8
Khám thai	Có khám thai	97	98%
	Không khám thai	2	2%

Nhận xét:

Tuổi trung bình của sản phụ tham gia nghiên cứu là 26.3 ± 5.1 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 16 và lớn nhất là 38. Tuổi của các sản phụ tham gia nghiên cứu tập trung ở nhóm 18 -35 tuổi(84.8%)

Các sản phụ là công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (38.4%), kế đến là nội trợ (25.3%) và buôn bán (17.2%).

Sản phụ sinh con lần đầu tiên chiếm 55,6% trong nhóm nghiên cứu, 44,6% sản phụ sinh con từ lần thứ 2 trở đi, 5,1% các sản phụ có tiền căn sinh con < 2500g.

BMI trung bình của sản phụ trước khi có thai là 20.4 ± 2.3, sản phụ có nguy cơ BMI thấp dưới 18.5 trước khi mang thai là 14.1%.

98% sản phụ trong nhóm nghiên cứu có khám thai, số lần khám thai trung bình của sản phụ là 6.1 lần ± 2.9.

Bảng 2: Các yếu tố liên quan với trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500g khi phân tích đơn biến.

Yếu tố		Trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500 g(%)		Giá trị p
		Đủ tháng nhẹ cân	Non tháng	
BMI trước khi có thai	< 18.5	73	12	0.00001
	> 18.5	12	2	
Thiếu máu trong khi mang thai	Có	22	1	0.003
	Không	64	12	
Bệnh lý sản khoa kèm theo	Có	6	2	0.02
	Không	86	11	

Yếu tố		Trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500 g(%)		Giá trị p
		Đủ tháng nhẹ cân	Non tháng	
Tuổi thai phụ	< 18	5	1	0.155
	18- 35	75	9	
	> 35	6	3	
Nghề nghiệp mẹ	Công nhân	33	5	0.69
	Nông dân	1	0	
	Buôn bán	15	2	
	Nội trợ	23	2	
	Viên chức	12	4	
	Khác	2	0	
Địa chỉ	TP TDM	23	4	0.34
	Thuận An	15	3	
	Dĩ An	3	0	
	Bến Cát	15	4	
	Dầu Tiếng	1	1	
	Tân Uyên	19	1	
	Phú Giáo	10	0	
Số lần có thai	1	48	7	0.946
	2	34	6	
	3	2	0	
	4	2	0	
Tiền căn sinh con có cân nặng < 2500g	Có	4	1	0.51
	Không	82	12	
Khám thai	Có	85	12	0.24
	Không	1	1	
Tăng cân trong suốt thai kỳ	< 6kg	19	4	0.487
	> 6 kg	67	9	
Tiền sử sản khoa	Có	9	1	0.23
	Không	77	12	

Yếu tố		Trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500 g(%)		Giá trị p
		Đủ tháng nhẹ cân	Non tháng	
Cân nặng trước khi có thai	< 40kg	10	2	0.49
	> 40kg	76	11	
Chiều cao của sản phụ	< 145 cm	9	1	0.87
	> 145 cm	76	12	

±

Với phân tích đơn biến, 3 yếu tố được đánh giá là có tương quan với trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500g với $p < 0.05$ gồm: BMI của mẹ trước khi có thai, thiếu máu trước khi sinh, bệnh lý sản khoa kèm theo.

IV. KẾT LUẬN:

Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500g trong nghiên cứu của chúng tôi là 5.76%, thấp hơn số liệu Viện Dinh dưỡng thống kê cho tỉnh Bình Dương vào năm 2010 là 7.3% và thấp hơn so với con số do Unicef ước tính cho Việt Nam năm 2010 là 9%. Điều này có thể giải thích vì số lượng sản phụ đến sinh tại Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản tỉnh chỉ chiếm khoảng 5% trong tổng số sinh của toàn tỉnh, do cơ sở vật chất của Trung tâm chật hẹp, trang thiết bị còn thiếu không đủ phương tiện nuôi dưỡng trẻ non tháng nên hạn chế nhập viện các trường hợp sản phụ sinh non tháng, nên con số này không mang tính đại diện cho tỉnh.

Sức khỏe của mẹ sẽ quyết định sức khỏe của những đứa con tương lai của mình, đây chính là thể hệ tương lai của đất nước. Vì vậy, nhằm nâng cao thể lực, trí lực và cải thiện tầm vóc của người Việt Nam, trước hết giảm được suy dinh dưỡng bào thai, giảm tỷ lệ trẻ sinh non, giảm tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em, thì việc chăm sóc dinh dưỡng và sức khỏe cho phụ nữ ngay từ khi còn là bé gái, trước khi có thai và trong thời kỳ mang thai là hết sức cần thiết. Vì vậy, chương trình chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em cần tập trung vào hoạt động giáo dục truyền thông hướng dẫn phụ nữ trước khi có thai và phụ nữ có thai uống viên sắt- Folic và chăm sóc về dinh dưỡng hợp lý trước khi có thai, trong thời kỳ mang thai để giảm thiểu năng lượng trường diễn, giảm tình trạng thiếu máu trong thời kỳ mang thai và nâng cao chất lượng công tác khám thai nhằm tìm ra các nguyên nhân và có can thiệp kịp thời để giảm thiểu sự ảnh hưởng đến sức khỏe của thai nhi, đặc biệt là tương lai của trẻ sau này.



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế - Vụ Sức khỏe sinh sản (2006), Tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2006 và phương hướng năm 2007.
2. Viện Dinh dưỡng – UNICEF (4/2011), Tổng điều tra dinh dưỡng 2009- 2010, Báo cáo tổng kết CTMTPCSDD năm 2011.
3. Đại học Y Hà Nội, Bộ môn nhi(2000), Sách bài giảng Nhi Khoa tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Nguyễn Công Khẩn 2009, Cập nhật một số vấn đề về phòng chống suy dinh dưỡng hiện nay, Báo cáo tổng kết CTPCSDD năm 2009.
5. Ngô Minh Xuân, Nguyễn Văn Dũng, Phạm Việt Thanh(2009), Tình hình trẻ sơ sinh nhẹ cân tại Bệnh viện Từ Dũ, Kỷ yếu Hội nghị khoa học Hội sản phụ khoa Việt Nam lần thứ XVI, tr 87-95.
6. Trần Thanh Nhân, Nguyễn Thị Từ Vân, Nguyễn Quang Vinh, Tỷ lệ trẻ sinh nhẹ cân và các yếu tố liên quan ở huyện Củ Chi từ 9/2007 đến 02/2008
7. Phan Bích Nga, Nguyễn Công Khẩn, Lê Anh Tuấn, Nguyễn Xuân Ninh(2012) , Tình trạng dinh dưỡng của trẻ sơ sinh và mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng, vi chất của mẹ khi mang thai, Tạp chí Y học Thực hành -7(830)
8. Nguyễn Văn Khoa, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang , Tỷ lệ trẻ nhẹ cân và các yếu tố liên quan tại tỉnh Bình Phước , Y Học TP. Hồ Chí Minh * Vol. 13 – Supplement of No 1 - 2009: 114 - 118.
9. Theo thống kê của WHO năm 2000.
10. Unicef (2001). Low birthweight _ Reduction of Low Birthweight Rate to less than 10%, Graph leaflet.
11. United Nations Children’s Fund and World Health Organization (2004). Low Birthweight: Country, regional and global estimates, New York.
12. World Health Organization (1992). International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision, Geneva.
13. World Health Organization (1992). Low Birth Weight: A tabulation of available information, WHO/MCH/92.2, World Health Organization, Geneva, and UNICEF, New York.
14. Arifeen SE (1997). “Birth weight, intrauterine growth retardation and prematurity: a prospective study of infant growth and survival in the slums of Dhaka, Bangladesh”, Doctor of Public Health dissertation, Johns Hopkins University, Baltimore.
15. Unicef Bangladesh, National Low Birth Weight Survey of Bangladesh 2003-2004.

THỰC TRẠNG, CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ GIẢI PHÁP CAN THIỆP THỪA CÂN BÉO PHÌ Ở HỌC SINH TIỂU HỌC TẠI THÀNH PHỐ THỦ DẦU MỘT, TỈNH BÌNH DƯƠNG

Phạm Ngọc Thủy¹, Văn Quang Tân², Trần Văn Hương³

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Thừa cân và béo phì có thể phòng ngừa được nhưng việc điều trị lại rất khó khăn, tốn kém và hầu như không có kết quả. Trên phạm vi thế giới, chi phí cho giải quyết nạn dịch béo phì hiện nay đã làm cho tất cả các chi phí sức khỏe khác trở nên khó khăn. Chương trình cải thiện dinh dưỡng trong thời gian qua chỉ tập trung vào phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ em dưới 5 tuổi, phụ nữ có thai; hiện tại tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em tỉnh Bình Dương không còn là vấn đề quan trọng nhưng tình trạng thừa cân béo phì ngày càng phổ biến hơn.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ thừa cân béo phì, các yếu tố liên quan của học sinh tiểu học trên địa bàn thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương năm 2013.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Kết quả: Mẫu nghiên cứu là 4320 học sinh được cân đo và phỏng vấn tại 9 trường tiểu học thành phố Thủ Dầu Một với tỷ lệ thừa cân béo phì chung là 47.2% (thừa cân: 22.8%, béo phì là 24.4%). Tỷ lệ thừa cân béo phì ở học sinh nam là 56.4% cao hơn so với nữ 38%. Có mối liên quan giữa thừa cân béo phì với số giờ chơi điện tử, bú sữa mẹ và ăn ≥ 4 bữa ăn chính trong ngày.

Kết luận: Phòng ngừa được béo phì ở trẻ em sẽ góp phần làm giảm tỷ lệ béo phì ở trẻ em lứa tuổi học đường, góp phần làm giảm nguy cơ mắc các bệnh mãn tính không lây có liên quan đến béo phì và giảm chi phí y tế.

ABSTRACT

Background: Overweight and obesity can be prevented, but the treatment is very difficult, expensive and almost no results. On a world scale, the cost of solving the current obesity epidemic has made all the other health costs difficult. Nutrition improvement program in recent years focused on

preventing malnutrition in children under 5 years of age, pregnant women, the current status of malnourished children in Binh Duong province no longer matters significant overweight but obese increasingly more popular.

Objective: Defining overweight and obesity rate, the relevant factors of elementary school students in the area of Thu Dau Mot town, Binh Duong province in 2013.

Method: Cross-sectional study design described.

Results: The sample is weighed 4,320 students and interviewed at 9 elementary schools Thu Dau Mot town with overweight and obesity rate is 47.2% overall (overweight: 22.8%, 24.4% obese). The rate of overweight and obesity in male students was 56.4% higher compared to 38% female. There is an association between overweight and obesity with the number of hours playing video games, and eat breastfed ≥ 4 meals a day.

Conclusion: Prevent obesity in children will contribute to reducing obesity rates in children of school age, reducing the risk of non-communicable chronic diseases related to obesity and reduce health care costs.

Keywords: BMI, overweight, obesity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, một trong những vấn đề mới nảy sinh liên quan đến dinh dưỡng là thừa cân, béo phì của lứa tuổi học sinh. Trước những năm 1990 chúng ta chỉ quan tâm đến suy dinh dưỡng thể thiếu, còn thừa cân béo phì hầu như không đáng kể ở tất cả các lứa tuổi. Do vậy, những năm gần đây tỷ lệ thừa cân béo phì ngày càng đang gia tăng; thực tế cho thấy phòng chống thừa cân béo phì còn khó hơn là giảm tỷ lệ thiếu dinh dưỡng. Thừa cân béo phì không chỉ ảnh hưởng đến hành vi và học tập của trẻ mà còn có nguy cơ cao mắc các bệnh mãn tính không lây (tiểu đường, cao huyết áp...) sau này.

1. Trung tâm Chăm sóc SKSS
2. BVĐK tỉnh Bình Dương
3. Bệnh viện đa khoa Nam Anh

Thừa cân và béo phì có thể phòng ngừa được nhưng việc điều trị lại rất khó khăn, tốn kém và hầu như không có kết quả. Trên phạm vi thế giới, chi phí cho giải quyết nạn dịch béo phì hiện nay đã làm cho tất cả các chi phí sức khỏe khác trở nên nhỏ bé. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) thì các chi phí trực tiếp cho điều trị béo phì chiếm tới 6,8% (hay 70 tỷ đô la Mỹ) trong tổng chi phí cho chăm sóc sức khỏe. Do đó, phòng ngừa được béo phì ở trẻ em sẽ góp phần làm giảm tỷ lệ béo phì ở người lớn, giảm nguy cơ mắc các bệnh mãn tính không lây có liên quan đến béo phì và giảm chi phí y tế.

Hiện nay, thành phố Thủ Dầu Một, là thành phố đô thị loại 2, nơi đang có nhiều thay đổi về kinh tế, văn hóa, xã hội. Do đó, đã làm thay đổi cuộc sống và sức khỏe của người dân theo mô hình của tỉnh trên con đường đô thị hóa và phát triển mạnh về công nghiệp. Năm 2012 tỷ lệ suy dinh dưỡng của tỉnh là 10,6%, song bên cạnh đó thì tình trạng thừa cân béo phì ở lứa tuổi học sinh tại thành phố Thủ Dầu Một đang ngày càng gia tăng và vẫn chưa được khảo sát trên một mẫu đại diện, chưa có số liệu cụ thể để đánh giá tình trạng dinh dưỡng này của trẻ em làm cơ sở cho các kế hoạch phòng chống và xây dựng chương trình can thiệp phù hợp. Riêng chỉ có một nghiên cứu của Văn Quang Tân (2009) cho thấy tỷ lệ thừa cân béo phì ở trẻ Mẫu giáo là 12,97%, (ở trẻ trai là 16,44% và trẻ gái là 16,18%).

Đề tài nghiên cứu “Thực trạng, các yếu tố liên quan và giải pháp can thiệp thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương” được thực hiện nhằm để đánh giá tình trạng thừa cân béo phì của trẻ em đồng thời nêu ra được những yếu tố liên quan, là cơ sở khoa học cho Ngành Y tế Bình Dương sớm xây dựng, lập kế hoạch đưa ra những giải pháp can thiệp cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho trẻ em, phù hợp với điều kiện của địa phương trong thời gian tới.

II. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

Mục tiêu tổng quát:

Xác định tỷ lệ thừa cân béo phì, các yếu tố liên quan của học sinh tiểu học trên địa bàn thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương năm 2013.

Mục tiêu cụ thể:

1. Xác định tỷ lệ thừa cân béo phì và mức độ thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương năm 2013.

2. Xác định các yếu tố nguy cơ: về kinh tế - xã hội, thói quen ăn uống, hoạt động thể chất, cách dinh dưỡng liên quan đến tình trạng thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.

3. Xác định mối liên quan giữa thừa cân béo phì với kiến thức, thái độ thực hành về dinh dưỡng của cha mẹ học sinh nhằm đưa ra các giải pháp can thiệp.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

1.1. Dân số mục tiêu:

Học sinh tiểu học đang học tại các trường tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.

1.2. Dân số nghiên cứu:

Học sinh tiểu học đang theo học tại 14 trường tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương trong thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2012 – 12/2013.

2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2012 đến tháng 12/2013. Trong đó, số liệu được thu thập từ tháng 8 đến tháng 10/2013.

3. Địa điểm nghiên cứu:

Thực hiện tại 9 trường tiểu học của thành phố Thủ Dầu Một gồm: Phú Thọ, Lê Hồng Phong, Nguyễn Du, Trần Phú, Định Hòa, Phú Hòa, Nguyễn Trãi, Phú Lợi, Phú Mỹ.

4. Phương pháp nghiên cứu:

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

Cỡ mẫu: Mẫu tối thiểu cần cho 5 nhóm: $n = 456 \times 5 = 3420$.

Kỹ thuật chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu cụm, xác suất tỷ lệ với kích cỡ dân số PPS.

Tiêu chí đưa vào:

Học sinh thuộc 5 khối lớp 1, 2, 3, 4, 5 các trường tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, Tỉnh Bình Dương năm 2013.

Được phụ huynh đồng ý cho tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra:

Học sinh có vấn đề về xương ảnh hưởng đến việc cân đo (dị dạng ở xương, bại liệt chân, gù, vẹo cột sống, chân vòng kiềng...).

Học sinh vắng mặt trong thời gian tiến hành cân đo.

Không mắc các bệnh liên quan đến thừa cân béo phì

Không mắc các bệnh gây phù tăng trọng lượng cơ thể (gan, tim, thận...)

5. Sai lệch và kiểm soát sai lệch:

Kiểm soát sai lệch chọn lựa:

Trong quá trình nghiên cứu, sai lệch chọn lựa có khả năng xảy ra trong quá trình chọn lớp nghiên cứu hoặc trong trường hợp học sinh vắng mặt trong ngày thu thập số liệu. Để tránh sai lệch, phương pháp chọn mẫu đúng kỹ thuật; xác định cụ thể, rõ ràng tiêu chí chọn mẫu được chọn vào và mẫu bị loại ra.

Đối với học sinh vắng mặt trong buổi cân đo lần đầu sẽ

được tiến hành cân đo vào buổi khác. Nếu quá 2 lần, học sinh vắng mặt sẽ được thay thế bằng học sinh khác trong danh sách học sinh dự bị phòng trường hợp mất mẫu.

Kiểm soát sai lệch thông tin:

Trong quá trình thu thập số liệu, sai lệch thông tin có thể xảy ra từ người thu thập thông tin, số đo cân nặng, chiều cao và thông tin của học sinh và phụ huynh. Để tránh sai lệch, tổ chức tập huấn kỹ cho các điều tra viên, sử dụng các dụng cụ thiết bị được kiểm tra và chuẩn hóa đồng bộ trước khi tiến hành điều tra.

6. Tiêu chuẩn và phương pháp đánh giá:

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em 5 - 19 tuổi (theo WHO 2007). Các chỉ số nhân trắc thừa cân béo phì của người trưởng thành và trẻ em được phân tích dựa trên quần thể tham khảo chuẩn của WHO năm 2007 theo lứa tuổi từ 5-19 tuổi dành cho bé trai và bé gái.

Phân loại	Z – Score của BMI (kg/m ²)
Gầy	< - 2SD
Gầy nặng	< - 3SD
Thừa cân	> + 1SD
Béo phì	> + 2SD

7. Thu thập dữ kiện:

Phương pháp thu thập dữ kiện:

Bước 1: Liên hệ với nơi tiến hành nghiên cứu:

Làm việc và trao đổi với Ban giám hiệu từng trường về ngày dự kiến cân đo và phỏng vấn, xin danh sách học sinh theo 5 khối lớp của từng trường đã được chọn.

Bước 2: Phỏng vấn thử

Bộ câu hỏi có cấu trúc được phỏng vấn thử trên 5 phụ huynh (không có tên trong danh sách tham gia nghiên cứu) ở mỗi điểm trường nghiên cứu.

Bộ câu hỏi được hiệu chỉnh sau khi phỏng vấn thử.

Bước 3: Thu thập dữ liệu

Tại mỗi trường, ban giám hiệu nhà trường thông báo mời phụ huynh trước 3 ngày lấy số liệu, giải thích và hướng dẫn trả lời vào phiếu câu hỏi, sau đó nhờ giáo viên chủ nhiệm thu lại.

Sau khi thu nhận đầy đủ bộ câu hỏi, tiến hành đánh số thứ tự, sau đó tiến hành cân đo trẻ.

Công cụ thu thập dữ kiện:

Cân: Sử dụng cân điện tử Seca 770 (độ chính xác 0,1kg).

Đo chiều cao: Đo chiều cao đứng bằng thước đo gỗ theo tiêu chuẩn thiết kế của Viện dinh dưỡng Trung ương (độ

chính xác 1mm).

Bộ câu hỏi phỏng vấn: Sử dụng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn để thu thập các thông tin khác nhau

Người thu thập thông tin: Tác giả và 20 điều tra viên của Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh.

8. Xử lý và phân tích số liệu:

Các thuật toán dùng để phân tích số liệu:

+ Phân tích đơn biến: Tìm tỷ số tỷ suất hiện mắc (PR) của thừa cân-béo phì với các biến số khảo sát. Kiểm định mối tương quan giữa các biến số trên bằng phép kiểm χ^2 .

+ Test t để kiểm định sự khác biệt giá trị trung bình.

+ Đo lường mức độ liên quan bằng PR, trị số PR được đọc theo giá trị tối đa có thể của PR. Khoảng tin cậy 95% được chọn. Các kết quả trình bày mô tả những số liệu điều tra cơ bản được thể hiện theo phần trăm, số trung bình, trung vị.

9. Khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu:

Các cá nhân tham gia nghiên cứu được biết rõ mục tiêu nghiên cứu và các thông tin được sử dụng đúng mục đích nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu được sử dụng để đưa ra các khuyến nghị nhằm lựa chọn các giải pháp phòng và chống TC, BP ở trẻ em tuổi học đường, mà không sử dụng vào các mục đích khác.

IV. KẾT QUẢ & NHẬN XÉT:

1. Đặc tính chung của mẫu nghiên cứu:

Bảng 1. Tần số và tỷ lệ giới tính, dân tộc học sinh tiểu học (n= 3420)

Đặc tính	Tần số	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nam	1707	49.9
Nữ	1713	50.1
Tổng số	3420	100
Dân tộc		
Kinh	3315	96.9
Hoa	71	2.1
Khác	34	1.0
Tổng	3420	100

Học sinh tiểu học, nam và nữ tương đương nhau. Dân tộc Kinh chiếm đa số (96.9 %). Số trẻ giữa các lớp tương đương nhau



2. Mức độ thừa cân, béo phì theo giới, tuổi, lớp, trường học.

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ mức độ TC/BP theo giới tính, tuổi, lớp, trường học

Đặc tính	Mức độ TC/BP			Tổng N (%)	P
	Bình thường N(%)	Thừa cân N(%)	Béo phì N(%)		
Giới tính					<0.001
Nam	744 (43.6)	329 (19.3)	634 (37.1)	1707 (100)	
Nữ	1063 (62.1)	449 (26.2)	201 (11.7)	1713 (100)	
Tuổi					0.005
6	517 (61.0)	136 (16.0)	195 (23)	848 (100)	
7	340 (52.4)	154 (23.8)	154 (23.8)	648 (100)	
8	352 (59.0)	172 (24.0)	194 (27.0)	718 (100)	
9	356 (49.2)	178 (24.6)	189 (26.2)	723 (100)	
10	232 (49.7)	135 (28.9)	100 (21.4)	467 (100)	
11	10 (62.6)	3 (18.7)	3 (18.7)	16 (100)	
Chung	1807 (52.8)	778 (22.8)	835 (24.4)	3420 (100)	
Lớp					0.005
1	389 (58.6)	106 (16.0)	169 (25.4)	664 (100)	
2	383 (58.6)	143 (21.9)	128 (19.5)	654 (100)	
3	351 (49.4)	165 (23.3)	194 (27.3)	710 (100)	
4	327 (48.1)	172 (25.3)	181 (26.6)	680 (100)	
5	357 (50.1)	192 (27.0)	163 (22.9)	712 (100)	
Chung	1807 (52.8)	778 (22.8)	835 (24.4)	3420 (100)	
Trường học					<0.001
Phú Lợi	446 (57.1)	165 (21.1)	170 (21.8)	781 (100)	
Nguyễn Trãi	242 (49.3)	105 (21.4)	144 (29.3)	491 (100)	
Định Hòa	239 (54.0)	102 (23.0)	102 (23.0)	443 (100)	
Phú Mỹ	178 (64.3)	54 (19.5)	45 (16.2)	277 (100)	
Phú Hòa	151 (49.7)	80 (26.3)	73 (24.0)	304 (100)	
Nguyễn Du	122 (42.8)	83 (29.1)	80 (28.1)	285 (100)	
Phú Thọ	233 (64.3)	64 (17.7)	65 (18.0)	362 (100)	
Trần Phú	128 (41.0)	82 (26.3)	102 (32.7)	312 (100)	
Lê Hồng Phong	68 (41.2)	43 (26.1)	54 (32.7)	165 (100)	
Chung	1807 (52.8)	778 (22.8)	835 (24.4)	3420 (100)	

Tỷ lệ thừa cân là: 22.8%, TC ở nữ là 26.2% cao hơn so với nam là 19.3%. TC tăng dần theo tuổi. TC ở các trường ngay trung tâm thành phố có tỷ lệ cao hơn các trường ở xa Trung tâm.

Tỷ lệ béo phì là: 24.4%, BP ở nam là 37.1 cao hơn so với

nữ là 11.7%. BP tăng dần theo tuổi. Các trường bán trú có tỷ lệ béo phì cao nhất (Lê Hồng Phong, Trần Phú, Nguyễn Du).

3. Mối liên quan thừa cân béo phì với các yếu tố nghiên cứu.

Bảng 3. Liên quan TC/BP với các yếu tố gia đình.

Yếu tố	Thừa cân – Béo phì		PR	(KTC 95%)	P
	Không %	Có %			
1. Mức tăng cân khi mẹ mang thai					
- < 15 kg	1230 (51.5)	1159 (48.5)			
- ≥ 15 kg	577 (56.0)	454 (44.0)	0.90	0.82 – 1.01	0.057
2. Cân nặng của trẻ lúc sinh ra					
- <4kg	1761 (52.6)	1587 (47.4)			
- ≥4kg	46 (63.9)	26 (36.1)	0.76	0.47 – 1.22	0.222
3. Bú mẹ hoàn toàn					
Có	1529 (52.0)	1410 (48.0)			
Không	278 (57.8)	203 (42.2)	0.87	0.78 – 0.99	0.037
4. Tiền sử tiểu đường/rối loạn chuyển hóa					
Có	89 (51.1)	85 (48.9)			
Không	1718 (53.0)	1528 (47.0)	0.96	0.81 – 1.14	0.633
5. Thu nhập bình quân					
<1.000.000 đồng	18 (48.7)	19 (51.3)			
≥1.000.000 đồng	1789 (52.9)	1594 (47.1)	0.91	0.64 – 1.30	0.586

Trẻ không bú sữa mẹ ít có nguy cơ TCBP so với nhóm bú sữa mẹ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p,0.05.

Bảng 4. Liên quan TC/BP với thói quen ăn uống của trẻ

Yếu tố	Thừa cân – Béo phì		PR	(KTC 95%)	P
	Không %	Có %			
1. Tần suất ăn bữa chính trong ngày của trẻ					
< 3 bữa	404 (47.9)	439 (52.1)			
≥ 3 bữa	1403 (54.4)	1174 (45.6)	0.87	0.78 – 0.97	0.025
2. Tần suất ăn bữa phụ trong ngày của trẻ					
< 3 bữa	1691 (52.4)	1535 (47.6)	0.84	0.68 – 1.04	0.108
≥ 3 bữa	116 (59.8)	78 (40.2)			
3. Ăn tối sau 9 giờ đêm trước khi ngủ					
Có	328 (53.4)	286 (46.6)			
Không	1479 (52.7)	1327 (47.3)	1.01	0.95 – 1.08	0.597
4. Uống nước ngọt có gaz trong tuần					
≤ 3 lon	1063 (52.7)	955 (47.3)			
≥ 4 lon	744 (53.0)	658 (47.0)	0.99	0.94 – 1.04	0.713
5. Ăn thức ăn xào rán trong tuần					
≥ 3 lần	765 (53.1)	676 (46.9)			
< 3 lần	1042 (52.6)	937 (47.4)	0.99	0.88 – 1.10	0.850
6. Thích ăn rau, hoa quả					
Có	815 (52.4)	740 (47.6)			
Không	992 (53.2)	873 (46.8)	0.98	0.90 – 1.06	0.662



Yếu tố	Thừa cân – Béo phì		PR	(KTC 95%)	P
	Không %	Có %			
7. Thích ăn đồ béo					
Có	335 (48.8)	351 (51.2)			
Không	1472 (53.8)	1262 (46.2)	0.90	0,79 – 1.01	0.086
8. Thích ăn đồ ngọt					
Có	930 (53.8)	801 (46.2)			
Không	877 (51.9)	812 (48.1)	1.03	0.98 – 1.09	0.123

Trẻ TC/BP có tần suất ăn ≥ 3 bữa chính trong ngày, ít có nguy cơ mắc béo phì so với nhóm ăn bữa <3 bữa chính. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = <0.025$. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trẻ TC/BP với các

yếu tố: tần suất ăn bữa phụ, ăn tối sau 9 giờ đêm, uống nước ngọt có gaz, ăn thức ăn xào rán, ăn rau quả, thức ăn béo và thức ăn ngọt, với $p > 0.05$.

Bảng 5. Liên quan TC/BP với thói quen sinh hoạt, hoạt động thể lực

Yếu tố	Thừa cân – Béo phì		PR	(KTC 95%)	P
	Không %	Có %			
1. Mức độ hoạt động tại nhà					
Hoạt động nhiều	782 (54.1)	663 (45.9)			
Hoạt động vừa phải	969 (51.7)	906 (48.3)			
Ít hoạt động	56 (56.0)	44 (44.0)	1.03	0.93 – 1.14	0.496
2. Vận động đến trường					
Đi bộ	116 (55.0)	95 (45.0)	1.05	0.88 – 1.24	0.515
Đi xe đạp	107 (49.3)	110 (50.7)	0.92	0.76 – 1.11	0.369
Đi xe bus	28 (45.9)	33 (54.1)	0.86	0.68 – 1.10	0.219
Bố mẹ đưa đi	1633 (52.9)	1454 (47.1)	1.01	0.87 – 1.17	0.834
Phương tiện khác	31 (31.9)	43 (58.1)	0.80	0.63 – 1.02	0.070
3. Thời gian xem tivi					
< 2 giờ	560 (52.5)	506 (47.5)			
≥ 2 giờ	1247 (53.0)	1107 (47.0)	0.99	0.93 – 1.05	0.738
4. Thời gian chơi điện tử					
≤ 3 giờ	827 (48.5)	877 (51.5)			
≥ 4 giờ	980 (57.1)	736 (42.9)	0.83	0.78 – 0.88	<0.001
5. Môn thể thao luyện tập					
Cầu lông	470 (51.0)	452 (49.0)	0.94	0.89 – 1.01	0.067
Nhảy dây	726 (60.1)	482 (39.9)	1.28	1.18 – 1.38	<0.001
Bóng bàn	43 (39.8)	65 (60.2)	0.77	0.66 – 0.90	0.006

Yếu tố	Thừa cân – Béo phì		PR	(KTC 95%)	P
	Không %	Có %			
Bóng đá	464 (43.7)	596 (56.3)	0.76	0.71 – 0.83	<0.001
Đá cầu	180 (52.8)	161 (47.2)	0.99	0.86 – 1.15	0.985
Bơi	362 (46.0)	425 (54.0)	0.83	0.76 – 0.90	0.001
Khác	142 (53.0)	126 (47.0)	0.99	0.86 – 1.15	0.958
6. thời gian ngủ					
< 22 giờ	1432 (52.32)	1305 (47.68)			
≥ 22 giờ	375 (54.9)	308 (45.1)	0.94	0.86 – 1.02	0.17
7. Số giờ ngủ					
< 8 giờ	149 (59.84)	100 (40.16)			
≥ 8 giờ	1658 (52.29)	1513 (47.71)	1.18	1.03 – 1.36	0.019

Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trẻ TC/BP với các yếu tố: hoạt động tại nhà, vận động đến trường, thời gian xem tivi, với $p > 0.05$. Tỷ lệ trẻ TC/BP ở nhóm có thời gian chơi điện tử ≥ 4 giờ ít có nguy cơ mắc béo phì so với nhóm trẻ chơi điện tử ≤ 3 giờ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p = < 0.001$.

Bảng 6. Liên quan giữa nhận thức của học sinh với bệnh TC/BP

Yếu tố	Thừa cân – Béo phì		PR	(KTC 95%)	P
	Không %	Có %			
Thế nào là TC/BP					
- Không có kiến thức	1807(52.84)	1613(47.16)			<0.001
- Có kiến thức	0	0			
Cách phát hiện TC/BP					
- Không có kiến thức	907(55.5)	727(44.4)			
- Có kiến thức	900(55.4)	886(49.6)	0.007	1.03 – 1.19	0.006
Nguyên nhân TC/BP					
- Không có kiến thức	1134(56.3)	879(43.7)			
- Có kiến thức	673(47.8)	734(52.2)	0.000	1.12 – 1.26	0.002
Tác hại TC/BP					
- Không có kiến thức	1381(54.9)	1135(45.1)			
- Có kiến thức	426(47.1)	478(52.9)	0.006	1.06 – 1.29	0.011
Cách phòng TC/BP					
- Không có kiến thức	1023(56.2)	798(43.8)			
- Có kiến thức	1807(52.8)	1613(47.2)	0.000	1.10 – 1.22	0.0002



V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ**Tình hình TC/BP học sinh tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, Bình Dương năm 2013:**

- Tỷ lệ thừa cân béo phì học sinh tiểu học thành phố Thủ Dầu Một năm 2013 là: 47.2%. Mức độ thừa cân là 22,85% và béo phì là 24,4%.

- Tỷ lệ trẻ nam bị thừa cân béo phì 56.4% cao hơn nữ 38.%, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ TCBP cao nhất ở nhóm 7, 8, 9 tuổi, thấp nhất ở nhóm 6, 11 tuổi.

- Học sinh ở những trường ngay trung tâm thành phố có tỷ lệ TCBP cao hơn các trường vùng ngoại ô, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Học sinh ở những trường bán trú có tỷ lệ TCBP cao hơn học sinh trường không bán trú gồm Trường Trần Phú, Lê Hồng Phong, Nguyễn Du (59%, 58,8%, 57,2%).

Các yếu tố liên quan đối với trẻ thừa cân béo phì**Yếu tố tiền căn gia đình**

- Không có mối liên quan giữa trẻ TCBP với các yếu tố gia đình: tăng cân của mẹ, tiền sử đái tháo đường của mẹ trẻ TCBP.

- Tiền sử trẻ sinh ra không bú sữa mẹ hoàn toàn có mối liên quan đến TCBP với PR và KTC 95% = 0.87 (0.78 – 0.99)

Thói quen ăn uống

- Trẻ TCBP có tần suất ăn ≥ 3 bữa chính trong ngày ít có nguy cơ mắc béo phì so với nhóm ăn bữa < 3 bữa chính. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với PR và KTC 95% =

0.87 (0.78 – 0.97)

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trẻ TC/BP với các yếu tố: tần suất ăn bữa phụ, ăn tối sau 9 giờ đêm, uống nước ngọt có gas, ăn thức ăn xào rán, ăn rau quả, thức ăn béo và thức ăn ngọt, với $p > 0,05$.

Thói quen sinh hoạt, hoạt động thể lực

Tỷ lệ trẻ TC/BP ở nhóm có thời gian ngủ ≥ 8 giờ ít có nguy cơ mắc béo phì so với nhóm trẻ có số giờ ngủ < 8 giờ trong ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với PR và KTC 95% = 1.18 (1.03- 1.36) .

Quan niệm về thừa cân – béo phì

- Đa số phụ huynh có nhận thức đúng về TCBP với 91% có kiến thức đúng về nhận định thừa cân béo phì; 86,3% có hiểu biết và nhận thức đúng về sự nguy hiểm và tác hại của béo phì.

- Kiến thức phòng chống thừa cân béo phì: có 92% phụ huynh có kiến thức đúng; có 80,3% có kiến thức đúng về áp dụng các biện pháp dinh dưỡng cho trẻ. Đa số học sinh chưa nhận thức đúng về vấn đề thừa cân béo phì ra sao và như thế nào (100%).

Tóm lại: Hai giải pháp then chốt trong cộng đồng với mục tiêu ngăn ngừa sự gia tăng của thừa cân béo phì bao gồm:

1. Nâng cao hoạt động thể lực.

2. Cải thiện chất lượng khẩu phần ăn dựa trên các thực phẩm có sẵn có ở địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:**TIẾNG VIỆT**

1. Lê Thị Hợp (2010), Một số định hướng về giải pháp chiến lược và chương trình dinh dưỡng trong thời gian tới nhằm giảm suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ em Việt Nam. Báo cáo tổng kết 2010.
2. Phan Thị Bích Ngọc (2010), Nghiên cứu thực trạng thừa cân - béo phì và đánh giá biện pháp can thiệp cộng đồng ở học sinh tiểu học thành phố Huế, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Huế.
3. Văn Quang Tân, Phạm Ngọc Thủy(2009), Thực trạng dinh dưỡng, thừa cân – béo phì ở trẻ từ 3-5 tuổi tại các Trường mầm non mẫu giáo thị xã Thủ Dầu Một, Kỳ yếu NCKHKT ngành Y tế Bình Dương lần thứ IX.
5. Trương Thanh (2009), "Thừa cân/ béo phì và các yếu tố liên quan ở học sinh tiểu học thành phố Vũng Tàu năm 2009". Luận án CKII Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. Nguyễn Thanh Xuân (2010), "Tỷ lệ thừa cân béo phì và các yếu tố liên quan của học sinh tiểu học quận 9, TP. Hồ Chí Minh". Luận án CKII Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
7. Vũ Quỳnh Hoa, Đỗ Thị Ngọc Diệp (2012-2013), "Can thiệp dinh dưỡng và vận động phòng chống thừa cân, béo phì trên học sinh tiểu học, một số kết quả ban đầu". Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, tập 9, số 3, tr.16.
8. Trần Thị Minh Hạnh, Vũ Quỳnh Hoa (2012), "Tình trạng dinh dưỡng học sinh trung học cơ sở thành phố Hồ Chí Minh". Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, tập 8, số 3, tr. 28.
9. Trần Thị Minh Hạnh, Vũ Quỳnh Hoa, Đỗ Thị Ngọc Diệp, (2009), "Diễn biến tình trạng dinh dưỡng và tăng trưởng học sinh TP.HCM 2002-2009". Tạp chí dinh dưỡng & thực phẩm, tập 8, số 4, tr.30-31.

10. Đỗ Thị Ngọc Diệp (2013), "Béo phì: Tiếp cận từ khía cạnh lâm sàng và cộng đồng" Hội nghị Dinh dưỡng thành phố Hồ Chí Minh mở rộng lần thứ hai năm 2013". <http://www.ttdinhduong.org/ttd/tintuc>.

TIẾNG ANH

11. Bowman S.A, Gortmaker S.L, Ebbeling C.B., Pereira M.A., Ludwig D.S. (2004), "Effects of fast food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey", *Pediatrics*, 113 (1), pp. 112 - 118.

12. Brown T, Kelly S and Summerbell C (2007), "Prevention of obesity: a review of interventions", *Obesity reviews*, 8, Suppl. 1, pp.127 - 130.

13. De Onis M, Borghi E (2010), "Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children", *Am J Clin Nutr*, 92(5) : pp. 1257 - 64.

14. Mercedes de Onis, Adelheid W Onyango, Elaine Borghi, Amani Siyam (2007), "Development of a WHO growth reference for school –age children and adolescents" *Bulletin of the world Health Organization* 2007; 85: 660 - 667.

15. Onis de M et al (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organisation*, volume 85, No 9, pp 649- 732, September 2007. Available at <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/07-043497/en/print.html#R18#R18>.



THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ ĐỀ XUẤT NHẪM NÂNG CAO HIỆU QUẢ CỦA MẠNG LƯỚI CÁN BỘ DINH DƯỠNG CỘNG ĐỒNG TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2012

Lê Tăng Tú Mỹ¹, Võ Thị Kim Anh², Bùi Minh Hiền³, Từ Tấn Thứ³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong giai đoạn 2012 - 2015, chương trình dinh dưỡng cộng đồng trở thành Dự án mục tiêu phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em và được triển khai ở tất cả các xã phường. Mạng lưới cán bộ chuyên trách xã, phường là nền tảng thành công của chương trình. Do đó, chúng ta cần quan tâm nghiên cứu đánh giá nhằm kiện toàn mạng lưới và nâng cao năng lực chuyên môn của cán bộ chuyên trách chương trình dinh dưỡng cộng đồng.

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng của mạng lưới cán bộ Dinh dưỡng cộng đồng tại Bình Dương năm 2012 đồng thời khảo sát những thuận lợi, khó khăn và đề xuất một số biện pháp để hoạt động Dinh dưỡng cộng đồng đạt hiệu quả tốt hơn.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp phỏng vấn sâu được thực hiện trên 110 cán bộ hoạt động trong chương trình dinh dưỡng cộng đồng tại tuyến huyện-thị, xã- phường trên địa bàn tỉnh Bình Dương vào tháng 5 năm 2012.

Kết quả: Qua nghiên cứu, nhận thấy tỷ lệ CBDD có kiến thức đúng chưa cao (khoảng 11%). Tuy nhiên, họ lại có nhận thức khá tích cực (97%) trong công tác dinh dưỡng cộng đồng.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy: hiện nay mạng lưới CBDD cộng đồng vẫn đang gặp nhiều khó khăn như: thiếu kiến thức và kinh nghiệm thực tiễn, còn phải kiêm nhiệm quá nhiều trong khi kinh phí hỗ trợ lại hạn hẹp. Điều này đòi hỏi ngành Y tế phải có một số biện pháp khắc phục như: Các ban ngành đoàn thể cần quan tâm hơn; chú trọng phát triển nguồn nhân lực; tăng cường kinh phí hỗ trợ; tăng tập huấn và chú trọng công tác truyền thông cộng đồng.

ABSTRACT: SITUATION AND SOME PROPOSALS TO INCREASE EFFICIENCY OF NUTRITION COMMUNITY NETWORKS BINH DUONG PROVINCE IN 2012

1. Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Bình Dương

2. Bệnh Viện Đa Khoa Nam Anh

3. Sở Y tế Bình Dương

Background: In the period 2012 - 2015, community nutrition programs become the target project to prevent child malnutrition and deployed in all communes. Network cadres successful communes are the foundation of the program. Therefore, we need to care evaluation studies in order to strengthen the network and enhance the professional capacity of staff in charge of community nutrition programs.

Objective: Surveying the state of the network staff in Binh Duong community nutrition survey in 2012 and give some advantages, disadvantages and proposes a number of measures to community nutrition activities achieve better efficiency.

Methods: Cross-sectional descriptive study conducted on 110 workers active in community nutrition programs at district, town and commune in the province of Binh Duong Province in May 2012.

Result: Through research, staff found that the rate of correct nutrition knowledge is not high (about 11%). However, they have a positive perception (97%) in the nutrition community.

Conclusion: The results showed that: currently network of community nutrition officials still are difficult, such as lack of knowledge and practical experience, and is also too much in funding to support limited. This requires the health sector must take a number of corrective measures such as sectoral unions need more attention; focus on human resource development; budget support; increased training and communication community.

Key words: Malnutrition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong giai đoạn 2012 - 2015, chương trình dinh dưỡng cộng đồng trở thành Dự án mục tiêu phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em và được triển khai ở tất cả các xã phường.

Trước tình hình đó, đòi hỏi chúng ta phải có một mạng lưới cán bộ chuyên trách có năng lực chuyên môn và quản lý tốt. Từ năm 2004 đến nay, mạng lưới tỉnh có bổ sung thêm 91 cán bộ chuyên trách cộng đồng cho 91 xã, phường nhằm hỗ trợ cho tuyến xã giám sát các hoạt động dinh dưỡng tại cộng đồng và giám sát hoạt động của đội ngũ cộng tác viên khu, ấp.

Mạng lưới cán bộ chuyên trách xã, phường là nền tảng thành công của chương trình. Nếu mạng lưới này không hoạt động tốt thì chương trình dinh dưỡng cộng đồng cũng không thể vận hành một cách hiệu quả, công tác tuyên truyền và giám sát không được làm tốt trong cộng đồng. Do đó, chúng ta cần quan tâm kiện toàn mạng lưới và nâng cao năng lực chuyên môn của cán bộ chuyên trách chương trình dinh dưỡng.

Từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng và một số đề xuất nhằm nâng cao hiệu quả của mạng lưới cán bộ dinh dưỡng cộng đồng tỉnh Bình Dương năm 2012”

Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành vào tháng 5/2012 trên các đối tượng nghiên cứu là cán bộ dinh dưỡng cộng đồng tuyến huyện-thị, xã-phường tỉnh Bình Dương. Nghiên cứu chỉ giới hạn do thời gian và kinh phí có hạn nên gặp khó khăn trong triển khai nghiên cứu một cách toàn diện và sâu rộng. Trong nghiên cứu có ảnh hưởng của sai số nhớ lại.

Mục tiêu:

1. Khảo sát thực trạng của mạng lưới cán bộ dinh dưỡng cộng đồng tuyến huyện-thị, xã-phường tại tỉnh Bình Dương năm 2012.
2. Tìm hiểu những thuận lợi, khó khăn của cán bộ khi thực hiện chương trình dinh dưỡng cộng đồng và những ý kiến đóng góp của họ để chương trình hoạt động hiệu quả hơn.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Đối tượng nghiên cứu: Cán bộ dinh dưỡng cộng đồng của tỉnh Bình Dương.

Cỡ mẫu - Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ cán bộ dinh dưỡng hoặc lãnh đạo quản lý chương trình dinh dưỡng cộng đồng của tuyến huyện-thị, xã-phường, nông trường: mỗi đơn vị 1 người → Cỡ mẫu thu thập được: 110 người.

Tiêu chí chọn mẫu:

- Tiêu chí đưa vào: CBDD đang hoạt động trên địa bàn tỉnh Bình Dương vào thời điểm điều tra.

- Tiêu chí loại ra :

- + CBDD không đồng ý tham gia phỏng vấn.
- + CBDD vắng mặt vào thời điểm nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn.

Biến số cần thu thập:

Biến độc lập: Nơi công tác, trình độ chuyên môn, chức vụ, nhiệm vụ, kinh nghiệm, mức độ dự tập huấn, cơ quan tổ

chức tập huấn.

Biến phụ thuộc: Kiến thức chung về dinh dưỡng cộng đồng, thái độ chung về dinh dưỡng cộng đồng.

Các biến số khác: dùng để tham khảo ý kiến: Những vấn đề cần đầu tư nhằm nâng cao chất lượng chương trình dinh dưỡng, thuận lợi - khó khăn của các cán bộ chuyên trách, kiêm nhiệm chương trình dinh dưỡng, những yếu tố mà CBCT thường dựa vào khi thực hiện công tác dinh dưỡng, nhận xét về hệ thống cán bộ y tế, những vấn đề cần được tập huấn thêm, đề xuất để chương trình dinh dưỡng ngày càng hoạt động hiệu quả.

III. KẾT QUẢ (Khảo sát được tiến hành trên 1.530 trẻ dưới 5 tuổi và 1.394 bà mẹ).

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng tham gia điều tra (n=110)

Đặc điểm của mẫu		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nơi công tác	Trung tâm Y tế huyện - thị	8	7,3
	Trạm y tế xã-phường	91	82,7
	Nông trường	11	10
Trình độ chuyên môn	Bác sĩ	11	10
	Y sĩ	51	46,4
	Hộ sinh	37	33,6
	Khác	11	10
Chức vụ	Lãnh đạo huyện	7	6,4
	CBCT huyện	10	9,1
	Trưởng/ phó trạm	19	17,3
	CBCT trạm	67	60,9
	CB thống kê, báo cáo	1	0,9
	Khác	6	5,4
Nhiệm vụ	CBCT chính chương trình DD	41	48,2
	Cán bộ kiêm nhiệm	44	51,8
Thời gian hoạt động chương trình Dinh dưỡng	< 1 năm	20	18,2
	Từ 1 đến 3 năm	43	39,1
	≥ 3 năm	47	42,7
Dự hội nghị/tập huấn	Liên tục (> 5 lần/năm)	8	7,3
	Thường xuyên (4-5 lần/năm)	10	9,1
	Thỉnh thoảng (1-3 lần/năm)	73	66,3
	Mới được tập huấn lần đầu	19	17,3



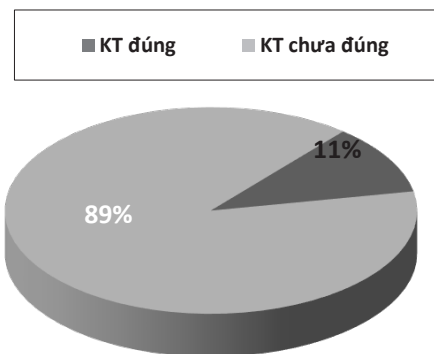
Cơ quan tổ chức hội nghị/ tập huấn	Viện Dinh Dưỡng	26	23,6
	Viện VS-YTCC	10	9,1
	TT CSSKSS tỉnh	47	42,7
	TTYTDP tỉnh	73	66,4
	TTYT huyện-thị	34	30,9

Nhận xét: Cán bộ dinh dưỡng hoạt động chủ yếu là kiêm nhiệm (chiếm gần 52%); trong đó đa số có trình độ trung cấp như y sỹ và hộ sinh; bác sỹ và cử nhân chiếm rất ít (chỉ khoảng hơn 10%). Số năm kinh nghiệm hoạt động dinh dưỡng không đồng đều, lâu nhất là 22 năm và mới nhất chỉ 1 tháng. Điều đó cho thấy mạng lưới CBDD luôn cần được cập nhật kiến thức mới. Trong khi họ chỉ thỉnh thoảng mới được tập huấn, một số CB mới được tập huấn lần đầu tại TTYTDP và đa số các buổi tập huấn do tuyến tỉnh tổ chức.

Bảng 2. Kiến thức đúng chung (n=110)

Kiến thức		Tần số	Tỷ lệ (%)
Vấn đề DD cộng đồng thường gặp	Đúng	68	61,8
	Chưa đúng	42	38,2
Vi chất dinh dưỡng	Đúng	17	15,5
	Chưa đúng	93	84,5
Nguyên nhân thiếu Vit A	Đúng	32	29,1
	Chưa đúng	78	70,9
Tác hại của thiếu Vit A	Đúng	14	12,7
	Chưa đúng	96	87,3
Biểu hiện sớm nhất thiếu Vit A	Đúng	103	93,6
	Chưa đúng	7	6,4
Giải pháp khắc phục thiếu VCDD	Đúng	11	10
	Chưa đúng	99	90
Đối tượng trẻ em nào thường thiếu Vit A	Đúng	63	57,3
	Chưa đúng	47	42,7
Kiến thức chung	Đúng	12	10,9
	Chưa đúng	98	89,1

Hình 1. Tỷ lệ CBDD có kiến thức chung đúng và chưa đúng (n=110)



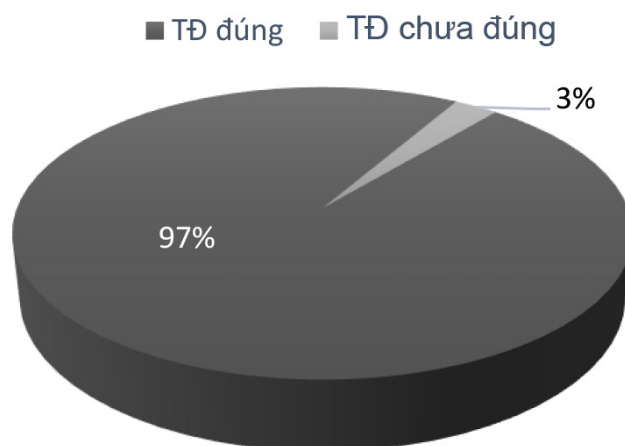
Nhận xét: Tỷ lệ CBDD có kiến thức chung đúng rất thấp, chỉ chiếm 10%. Do đó, việc tập huấn, giám sát hỗ trợ các CBDD trong công tác dinh dưỡng tại địa phương là rất quan trọng.

Bảng 3. Thái độ chung (n=110)

Thái độ		Tần số	Tỷ lệ (%)
Sự cần thiết của hoạt động DD	Tích cực	110	100
	Chưa tích cực	0	0
Hiệu quả của hoạt động DD	Tích cực	107	97,3
	Chưa tích cực	3	2,7
THÁI ĐỘ CHUNG	Tích cực	107	97,3
	Chưa tích cực	3	2,7

Nhận xét: Hầu hết CBDD đều có thái độ tích cực đối với hoạt động dinh dưỡng cộng đồng. Họ nhận thấy được mức độ cần thiết và những hiệu quả mà hoạt động dinh dưỡng cộng đồng mang lại.

Hình 2. Tỷ lệ CBDD có thái độ tích cực và chưa tích cực (n=110)



Bảng 6: Một số nhận xét và đề xuất từ CBDD (n=110)

	Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nơi công tác	+ Được tập huấn, đào tạo kỹ năng thường xuyên	96	87,3
	+ Người dân ủng hộ	51	46,4
	+ Chế độ đãi ngộ cho cán bộ chương trình tốt	18	16,4
	+ Được sự quan tâm của các cấp ban ngành	74	67,3
	+ Tinh thần phục vụ vì cộng đồng	68	61,8
Những khó khăn của CBDD	+ Địa bàn rộng, dân nhập cư thường biến động, khó quản lý	88	80
	+ Phụ cấp cán bộ ít	58	52,7
	+ Thiếu tập huấn, đào tạo kỹ năng	14	12,7
	+ CBDD kiêm nhiệm quá tải công việc	42	38,2
	+ Tuyên truyền nhóm nhỏ chưa hiệu quả	1	0,9
	+ Sự phối hợp giữa CBDD và CTV chưa tốt	1	0,9
Hoạt động công tác dinh dưỡng dựa vào	+ Kinh nghiệm (bản thân, đồng nghiệp, người đi trước)	28	25,5
	+ Theo kiến thức được tập huấn	94	85,5
	+ Thường xuyên cập nhật các vấn đề mới	51	46,4
	+ Theo chỉ đạo và ý kiến của cấp trên	71	64,6
Những vấn đề cần được tập huấn thêm	+ Thông tin về VCDD, các bệnh do thiếu VCDD, cách phát hiện SDD sớm	12	10,9
	+ Kỹ năng tư vấn, tuyên truyền, GDSK, thay đổi hành vi DD cộng đồng	22	20
	+ Chế độ dinh dưỡng đầy đủ VCDD cho từng lứa tuổi, sử dụng nguồn thực phẩm cải thiện SDD cho trẻ	12	10,9
	+ Kỹ năng điều tra, giám sát	8	7,3
	+ Kỹ năng thu thập số liệu, thống kê, báo cáo	8	7,3
	+ Kỹ thuật cho uống A đúng, cách xử trí khi trẻ ngộ độc Vitamin A	7	6,4
Cần đầu tư	+ Công tác đào tạo cán bộ quản lý	58	52,7
	+ Công tác tập huấn CBDD, cập nhật kiến thức mới (ít nhất 1 lần/năm) kỹ và chuyên sâu hơn	74	67,3
	+ Tăng nguồn kinh phí chương trình	68	61,8
	+ Tăng tiền phụ cấp, kiêm nhiệm cho cán bộ chương trình	53	48,2
	+ Đẩy mạnh công tác truyền thông đến người dân	105	95,5
Nhận xét về hệ thống CBDD tuyến huyện - thị, xã - phường và thôn ấp hiện nay	+ Có trình độ và kiến thức tốt	48	43,6
	+ Luôn nhiệt tình trong công tác dinh dưỡng	79	71,2
	+ Thiếu đồng đều về mặt kiến thức, kỹ năng	35	31,8
	+ Một số chưa thật sự quan tâm, gắn bó với công tác	30	27,3
	+ CBDD kiêm nhiệm nhiều	1	0,9
	+ CTV thường xuyên thay đổi	1	0,9
	+ Phối hợp với các ban ngành	1	0,9
	+ Kỹ năng truyền thông còn chưa tốt	1	0,9
Các đề xuất	+ Bổ sung kinh phí của CBCT, CTV, kinh phí hoạt động chương trình	33	30
	+ Mở lớp tập huấn hàng năm, cập nhật kiến thức mới	20	18,2



	Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Các đề xuất	+ Tăng cường công tác truyền thông, GDSK	20	7,3
	+ Cần có sự quan tâm của các ban ngành đoàn thể	8	2,7
	+ Mạng lưới CTV cần nhiệt tình, phối hợp chặt chẽ với CBYT	3	1,8
	+ Hỗ trợ tiền điều tra cho CBDD tuyến xã, phường và CTV	2	1,8
	+ Phụ cấp cho trẻ SDD có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn	1	0,9
	+ Bớt kiêm nhiệm	1	0,9
	+ Hỗ trợ trang thiết bị, phương tiện truyền thông cho tuyến xã, phường	1	0,9

KẾT LUẬN - ĐỀ XUẤT - KIẾN NGHỊ

Qua khảo sát, nhận thấy tình hình chung của mạng lưới CBDD cộng đồng hiện nay vẫn gặp khá nhiều khó khăn. Mặc dù họ có sự nhiệt tình, được các cấp ban ngành quan tâm, được người dân ủng hộ và được tập huấn kiến thức hàng năm nhưng do họ phải kiêm nhiệm quá nhiều chương trình, địa bàn rộng, dân nhập cư biến động rất khó quản lý. Bên cạnh đó, mức kinh phí hỗ trợ cho CBDD và CTV hiện nay chưa phù hợp. Hơn nữa, do kiến thức và các hoạt động dinh dưỡng cộng đồng luôn đổi mới, trong khi đội ngũ CBDD cũng thường xuyên phải thay đổi dẫn đến họ rất cần được tập huấn thường xuyên và cần được giám sát, hỗ trợ từ cấp trên liên tục trong công tác. Một số đề xuất được các CBDD đề ra như: Cần bổ sung thêm kinh phí hoạt động chương trình

và kinh phí CBCT, CTV; Hỗ trợ thêm trang thiết bị, phương tiện truyền thông cho tuyến xã, phường đồng thời tăng cường công tác truyền thông, GDSK, nói chuyện chuyên đề nhằm nâng cao nhận thức của người dân; Thường xuyên mở lớp tập huấn hàng năm để cập nhật kiến thức mới; Các ban ngành đoàn thể cần có sự quan tâm, ủng hộ nhiều hơn nữa cho các hoạt động của chương trình dinh dưỡng cộng đồng; Mạng lưới CTV cần nhiệt tình và phối hợp chặt chẽ với CBYT; Trong công tác điều tra 30 cụm hàng năm nên có hỗ trợ kinh phí cho CBDD tuyến xã, phường và CTV; Cần vận động các nguồn lực để có thể phụ cấp cho trẻ SDD có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn. Ngành Y tế cũng cần đầu tư thêm nhân lực hoạt động chính của chương trình, hạn chế tình trạng 1 cán bộ phải kiêm nhiệm quá nhiều chương trình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

TIẾNG VIỆT

1. Bách khoa toàn thư mở Wikipedia về Bình Dương, http://vi.wikipedia.org/wiki/B%C3%ACnh_D%C6%B0%C6%A1ng
2. Bình Dương- Trang tin điện tử <http://binhduong.gov.vn/vn/index.php>.
3. Đỗ Văn Dũng (3-2007), Phương pháp nghiên cứu khoa học và phân tích thống kê với phần mềm Stata 8.0, TP Hồ Chí Minh.
4. Nguyễn Đỗ Nguyên (2006), Phương pháp nghiên cứu khoa học, thành phố Hồ Chí Minh.
5. Viện dinh dưỡng – Chiến lược dinh dưỡng 2001 – 2010, Suy dinh dưỡng trẻ em (SDD) và bà mẹ <http://viendinhduong.vn/news/vi/151/187/0/a/phan-1---thuc-trang-tinh-hinh-dinh-duong.aspx>.
6. Viện dinh dưỡng - Tình hình thực hiện kế hoạch hành động quốc gia về Dinh dưỡng (KHQGDD) 1996 – 2000 <http://viendinhduong.vn/news/vi/151/187/0/a/phan-1---thuc-trang-tinh-hinh-dinh-duong.aspx>.

TIẾNG ANH

7. Community Health Workers National Workforce Study, Chapter 3.A Chronology of CHW Workforce Development, Health Resources and Services Administration, March 2007.
8. Community Health Workers National Workforce Study, Chapter 4.The Community Health Worker Workforce, Health Resources and Services Administration, March 2007.
9. “What Works for Children in South Asia - Community Health Workers”, Community Health Workers – Who are they , page 7of 41, The United Nations Children’s Fund (UNICEF), Regional Office for South Asia.

THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN VỆ SINH CƠ SỞ VÀ TRANG THIẾT BỊ DỤNG CỤ CHẾ BIẾN CỦA MỘT SỐ CƠ SỞ KINH DOANH DỊCH VỤ ĂN UỐNG TẠI HÀ NỘI NĂM 2013

Nguyễn Thị Thùy Dương¹, Cao Thị Hoa², Trần Văn Hương³, Nguyễn Hùng Long⁴

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành năm 2013, tại 596 cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống trên địa bàn Hà Nội sử dụng kỹ thuật quan sát thông qua bảng kiểm. Các cơ sở nghiên cứu đã thực hiện yêu cầu quy định về điều kiện vệ sinh cơ sở và trang thiết bị, dụng cụ tương đối tốt. Trên 90% cơ sở có công trình vệ sinh đạt yêu cầu. Trên 90% các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống đạt yêu cầu về kết cấu khu chế biến và khu vực ăn uống; điều kiện về tường, sàn nhà; khu vực chế biến thực phẩm sống, chín riêng biệt; cống thoát nước không ứ đọng và vệ sinh rác thải. Đa số các cơ sở nghiên cứu đã thực hiện tốt các quy định về vệ sinh trang thiết bị, dụng cụ với tỷ lệ đạt yêu cầu trên 79,5%.

Từ khoá: Luật An toàn thực phẩm; Cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống; Điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm.

ABSTRACT

SANITARY CONDITIONS AT SOME CATERING BUSINESS FACILITIES IN HA NOI, 2013

The study was conducted with total 596 restaurants located in Ha Noi during the year of 2013. The research used cross-sectional survey with prepared checklist. The result showed that the sanitary condition of several restaurant was relatively good. More than 90% restaurants has achieved the sanitation requirement; most of restaurants reached the requirement on structural condition such as dining areas, floors, walls, separated processing area, stagnant sewerage and waste sanitation. The 95% of investigated restaurants have been achieved good hygiene regulations in restaurant utensils with 79,5% satisfactory rate.

Keywords: Food Safety Law; restaurant; conditions for ensuring food safety.

1. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội
2. Phòng Y tế quận Hai Bà Trưng, Hà Nội
3. Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội
4. Cục An toàn thực phẩm, Bộ Y tế

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn thực phẩm (ATTP) thu hút rất nhiều sự quan tâm của cộng đồng và người tiêu dùng. Lương thực, thực phẩm không an toàn ảnh hưởng lớn đến sức khỏe. Theo báo cáo kiểm tra của chi cục ATTP thành phố Hà Nội năm 2011, cơ sở đạt các tiêu chí về Vệ sinh ATTP là 998/1239 (tỷ lệ 80,5%), các mẫu xét nghiệm vi sinh vật, hóa chất có tỉ lệ đạt yêu cầu lần lượt là 94,3% và 91% [1]. Điều này phản ánh mặc dù có nhiều kết quả đáng khích lệ trong ATTP nhưng vẫn còn tiềm ẩn các nguy cơ gây mất ATTP. Một trong những nguyên nhân của mất ATTP là điều kiện vệ sinh cơ sở và vệ sinh trang thiết bị dụng cụ không đảm bảo quy định. Chỉ tiêu mật độ côn trùng là một yếu tố quan trọng nhằm đánh giá nhanh vệ sinh an toàn của các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống. Côn trùng trong các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống như ruồi, nhặng là những vật chủ trung gian mang mầm bệnh nguy hiểm. Tỷ lệ quan sát mật độ côn trùng trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Ba và cộng sự nghiên cứu tại các cơ sở kinh doanh thực phẩm tại 10 tỉnh thành. Tỷ lệ quan sát có nhiều ruồi là 12% ở khu vực nông thôn và 17,3% ở thành thị [2]. Trong nghiên cứu của Hoàng Cao Sạ: 12,2% cơ sở chế biến có nhiều ruồi và 16,7% tại các cơ sở kinh doanh thực phẩm chín [3].

Trong điều kiện đa số các cơ sở chế biến thực phẩm ở quy mô nhỏ (khoảng 70,0%) và kinh doanh dịch vụ ăn uống ở Hà Nội tương đối phổ biến, vấn đề đảm bảo an toàn thực phẩm của loại hình kinh doanh này có tính thời sự cao. Nghiên cứu thực trạng chấp hành điều kiện vệ sinh cơ sở, vệ sinh trang thiết bị dụng cụ chế biến là hết sức cần thiết để đề xuất các giải pháp can thiệp nhằm làm giảm nguy cơ ngộ độc thực phẩm.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Có 596 cơ sở tham gia

nghiên cứu đóng tại địa bàn quận Hai Bà Trưng, quận Hà Đông và huyện Gia Lâm.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế mô tả cắt ngang.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 6/2013 đến 12/2013 tại 596 cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống tại quận Hai Bà Trưng, Hà Đông và huyện Gia Lâm.

2.4. Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin

Bảng kiểm thu thập các thông tin chính về điều kiện bảo quản thực phẩm; bảo quản nguyên vật liệu thực phẩm. Bảng kiểm được xây dựng dựa vào Thông tư 15/2012/TT-BYT 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 và Thông tư 30/2012/TT-BYT của Bộ Y tế quy định về điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống, kinh doanh thức ăn đường phố.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập hai lần trên phần mềm Epi Data 3.1. Sau đó được lọc sạch và phân tích trên phần mềm Stata 12. Sử dụng các thống kê mô tả (tần số, phần trăm).

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương cho phép triển khai. Thông tin của các cơ sở được hoàn toàn giữ bí mật và sự tham gia là hoàn toàn tự nguyện.

III. KẾT QUẢ

3.1. Điều kiện vệ sinh cơ sở

Bảng 1. Điều kiện nhà vệ sinh của các cơ sở nghiên cứu

Tình trạng nhà vệ sinh	Đạt	
	SL (n=596)	TL (%)
Đủ nước, sạch	591	99,1
Bảng chỉ dẫn “Rửa tay sau khi đi vệ sinh”	366	61,4
Khu rửa tay có xà phòng và khăn lau tay sạch	473	79,3
Chất tẩy rửa đủ nhãn mác theo quy định	567	95,1
Nhà vệ sinh cách biệt, cửa không quay ra khu chế biến	555	93,1
Ít nhất có một nhà vệ sinh cho 25 người sử dụng	531	89,0

Cơ sở có ít nhất một nhà vệ sinh đủ cho 25 người sử dụng là 531 (89%) cơ sở, 65 (10,9%) không có một nhà vệ sinh cho 25 người sử dụng, 591/596 (99,1%) cơ sở có nhà vệ sinh đủ nước, sạch; 366/596 (61,4%) cơ sở có bảng chỉ dẫn “Rửa tay sau khi đi vệ sinh”, 473/596 (79,3%) cơ sở tại khu rửa tay có xà phòng và khăn lau tay sạch. Theo quan sát tại cơ sở, 567/596 (95,1%) cơ sở sử dụng hóa chất tẩy rửa đủ nhãn mác

theo quy định; 555/596 (93,1%) có nhà vệ sinh cách biệt, cửa không quay ra khu chế biến thực phẩm.

Bảng 2. Thực trạng kết cấu khu chế biến và khu ăn uống của các cơ sở

Kết cấu khu chế biến và khu vực ăn uống	Đạt	
	SL (n=596)	TL (%)
Kết cấu nhà cửa đạt yêu cầu	563	94,4
Tường nhà nhẵn, dễ cọ rửa, đảm bảo vệ sinh	548	91,9
Trần nhà phẳng, sáng màu, không dột, không rêu mốc, sạch	546	91,6
Sàn nhà không đọng nước, không trơn trượt, dễ vệ sinh	561	94,1
Phòng/khu thay đồ bảo hộ lao động riêng biệt	496	83,2
Khu chế biến thực phẩm sống, chín riêng biệt	559	93,7
Khu vực ăn uống có ít nhất 1 bồn rửa tay cho 50 người	497	83,3
Hệ thống chiếu sáng:		
- Đủ ánh sáng	584	97,9
- Lưới bảo vệ	465	78,0
Cổng thoát không ứ đọng nước và rác thải	569	95,4
Không có ruồi, nhặng	586	98,3

563/596 (94,4%) cơ sở có kết cấu nhà cửa đạt yêu cầu; 548/596 (91,9%) cơ sở có tường nhà nhẵn, dễ cọ rửa, vệ sinh; 546/596 (91,6%) có trần nhà phẳng, sáng màu, không dột, sạch; 561/596 (94,1%) có sàn nhà không đọng nước, không trơn trượt, dễ vệ sinh; 496/596 (83,2%) có phòng/khu thay đồ riêng biệt; 559/596 (93,7%) có khu chế biến sống, chín riêng biệt. 584/596 (97,9%) cơ sở có đủ ánh sáng và 465/596 (78,0%) lắp lưới bảo vệ hệ thống chiếu sáng. Có 569/596 cơ sở có cổng thoát không ứ đọng nước và rác; 586/596 (98,3%) không có ruồi, nhặng.

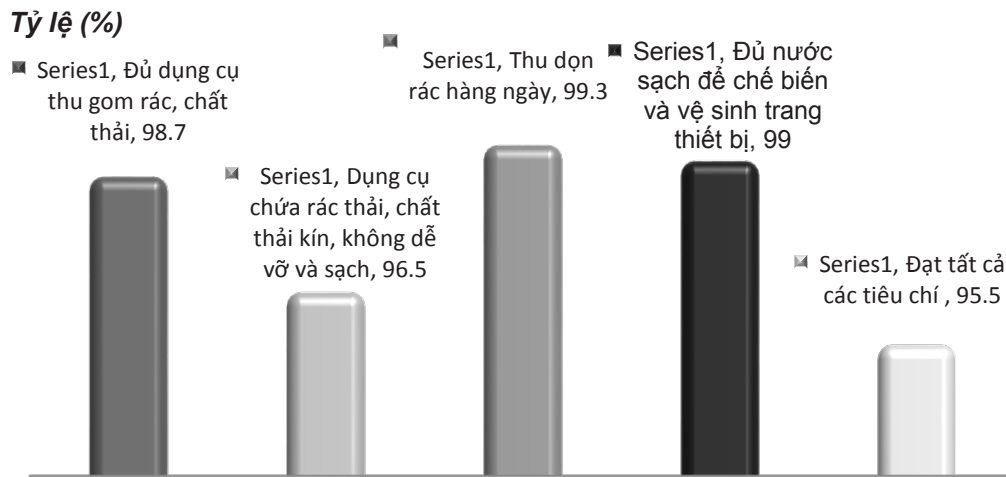
Hộp 1. Thảo luận nhóm trọng tâm về điều kiện khu chế biến, khu ăn uống

Một chủ cơ sở có ý kiến: “Chúng tôi cũng muốn cải tạo lại cửa hàng nhưng dạo này làm ăn khó quá, khách ít, giá thuê nhà tăng, đầu tư nhiều thứ quá. Thôi thì hoàn thiện dần dần”.

Một ý kiến của chủ cơ sở khác: “Cũng biết là nhà xuống cấp phải cải tạo lại nhiều chỗ nhưng nhà đi thuê bây giờ mình sửa tháng sau họ không cho thuê nữa thì mình lại mất công, nên cứ để thế để kinh doanh”.

Có 5/50 người thảo luận đồng tình với ý kiến trên; 40/50 người còn lại cho rằng cần phải tìm cách cải tạo để đáp ứng theo quy định; có 5 người trong nhóm thảo luận không có ý kiến gì.

Biểu đồ 1. Thực trạng vệ sinh rác thải của các cơ sở (n=596)



Trên 95% cơ sở có đủ dụng cụ thu gom rác thải, chất; sử dụng dụng cụ chứa rác, chất thải kín, không dễ vỡ và sạch; thu dọn rác hàng ngày; có đủ nước sạch để chế biến và vệ sinh trang thiết bị, dụng cụ; đạt đủ các tiêu chí về vệ sinh rác thải.

3.2. Thực trạng điều kiện trang thiết bị, dụng cụ

Bảng 3. Điều kiện về trang thiết bị, dụng cụ

Điều kiện trang thiết bị, dụng cụ	Đạt	
	SL (n=596)	TL (%)
Trang thiết bị, dụng cụ bằng vật liệu an toàn	583	97,8
Dụng cụ chế biến sống, chín riêng biệt, có ký hiệu riêng	562	94,4
Trang thiết bị, dụng cụ chế biến, bảo quản thực phẩm đủ, sạch	583	97,8
Bát, đĩa, trang thiết bị, dụng cụ phục vụ ăn uống sạch	584	98,1
Bàn sơ, chế biến thực phẩm cao từ 60cm trở lên	583	97,8
Giá, kệ bát đĩa lắp lưới chống côn trùng xâm nhập, sạch	515	86,4
Đủ cặp gấp chia đồ ăn chín	579	97,1
Dụng cụ ống đũa khô, sạch	591	99,1
Tủ bảo quản thực phẩm sạch	583	97,8
Không sử dụng hóa chất độc hại trong khu chế biến, bảo quản thực phẩm	592	99,3
Sử dụng các hóa chất tẩy rửa theo quy định	592	99,3
Đạt cả 11 tiêu chí	474	79,5

583/596 (97,8%) cơ sở sử dụng trang thiết bị, dụng cụ được chế tạo bằng vật liệu an toàn; 562/596 (94,4%) sử dụng

dụng cụ chế biến sống, chín riêng biệt, còn 33 cơ sở sử dụng chung hoặc chưa có ký hiệu riêng dụng cụ chế biến sống và chín; 583/596 (97,8%) cơ sở có bàn sơ, chế biến cao trên 60cm. 515/596 (86,4%) có giá, kệ bát đĩa lắp lưới; 592/596 (99,3%) cơ sở không sử dụng hóa chất độc hại khu chế biến, bảo quản thực phẩm và sử dụng các hóa chất tẩy rửa theo quy định.

Có 474/596 (79,5%) cơ sở đạt tất cả các tiêu chí về trang thiết bị, dụng cụ.

Hộp 2. Thảo luận nhóm trọng tâm về vệ sinh trang thiết bị, dụng cụ

Chủ một cơ sở cho biết: “Mở cửa hàng là em đã trang bị đầy đủ các thiết bị, dụng cụ chuyên dụng, nhưng có một số cái em chưa biết như tủ đựng bát có lưới chống côn trùng, bàn sơ chế cao từ 60cm trở lên. Cái này thì em sẽ khắc phục sau”. Có một vài chủ cơ sở khác cho biết: “Được các anh chị phường hướng dẫn nên em đã thực hiện đầy đủ. Từ khi em đầu tư trang thiết bị mới, khách hàng ăn đông lên”.

Một người dân có ý kiến: “Ở phường, tổ trưởng tổ dân phố đến từng nhà, từng khu dân cư nhắc nhở, phát tờ rơi cho mọi người cách sử dụng ATTP, chẳng hạn mua những đồ ăn tươi sống ở ngoài chợ là phải chọn như thế nào cho đảm bảo an toàn. Hơn nữa là nhìn chung các cơ sở ăn uống thì tôi thấy chắc là do các cán bộ đi tuyên truyền nhiều cho nên nhìn chung các cửa hàng bán đồ ăn chín đã có tủ để thức ăn rất đảm bảo vệ sinh, không dùng tay trực tiếp bốc thức ăn. Bản thân tôi đi mua ở trên địa bàn quận thì tôi thấy rất là yên tâm”.

Có 50/50 người tham gia thảo luận đồng tình ý kiến cần đầu tư trang thiết bị, dụng cụ theo quy định và đảm bảo vệ sinh, phòng tránh ô nhiễm thực phẩm.

IV. BÀN LUẬN

Số cơ sở không có chứng nhận ATTP hoặc đã hết hạn chiếm tới 20,2% tổng số cơ sở tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu ở Bình Dương năm 2011, Kon Tum năm 2013, Nam Định năm 2013 - 2014, Ấn Độ năm 2013 [4-7]. Mặc dù có nhiều nỗ lực, song việc cấp giấy chứng nhận ATTP cho các cơ sở vẫn chưa được hoàn thiện vì còn nhiều lý do chủ quan và khách quan. Về lý do khách quan, do số lượng cơ sở kinh doanh, chế biến thực phẩm có sự tăng mạnh về số lượng, thậm chí không đăng ký kinh doanh. Về lý do chủ quan, còn rất nhiều cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống không đăng ký kinh doanh và nhiều cơ sở kinh doanh sau một thời gian không hiệu quả tự đóng cửa, không hoạt động.

Trong nghiên cứu định tính, đa phần thành viên ban chỉ đạo quận, phường cho rằng việc cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP trong năm 2013 và 2014 còn gặp nhiều khó khăn. Khó khăn ở đây là do chưa có thông tư hướng dẫn cụ thể về việc cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện ATTP, chỉ có hướng dẫn tạm thời của Sở Y tế Hà Nội và lệ phí thẩm định cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện ATTP còn cao, tăng từ 250.000 đồng lên 1.150.000 đồng, do đó nhiều cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống không đi làm hồ sơ xin cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện ATTP. Tuy nhiên, với sự vào cuộc quyết liệt của ban chỉ đạo quận, phường nên công tác cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện về ATTP của quận Hai Bà Trưng vẫn đạt kết quả cao. Đây là một tín hiệu tốt vì qua các nghiên cứu trước đã chỉ ra những cơ sở có giấy chứng nhận đủ điều kiện ATTP có xu hướng ít xảy ra các vụ ngộ độc thực phẩm cũng như ít mắc các vi phạm nghiêm trọng về ATTP hơn [8-9].

Việc xử lý rác thải là một khâu quan trọng trong vệ sinh cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống. Nhìn chung điều kiện quản lý rác thải đã được thực hiện tốt tại các cơ sở nghiên cứu. Chỉ số này đạt cao hơn so với nghiên cứu tại tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2011 và nghiên cứu tại Ấn Độ năm 2013 [10-11]. Còn 3,52% cơ sở có dụng cụ chứa rác tạm thời, rách, vỡ có thể gây ô nhiễm môi trường không khí, nước tại cơ sở. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Chuyển năm 2013 tại thành phố Hà Giang, tỷ lệ thùng rác đạt yêu cầu là 54,3%. Ô nhiễm rác thải là điều kiện thuận lợi để mầm bệnh sinh học và côn trùng phát triển làm gia tăng nguy cơ ô nhiễm thực phẩm [12]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hùng Long và của Trần Đáng tại các cơ sở chế biến thực phẩm ở một số tỉnh miền Bắc, hầu hết các mẫu rác xét nghiệm đều chứa *Salmonella*, *E.Coli*, *Coliforms*, *Pseudomonas* với lượng rất cao. Việc thu dọn rác hàng ngày giúp loại trừ các nguy cơ tiềm ẩn về ô nhiễm từ rác thải, bảo đảm vệ sinh cho khu vực ăn uống.

Kết quả khảo sát cho thấy, về cơ bản các cơ sở có kết cấu khu chế biến và khu ăn uống khá tốt. Qua đánh giá các tiêu

chí này đều đạt trên 90%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu tại thành phố Hà Giang năm 2013, Thái Bình năm 2012 và Đắk Lắk năm 2013. Các tiêu chí khác cũng có kết quả tốt, như điều kiện “Công thoát không ứ đọng nước và rác thải” đạt 95,5% và “Khu vực chế biến thực phẩm sống, chín riêng biệt” đạt 93,8%. Tỷ lệ công rãnh đạt yêu cầu trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Chuyển năm 2013 tại thành phố Hà Giang, tỷ lệ có hệ thống công rãnh không đạt yêu cầu chiếm 54,3% [12].

Lý do cơ bản được các chủ/quản lý cơ sở nêu ra trong thảo luận định tính là do cơ sở hạ tầng của một số cơ sở kinh doanh còn hạn chế, diện tích còn nhỏ trong khi lượng khách hàng trong những giờ cao điểm lớn. Cũng có lý do là kinh doanh khó khăn, ít khách, giá thuê nhà tăng nên chưa có kinh phí để sửa chữa ngay lập tức. Có chủ cơ sở còn cho biết là thuê nhà khó khăn và thuê không ổn định nên biết là nhà xuống cấp phải cải tạo lại nhiều chỗ nhưng sợ tháng sau họ không cho thuê nữa nên cứ để thế kinh doanh. Do đó cũng là khó khăn ảnh hưởng đến việc chấp hành của các cơ sở về điều kiện khu vực chế biến, khu vực ăn uống. Do đó cần tăng cường tuyên truyền, giáo dục, tư vấn, hướng dẫn để chủ cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống nâng cao kiến thức và bắt buộc phải thực hiện các quy định của pháp luật về ATTP.

4.1.2. Thực trạng vệ sinh trang thiết bị, dụng cụ

Một trong những nguyên nhân quan trọng gây ô nhiễm thực phẩm là do các điều kiện về vệ sinh trang thiết bị, dụng cụ. Qua quan sát khu vực chế biến thực phẩm, có 97,8% cơ sở sử dụng dụng cụ chế biến thực phẩm, dụng cụ được chế tạo bằng vật liệu không độc, không thôi nhiễm các chất độc hại vào thực phẩm, không gây mùi lạ, dễ vệ sinh; có bàn sơ, chế biến thực phẩm cao từ 60cm trở lên. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu thực trạng ATTP ở Đà Nẵng, Tây Ninh năm 2013 và Hà Tĩnh, Hưng Yên năm 2014. Nghiên cứu cho thấy 94,4% cơ sở sử dụng dụng cụ chế biến thực phẩm sống, chín riêng biệt, có ký hiệu riêng. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu tại tỉnh Bến Tre, tỉnh Thái Bình năm 2011 và thành phố Hà Nội năm 2010. Nhưng thấp hơn nghiên cứu của Lê Lợi và cộng sự tại các bếp ăn tập thể của trường học tại tỉnh Nam Định năm học 2013 - 2014 là 98,3% [13]. Các tiêu chí khác như “Sử dụng các hóa chất tẩy rửa theo quy định” và “Không sử dụng hóa chất độc hại trong khu vực chế biến, bảo quản thực phẩm” cũng được thực hiện tốt, đều đạt 99,3%.

Tuy nhiên, mới có 86,4% có giá, kệ để bát đĩa lắp lưới (hoặc kính) chống côn trùng xâm nhập, sạch. Đây chỉ là một trong 11 điều kiện vệ sinh trang thiết bị, dụng cụ nhưng lại ảnh hưởng rất lớn đến VSATTP vì ảnh hưởng đến việc nhiễm khuẩn trực tiếp vào thức ăn, thực phẩm. Tỷ lệ các cơ sở đạt đủ 11 tiêu chí về trang thiết bị, dụng cụ là 79,5%. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên

cứu các bếp ăn tập thể tại các trường Mầm non quận Ba Đình, Hà Nội năm 2013 của Trần Quang Trung và các cộng sự [14].

Kết quả định tính cho thấy: Một số chủ hoặc người quản lý cơ sở mặc dù đã có ý thức trang bị đầy đủ các trang thiết bị, dụng cụ cần thiết nhưng chưa biết một số quy định cụ thể để thực hiện. Có ý kiến cho rằng sau khi được cán bộ quận, phường, tổ dân phố hướng dẫn thì các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống đã thay đổi rất nhiều về điều kiện trang thiết bị, dụng cụ. Nhiều cơ sở sau khi đầu tư trang thiết bị mới thì khách hàng ăn đông lên. Người dân tham gia thảo luận nhóm trọng tâm đã ghi nhận: Công tác tuyên truyền, giáo dục pháp luật ATTP đã triển khai tới khu dân cư, tổ dân phố và tại hộ gia đình; nhìn chung các cửa hàng bán đồ ăn chín đã có tủ bảo quản thức ăn, không dùng tay trực tiếp bốc thức ăn. Nhờ đó, người dân cũng yên tâm và tin tưởng hơn vào chất lượng ATTP của các quán ăn trên địa bàn quận.

Do vậy, trong công tác truyền thông, giáo dục về ATTP thì

việc nâng cao nhận thức cũng như thực hành của chủ/quản lý cơ sở và nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm về vệ sinh trang thiết bị, dụng cụ chế biến thực phẩm là rất cần thiết, cần tăng cường hơn nữa việc đôn đốc, nhắc nhở nhân viên vệ sinh trang thiết bị dụng cụ hàng ngày để tránh sự xâm nhập của côn trùng.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống tại Hà Nội thực hiện yêu cầu quy định về điều kiện vệ sinh cơ sở tương đối tốt, Trên 90% cơ sở có nhà vệ sinh đủ nước, sạch; chất tẩy rửa đủ nhãn mác; cửa nhà vệ sinh không quay ra khu chế biến; đạt từng tiêu chí về kết cấu khu chế biến và khu ăn uống. 78% cơ sở hệ thống chiếu sáng có lưới bảo vệ. 95,5% cơ sở đạt đủ tiêu chí về vệ sinh rác thải. Trên 79,5% cơ sở nghiên cứu đã thực hiện được các quy định về vệ sinh trang thiết bị, dụng cụ. Tuy nhiên vẫn còn 20,2% cơ sở chưa có giấy chứng nhận đủ điều kiện ATTP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Hà Nội. Báo cáo công tác đảm bảo an toàn thực phẩm năm 2011
2. Nguyễn Văn Ba (2011), "Thực trạng an toàn vệ sinh thực phẩm tại các cơ sở chế biến thực phẩm ở một số tỉnh/thành phố, năm 2009 - 2010", Tạp chí Y dược học Quân sự 2011.
3. Hoàng Cao Sạ (2011), Thực trạng an toàn vệ sinh thực phẩm và hiệu quả của mô hình can thiệp đưa vào cộng đồng tại một số xã phường tỉnh Nam Định, Luận án Tiến sĩ Y tế Công cộng.
4. Đào Thị Ngọc Yến (2011), "Thực trạng vệ sinh an toàn thực phẩm các cửa hàng ăn trên địa bàn thị xã Dĩ An tỉnh Bình Dương năm 2011", Tạp chí Y học Thực hành.
5. Hoàng Chí Trung (2013), "Thực trạng an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể trường học, nhóm lớp trên địa bàn thành phố Kon Tum năm 2013", Tạp chí Y học Thực hành, 933+934, tr. 44-47.
6. Lê Lợi và cs (2014), "Thực trạng an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể trường học tỉnh Nam Định năm học 2013-2014", Tạp chí Y học Thực hành.
7. Chander Pal Thakur Rakesh Mehra, Chahat Narula, Swati Mahapatra, et al. (2013), "Food safety and hygiene practices among street food vendors in Delhi, India", International Journal of Current Research, 5(11), pp. 3531-3534.
8. CDC (2011), "Estimates of Foodborne Illness in the United State", from: <http://www.cdc.gov/foodborneburden/>.
9. Hedberg C.W., Smith, S.J., et al. (2006), "Systematic environmental evaluation to identify food safety differences between outbreak and nonoutbreak restaurants", Journal of Food protection, 69(11), pp. 2697-2702.
10. Đào Thị Hà (2012), "Khảo sát kiến thức an toàn vệ sinh thực phẩm của người chế biến thực phẩm tại tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu, năm 2011", Tạp chí Y học Thực hành, 842, tr. 317-320.
11. Chander Pal Thakur Rakesh Mehra, Chahat Narula, Swati Mahapatra, et al. (2013), "Food safety and hygiene practices among street food vendors in Delhi, India", International Journal of Current Research, 5(11), pp. 3531-3534.
12. Hoàng Thị Chuyển (2013), "Thực trạng vệ sinh an toàn thực phẩm bếp ăn tập thể ở thành phố Hà Giang năm 2013", Tạp chí y học Thực hành, 5(1), tr. 24-33.
13. Lê Lợi và cs (2014), "Thực trạng an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể trường học tỉnh Nam Định năm học 2013-2014", Tạp chí Y học thực hành.
14. Trần Quang Trung (2014), "Đánh giá việc thực hiện các quy định về an toàn thực phẩm và kiến thức, thực hành của người chế biến thực phẩm tại bếp ăn tập thể các trường mầm non quận Ba Đình, Hà Nội năm 2013", Tạp chí Y học Thực hành.



KIẾN THỨC - THÁI ĐỘ - THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS CỦA ĐỐI TƯỢNG NÔNG DÂN THAM GIA TẬP HUẤN VỀ PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS BÌNH DƯƠNG NĂM 2011

Nguyễn Kiều Uyên¹, Bùi Minh Hiền², Trần Văn Hưởng³

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: HIV/AIDS là đại dịch nguy hiểm toàn cầu, tuy nhiên còn không ít người hiểu biết đúng và đủ về căn bệnh thế kỷ này. Nhằm đánh giá kiến thức, thái độ thực hành về phòng, chống HIV/AIDS của đối tượng nông dân trên địa bàn tỉnh Bình Dương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ nông dân có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống HIV/AIDS; mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành với các đặc điểm dân số xã hội của đối tượng, mối liên quan giữa kiến thức, thái độ với thực hành về phòng chống HIV/AIDS của đối tượng.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, sử dụng bộ câu hỏi tự điền cho 511 nông dân tham gia trước buổi tập huấn phòng, chống HIV/AIDS.

Kết quả: 56,97% nông dân có kiến thức chung đúng về HIV/AIDS, 71,93% nông dân có thái độ chung đúng về HIV/AIDS, 49,80% nông dân thực hành đúng về phòng chống HIV/AIDS. Có mối liên quan giữa trình độ học vấn, nguồn tiếp nhận thông tin về phòng chống HIV/AIDS với kiến thức về phòng chống HIV/AIDS. Có mối liên quan giữa nguồn tiếp nhận thông tin về phòng chống HIV/AIDS với thái độ đúng về HIV/AIDS. Có mối liên quan giữa kiến thức đúng với thái độ đúng về HIV/AIDS.

Kết luận: Có mối liên quan giữa kiến thức đúng với thái độ đúng về HIV/AIDS.

ABSTRACT

KNOWLEDGES, ATTITUDES AND PRACTICES ON HIV / AIDS OF FARMERS INVOLVED IN HIV / AIDS TRAINING, AT BÌNH DƯƠNG PROVINCE, 2011

1. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Bình Dương
2. Sở Y tế Bình Dương
3. Bệnh viện Đa khoa Nam Anh

Background: HIV/AIDS pandemic is a global danger, but many people don't know enough about this disease. To assess knowledges, attitudes, practices on HIV/AIDS subjects of farmers in the province of Binh Duong, we conducted this study.

Objective: Determine the rate of workers with knowledges, attitudes and practices on HIV/AIDS, the relationship between knowledges, attitudes and practices with the social characteristics of the population for subjects, the relationship between knowledges, attitudes and practices on HIV/AIDS.

Methods: Coss-sectional descriptive study, using self-completed questionnaires to 511 farmers involved in previous training about HIV/AIDS.

Results: 56,97% of farmers have a general right knowledge of HIV/AIDS, 71,93% of farmers have right attitude about HIV/AIDS, 49,80% of farmers right practice about HIV/AIDS. There are links between education, resources for receiving information on HIV/AIDS with knowledge about HIV/AIDS. There is links between resources for receiving information on HIV/AIDS with right attitude about HIV/AIDS.

Conclusion: There is links between right knowledge with right attitude about HIV/AIDS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỉnh Bình Dương hiện nay dù cơ cấu các ngành công nghiệp chiếm ưu thế, song ngành nông nghiệp vẫn chiếm vai trò quan trọng với đặc trưng là cây trồng lâu năm nổi tiếng xuất khẩu và có giá trị kinh tế cao như cao su, tiêu, điều. Ngành nông nghiệp ngày càng phát triển nhờ những ứng dụng của khoa học kỹ thuật hiện đại, bên cạnh đó tầng lớp nông dân cũng ngày càng tiếp thu nhiều nguồn tri thức để

vừa đáp ứng nhu cầu xã hội. Trong khi đó, căn bệnh thế kỷ HIV/AIDS đang len lỏi trong từng gia đình, ngõ ngách của nông thôn, đi kèm với những tệ nạn xã hội khác như ma túy, mại dâm. Để đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành đúng về phòng, chống HIV/AIDS của người nông dân, cũng như những yếu tố liên quan để từ đó đưa ra những biện pháp hiệu quả trong công tác phòng, chống HIV/AIDS chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỷ lệ nông dân có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về PC HIV/AIDS.
2. Xác định mối liên quan kiến thức, thái độ, thực hành với đặc điểm dân số xã hội của đối tượng.
3. Xác định mối liên quan giữa kiến thức, thái độ với thực hành về PC HIV/AIDS của đối tượng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành vào tháng 4/2011 tại 7 huyện/thị với 511 nông dân đồng ý tham gia phỏng vấn với bộ câu hỏi tự điền gồm 38 câu, dưới sự hướng dẫn của người điều tra. Sau khi rà soát, những bộ câu hỏi trả lời dưới 60% bị loại còn 488 mẫu. Nhập liệu với phần mềm EpiData phân tích bằng Stata 10, thống kê mô tả với tần số và tỉ lệ %. Thống kê phân tích với phép kiểm chi bình phương, PR, KTC 95 %. Biến độc lập gồm tuổi, giới, trình độ học vấn, hôn nhân, nguồn thông tin. Biến phụ thuộc gồm kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống HIV/AIDS.

III. KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung về mẫu nghiên cứu (n=488)

Đặc tính	N	%	Đặc tính	N	%
Nhóm tuổi: 20-29	17	3,48	Nguồn thông tin về HIV:		
30-39	41	8,40	Truyền hình (ti vi)	453	92,83
40-49	137	28,07	Đài phát thanh	389	79,71
50-59	222	45,50	Báo chí	361	73,98
60-69	62	12,70	Tổ chức khác	340	69,67
70-79	9	1,85	CSYT / NVYT	310	63,52
Giới tính: Nữ	361	73,98	Pa nô/áp phích, tờ rơi	270	55,33
Nam	127	26,02	Nhà trường/Thầy, cô giáo	135	27,66
Trình độ học vấn:			Bạn bè	175	35,86
Biết đọc, viết	19	3,89	Gia đình	152	31,15
Cấp 1	37	7,58	Từ 6 nguồn thông tin	279	48,98
Cấp 2	252	51,64			
Cấp 3	147	30,12			
Trên cấp 3	33	6,77			
Tình trạng hôn nhân:			Nơi ở		
Chưa kết hôn	25	5,12	Nông thôn	366	75,00
Đã kết hôn	463	94,88	Thành thị	122	25,00

Tuổi nhỏ nhất là 22, lớn nhất là 79 tuổi, nhóm tuổi nhiều nhất là từ 50-59. Nam nhiều hơn nữ gần 3 lần, trình độ học vấn thấp chủ yếu từ cấp 2. Phần lớn đã lập gia đình và sống ở nông thôn.

Nguồn thông tin về HIV/AIDS chủ yếu từ truyền hình (92,83%), kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Thủy Hà [8], sau đó là đài phát thanh (79,71%), báo chí (73,98%). Nguồn thông tin nhận từ các tổ chức như thanh niên, phụ nữ chiếm 69,67%. Điều này cho thấy công tác phòng, chống HIV ngày càng được xã hội hóa và được nhận thức ngày càng cao tầm quan trọng của việc hiểu biết đúng đắn về phòng, chống HIV/AIDS.

Nguồn thông tin từ cán bộ y tế/nhân viên y tế là 63,52%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Kính thực hiện năm 2009 trên đối tượng thanh thiếu niên có hoàn cảnh đặc biệt (23%)[7] nhưng tương đương với kết quả nghiên cứu của Lê Trọng Lưu, Nguyễn Đỗ Nguyên thực hiện năm 2004 trên đối tượng học sinh THPT (51,5%) [9]. Điều này cho thấy sự tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của người dân.

Tuy nhiên, đánh giá chung thì 48,98% tiếp cận từ 6 nguồn thông tin trở lên. Điều này cho thấy việc truyền thông, giáo dục sức khỏe vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu của người dân. Do đó, công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe trong



thời gian tới cần nâng động triển khai ngày càng nhiều hình thức truyền thông phong phú, đa dạng, phù hợp với nhiều đối tượng cụ thể để đáp ứng nhu cầu hiểu biết ngày càng cao của

người dân.

2. Kiến thức, thái độ, thực hành của công nhân về HIV/AIDS:

Bảng 2: Kiến thức về HIV/AIDS

Kiến thức đúng về	N	%	Kiến thức đúng về	N	%
Khả năng lây nhiễm HIV/AIDS	482	98,77	Chung thủy 1 bạn tình không có H	344	70,49
Cách phát hiện nhiễm HIV	464	95,08	HIV/AIDS chữa được hay không	324	66,39
Tác dụng bao cao su	454	93,03	Đồng tính luyến ái nam có thể lây HIV	317	64,96
Một người nhìn khỏe mạnh có thể có H	406	83,20	HIV là virus gây SGMD	311	63,73
Ảnh hưởng của bệnh STD	409	83,81	Đối tượng có thể bị lây nhiễm:	260	53,28
AIDS là giai đoạn cuối của HIV	383	78,48	+ Mọi người có thể	260	53,28
Biểu hiện ở giai đoạn AIDS	352	72,13	+ Tiêm chích ma túy	149	30,53
Phòng lây nhiễm HIV/AIDS:	403	82,58	+ Mại dâm	73	14,96
+ Chung thủy	457	93,65	Đường lây truyền HIV/AIDS:	304	62,30
+ Dùng riêng BKT	423	86,68	+ QDTD	464	95,08
+ Dùng riêng dụng cụ xuyên da	430	88,11	+ Dùng chung BKT	434	88,93
+ Dùng BCS/QHTD	374	76,64	+ Mẹ sang con	425	87,09
+ Phụ nữ có H không nên mang thai	347	71,11	+ Đường máu	412	84,43
+ An toàn truyền máu	324	66,39	+ Dùng chung dao cạo, bấm móng	380	77,87
+ Không để muỗi đốt	82	16,80	+ Muỗi đốt	71	14,55
+ Không ăn uống chung NCH	25	5,12	+ Ăn uống chung	14	2,87
+ Không tiếp xúc, nói chuyện NCH	15	3,07	+ Dùng chung nhà vệ sinh	9	1,84
Bệnh STD	208	42,62	Nơi xét nghiệm: (trên 3 nơi)	152	31,15
+ Giang mai	437	89,55	+ Phòng TVSKCĐ	195	39,96
+ Lậu	424	86,89	+ TTPC HIV/AIDS	459	94,06
+ Nấm	157	32,17	+ Bệnh viện công	184	37,70
+ VGSVB	99	20,29	+ PKTN	68	13,93
+ Hạ cam	90	18,44	+ Khác (trạm y tế)	134	27,46
Kiến thức chung đúng về HIV/AIDS (12/16 câu đúng)				278	56,97
Tỉ lệ % người trong độ tuổi từ 20-49 xác định đúng cách phòng ngừa lây nhiễm HIV và phản đối quan niệm sai lầm về HIV (chỉ số 20 đánh giá chương trình TTTĐHV)				99	50,77

2.1. Kiến thức về HIV/AIDS:

Kiến thức đúng về khả năng lây nhiễm HIV chiếm cao nhất (98,77%) sau đó là cách phát hiện nhiễm HIV/AIDS (95,08 %), và kiến thức về tác dụng của bao cao su cũng chiếm tỷ lệ cao 93,03%. Kiến thức đúng về cách phòng ngừa lây nhiễm HIV/AIDS là 82,58%. Đây là những kết quả tích cực cho thấy nhận thức của người dân ngày càng cao.

Tuy nhiên, tỉ lệ nông dân có kiến thức đúng về về đường lây truyền HIV/AIDS còn thấp chỉ 62,30% và 53,28% trả lời đúng về đối tượng có thể bị nhiễm . Quan niệm sai lầm về việc nhìn một người khỏe mạnh mà cho rằng người đó không thể nhiễm HIV rất hay gặp, điều này dễ dẫn đến việc

chủ quan quan hệ tình dục không bảo vệ với NCH và việc suy nghĩ áp đặt cho rằng chỉ có những đối tượng nguy cơ cao như người sử dụng ma túy hay phụ nữ mại dâm mới bị nhiễm dẫn đến sự kỳ thị, áp đặt những suy nghĩ phán xét về người sử dụng ma túy hoặc người bán dâm. Bên cạnh đó cũng còn tỉ lệ nhỏ hiểu sai về đường lây truyền như cho rằng muỗi đốt có thể lây truyền HIV (14,55%), hay ăn chung với người nhiễm HIV có thể bị lây (2,87%) và 1,84% cho rằng dùng chung nhà vệ sinh có thể lây nhiễm HIV từ đó có thể dẫn đến sự kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV. Tỉ lệ % người trong độ tuổi từ 20-49 xác định đúng cách phòng ngừa lây nhiễm HIV và phản đối quan niệm sai lầm về HIV (chỉ

số 20, đánh giá chương trình Truyền thông thay đổi hành vi) là 50,77% cao hơn với nghiên cứu của Trần Thị Thủy Hà về kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống HIV/STI ở đối tượng 15-49 tuổi tại Tiền Giang năm 2009 là 22% [8]

Một điều đáng chú ý là có khá nhiều người cho rằng hiện nay HIV/AIDS có thể chữa được. Điều này có thể do báo chí trong thời gian gần đây có đưa một vài thành tựu trong việc điều trị HIV/AIDS. Tuy nhiên những thành tựu này chưa được áp dụng rộng rãi. Hoặc có thể người dân hiểu sai việc điều trị kéo dài cuộc sống bằng thuốc ARV cho bệnh nhân AIDS có thể cứu sống người nhiễm HIV khỏi căn bệnh này. Do đó truyền thông trong thời gian tới cần nhấn mạnh vào điểm này.

Chỉ 31,15% nông dân biết nơi xét nghiệm HIV, kết quả này cũng gần tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Thủy Hà về kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống HIV/STI ở đối tượng 15-49 tuổi tại Tiền Giang năm 2009 là 22% [8]. Hiện nay với việc xã hội hóa dịch vụ Y tế có nhiều nơi

làm xét nghiệm này, tuy nhiên chất lượng lại không được đảm bảo vì theo quy định của Bộ Y tế chỉ có những nơi đủ tiêu chuẩn được Bộ y tế cấp phép khẳng định xét nghiệm và khẳng định HIV dương tính. Hiện nay ở Bình Dương chỉ có Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS mới có đủ tiêu chuẩn và được Bộ Y tế công nhận và 94,06% nông dân biết đến. Mặt khác chỉ 39,96% nông dân biết đến Phòng Tư Vấn Sức Khỏe Cộng Đồng có xét nghiệm HIV do đó trong thời gian tới cần đẩy mạnh việc tiếp thị dịch vụ này bằng nhiều hình thức phong phú và đa dạng.

Kiến thức về các bệnh lây truyền qua đường tình dục cũng còn thấp, chỉ 42,62% nông dân biết từ 3 bệnh lây truyền qua đường tình dục. Bệnh được biết đến nhiều nhất là giang mai và lậu. Tuy nhiên có 83,81% biết được rằng các bệnh lây truyền qua đường tình dục làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Kiến thức chung đúng về HIV/AIDS ở mức trung bình là 56,97%.

Bảng 3: Thái độ, thực hành về HIV/AIDS

Thái độ đúng về	N	%	Thực hành đúng về	N	%
Chấp nhận đi xét nghiệm HIV	478	97,95	Dùng riêng bàn chải đánh răng	470	96,31
Giúp đỡ người nhiễm HIV/AIDS	475	97,34	Dùng riêng dao cạo	451	92,42
Nam mang BCS là bình thường	439	89,96	Dùng riêng BKT/ma túy	4/5	80,00
Người HIV làm việc bình thường	433	88,73	Dùng riêng bấm móng tay	357	73,16
Nữ mang bao cao su là bình thường	414	84,84	Dùng BCS khi QHTD	325	68,00
Trẻ có H đi học bình thường	408	83,61	+ sử dụng thường xuyên + sử dụng không thường xuyên	193	40,38
Không nên cách ly người nhiễm HIV	380	77,87		132	27,62
Người có H cần được giữ bí mật	345	70,70			
Thái độ chung đúng về PC HIV/AIDS	351	71,93	Thực hành chung đúng về PC HIV/AIDS	243	49,80

2.2. Thái độ về HIV/AIDS:

Đa số chấp nhận làm xét nghiệm HIV (97,95%) và đồng ý giúp đỡ người nhiễm HIV khi họ cần (97,34%). Quan điểm chấp nhận nam mang bao cao su nhiều hơn nữ là 89,96% và 84,84%. Điều này cho thấy nông dân ngày nay ngày càng có cái nhìn đúng đắn về việc sử dụng bao cao su. Điều này cũng là một điểm thuận lợi trong công tác phòng chống HIV/AIDS, vốn dĩ liên quan nhiều đến những khía cạnh nhạy cảm của xã hội, đặc biệt là chương trình 100% bao cao su đang ngày trở nên rộng rãi trong xã hội. Hơn nữa, hiện nay việc tiếp cận và sử dụng bao cao su đã trở nên phổ biến và ngày càng rộng rãi.

Có 77,87% nông dân đồng ý không cách ly người có H. Thái độ về việc đồng ý cho trẻ em nhiễm HIV học chung với trẻ em bình thường nhìn chung cũng có nhiều tích cực. Điều này cho thấy truyền thông phòng, chống HIV/AIDS

trong những năm gần đây đã đạt những thành tựu nhất định, luật phòng, chống HIV/AIDS ngày càng đi vào người dân giúp giảm kì thị và phân biệt đối xử với người có H. Thái độ chung đúng là 71,93%. Điều này sẽ là những thuận lợi trong việc thúc đẩy công tác phòng, chống HIV/AIDS.

2.3. Thực hành về HIV/AIDS:

Thực hành đúng về sử dụng riêng các dụng cụ cá nhân như bàn chải đánh răng, dao cạo chiếm tỉ lệ cao (96,31% và 92,42%). Điều này dễ hiểu do những thực hành này mang tính vệ sinh cá nhân. Riêng thực hành đúng về sử dụng riêng bấm móng tay có tỉ lệ thấp hơn (73,16%), việc sử dụng chung dụng cụ bấm móng vẫn còn khá phổ biến, dẫn đến việc chủ quan không phòng ngừa lây nhiễm HIV. Do đó, truyền thông trong thời gian tới cần tác động để thay đổi những thói quen không tốt này.

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ sử dụng bao cao su khi quan



hệ tình dục là còn thấp chỉ 68%, nhưng trong đó chỉ 40% sử dụng bao cao su thường xuyên khi quan hệ tình dục.

Có 1% đã từng sử dụng ma túy; 80% trong số họ sử dụng riêng dụng cụ tiêm chích ma túy. Do đây chỉ là nghiên cứu cắt ngang nên chúng tôi không tìm hiểu sâu về chủ đề này,

chủ yếu tập trung vào hành vi đúng là sử dụng riêng dụng cụ tiêm chích.

Thực hành chung đúng ở mức trung bình là 49,80%.

3. Mọi liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành với các đặc điểm dân số:

Bảng 4: Mọi liên quan giữa kiến thức đúng về HIV/AIDS với các đặc điểm dân số

Đặc điểm (n=488)	Kiến thức				χ^2 P PR (KTC 95%)	Thái độ				P
	Sai		Đúng			Sai		Đúng		
Nhóm tuổi										
20-29	4	23,53	13	76,47	p = 0,34	2	11,76	15	88,24	p = 0,35
30-39	16	39,02	25	60,98		14	34,15	27	65,85	
40-49	57	41,61	80	58,39		37	27,01	100	72,99	
50-59	96	43,24	126	56,76		59	26,58	163	73,42	
60-69	33	53,23	29	46,77		21	33,87	41	66,13	
70-79	4	44,44	5	55,56		4	44,44	5	55,56	
Giới tính										
Nữ	162	44,88	199	55,12	p = 0,16	109	30,19	252	69,81	p = 0,07
Nam	48	37,80	79	62,20		28	22,05	99	77,95	
TĐH										
Biết đọc, viết	11	57,89	8	42,11	30,1 p < 0,001 1,28 [1,18-1,39]	6	31,58	13	68,42	p = 0,13
Cấp 1	24	64,86	13	35,14		10	27,03	27	72,97	
Cấp 2	123	48,81	129	51,19		78	30,95	174	69,05	
Cấp 3	47	31,97	100	68,03		40	27,21	107	72,79	
> cấp 3	5	15,15	28	84,85		3	9,09	30	90,91	
Tt hôn nhân										
Chưa kết hôn	8	32,00	17	68,00	0,25	5	20,00	20	80,00	0,35
Đã kết hôn	202	43,63	261	56,37		132	28,51	331	71,49	
Nơi ở										
Nông thôn	160	43,72	206	56,28	0,6	108	29,51	258	70,49	0,93
Thành thị	50	40,98	72	59,02		29	23,77	93	76,23	
Thông tin										
Ít	141	56,63	108	43,37	38,3 <0,001 1,63 [1,39-1,93]	84	33,73	165	66,27	$\chi^2 = 8,06$ P= 0,005 PR= 1,17 CI[1,05-1,31]
Nhiều	69	28,87	170	71,13		53	22,18	186	77,82	

3.1. Mọi liên quan giữa kiến thức với các đặc điểm dân số

Qua nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn với kiến thức về phòng, chống HIV/AIDS [p<0,001, PR=1,28 và KTC 95% = 1,18-1,39]. Theo đó, người có học vấn cấp cao hơn sẽ có kiến thức đúng cao 1,28 lần so với người có học vấn cấp thấp hơn. Điều này có thể lí giải do học vấn càng cao thì càng nhận thức đúng về

HIV/AIDS hơn, đầy đủ hơn. Điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Trọng Lưu, Nguyễn Đỗ Nguyên [6] và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Kính [5].

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nguồn tiếp nhận thông tin ít hoặc nhiều với kiến thức về phòng, chống HIV/AIDS [p<0,001 PR=1,63 và KTC 95% = 1,39-1,93]. Theo đó, những nông nhân được tiếp nhận nhiều nguồn thông tin có kiến thức đúng bằng 1,63 lần những nông dân được tiếp

nhận ít nguồn thông tin về HIV/AIDS. Điều này dễ lí giải do càng nhận nhiều nguồn thông tin từ nhiều phương tiện người ta càng dễ tiếp thu và nhận thức đầy đủ, sâu sắc hơn.

3.2. Mối liên quan giữa thái độ với các đặc điểm dân số

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nguồn tiếp nhận thông tin nhiều hay ít với thái độ về phòng, chống HIV/AIDS [$p=0,005<0,05$, PR=1,17 và KTC 95% = 1,05-1,31].

Theo đó, những nông dân tiếp nhận nhiều nguồn thông tin về HIV/AIDS có thái độ đúng cao 1,17 lần so với nông dân tiếp nhận ít nguồn hơn.

Không có MLQ giữa thực hành đúng về HIV/AIDS với các đặc điểm dân số

3.3. Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ với thực hành về HIV/AIDS:

Bảng 5: Mối liên quan giữa kiến thức đúng và thái độ đúng về PV HIV/AIDS

TH chung		Thái độ chung				χ^2	PR (KTC 95%)	P
		Đúng		Không đúng				
KT chung	Đúng	219	78,78	59	21,22	15,01	1,25 [1,11-1,41]	0,000
	Không đúng	132	62,86	78	37,14			

Bảng 6: Mối liên quan giữa thái độ đúng và thực hành đúng về PC HIV/AIDS

TH chung		Thực hành chung				χ^2	PR (KTC 95%)	P
		Đúng		Không đúng				
TĐ chung	Đúng	178	50,71	173	49,29	0,42		0,51
	Không đúng	65	47,45	72	52,55			

Bảng 7: Mối liên quan giữa kiến thức đúng và thực hành đúng về PC HIV/AIDS

TH chung		Thực hành chung				χ^2	PR (KTC 95%)	P
		Đúng		Không đúng				
KT chung	Đúng	128	46,04	150	53,96	3,63		0,51
	Không đúng	115	54,76	95	45,24			

Bảng 8: Mối liên quan kiến thức đúng, thái độ đúng với thực hành đúng PC HIV/AIDS

TH		Thực hành chung				χ^2	PR (KTC 95%)	P
		Đúng		Không đúng				
KT & TĐ	Đúng	111	50,68	108	49,32	0,13		0,72
	Không đúng	132	49,07	137	50,93			

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức với thái độ về phòng, chống HIV/AIDS [$p<0,001$, PR=1,25 và KTC 95% = 1,11-1,41]. Theo đó, nông dân có kiến thức đúng thì thái độ đúng gấp 1,25 lần so với nông dân không có kiến thức đúng. Điều này cho thấy nhận thức đúng về HIV/

AIDS thì giảm kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV.

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thái độ và thực hành về phòng, chống HIV/AIDS, giữa kiến thức với thực hành về PC HIV/AIDS và giữa kiến thức - thái độ với thực hành về PC HIV/AIDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. AIDS và cộng đồng. *Thông tin HIV*: <http://www.aids-cd.hiv.com.vn> (16/03/2009)
2. Bộ Y tế. QĐ số 3003/QĐ BYT ngày 19/8/2009. *Quyết định về việc ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS”*. 2009.
3. Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế Việt Nam. *Dự thảo chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030. Báo cáo chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020* <http://www.vaac.gov.vn> (04/08/2011).
4. Đỗ Văn Dũng. *Hướng dẫn sử dụng Stata 10.0*. Tp.HCM: ĐHY Dược Tp.HCM, 2005.
5. Nguyễn Văn Kính. *Kiến thức-Thái độ-Thực hành về phòng chống HIV/AIDS của thanh thiếu niên có hoàn cảnh đặc biệt phường 19 và 22 Quận Bình Thạnh, TP HCM năm 2009*.
6. Nguyễn Đỗ Nguyên, Lê Trọng Lưu. *Kiến thức - Thái độ - Thực hành về phòng chống HIV/AIDS của học sinh phổ thông trung học tỉnh Ninh Thuận năm 2004*. Y học Tp.HCM, tập 9, phụ bản của số 1, 2005.
7. Tổng Cục thống kê và bộ Y tế Việt Nam. *Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam năm 2003 (SAVY)* <http://www.vaac.gov.vn> (16/03/2009).
8. Trần Thị Thủy Hà. *Kiến thức-Thái độ-Thực hành về phòng chống HIV/AIDS và STI ở nhóm cộng đồng dân cư từ 15-49 tuổi tại Tiền Giang năm 2009*.
9. Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bình Dương. *Báo cáo thực hiện công tác phòng chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm 2011*.
10. Xiaodong Tan, Jingju Pan, Dong Zhou, Chunhong Wang, and Chaojun Xie. *HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Behaviors Assessment of Chinese Students at School of Public Health, Wuhan University 2007*.

TÌNH HÌNH SƠ CỨU BAN ĐẦU TẠI NẠN THƯƠNG TÍCH TẠI THÀNH PHỐ HUẾ NĂM 2011 - 2012

Trần Bùi¹, Trần Văn Hương², Nguyễn Văn Tập³

TÓM TẮT

Với mục tiêu tìm hiểu tình hình chăm sóc sức khỏe ban đầu tai nạn thương tích tại thành phố Huế năm 2011-2012. Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 502 người dân hiện đang sống trên địa bàn thành phố Huế xảy ra tai nạn thương tích trong năm 2011- 2012 đến điều trị tại các cơ sở y tế thành phố Huế. Kết quả, có 65,9% số nạn nhân được sơ cấp cứu ngay sau khi xảy ra tai nạn. Người sơ cấp cứu nạn nhân là người trong gia đình/ bạn bè/ thầy cô/ đồng nghiệp 60,4%, cán bộ y tế chỉ có 12,7%. Hai kỹ thuật sơ cấp cứu được sử dụng nhiều nhất là cầm máu tỷ lệ 46,2%; băng bó tỷ lệ 43,5%. Có 90,6% nạn nhân được vận chuyển đến cơ sở điều trị trong vòng một giờ. Kết quả điều trị có 93,8% số nạn nhân bình phục hoàn toàn, di chứng có thể phục hồi 4,2%, tàn tật vĩnh viễn 0,8%, tử vong 1,2%.

Từ khóa: Tai nạn thương tích.

ABSTRACT

FIRST AID OF ACCIDENTS, INJURIES IN HUE CITY, 2011-2012

With the objective of find out the situation of primary health care injury accident in 2011-2012 in the city of Hue. A cross-sectional study was conducted on 502 people currently live in the city of Hue, who have accident injuries in 2011 and 2012 and treated at the medical facility in Hue City. Results: 65.9% of aid victims immediately after the accident scenes. Family / friends / teachers / peers are aid to victims 60.4%, health workers accounted for only 12.7% rate. Two techniques are used aid as much as 46.2% bleeding rate; bandaged ratio 43.5%. 90.6% of the victims have been transported to treatment facilities within an hour, a result 93.8% treated with victims recover completely, sequelae can recover 4.2%, disabled permanently 0.8%, 1.2% mortality.

Keywords: Injury accident.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai nạn thương tích hiện là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng ở khắp mọi nơi trên thế giới với số tử vong ước tính ngày càng tăng và là một trong những nguyên nhân hàng đầu của gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Thành phố Huế là thành phố của tỉnh Thừa Thiên Huế, là di sản văn hóa của nhân loại, ở miền Trung của Việt Nam. Dân số trung bình khoảng 340.000 người. Trong những năm gần đây tốc độ đô thị hóa khá nhanh, kinh tế xã hội phát triển nên phương tiện giao thông đi lại cũng gia tăng đặc biệt là là xe mô tô, bên cạnh đó Huế là một nơi thường xảy ra lũ lụt có năm xảy ra 5-6 cơn lũ. Điều đó càng làm cho nguy cơ xảy ra tai nạn thương tích càng lớn. Mặc dù hiện nay về tai nạn thương tích có rất nhiều công trình nghiên cứu cả trong nước và nước ngoài. Tuy nhiên, chưa có một công trình nghiên cứu nào về tai nạn thương tích tương đối đầy đủ để có một cái nhìn tổng quát về tai nạn thương tích đối với cộng đồng người dân thành phố Huế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu tìm hiểu tình hình chăm sóc sức khỏe ban đầu tai nạn thương tích tại thành phố Huế năm 2011-2012 nhằm góp phần phòng chống tai nạn thương tích ngay tại cộng đồng, địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Đối tượng: Người dân hiện đang sống trên địa bàn thành phố Huế xảy ra tai nạn thương tích trong năm 2011- 2012 đến điều trị tại các cơ sở y tế thành phố Huế.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: 502 trường hợp tai nạn thương tích của người dân thành phố Huế xảy ra trong năm 2011-2012 (tháng

1. Bệnh viện thành phố Huế. Điện thoại: 0914962 648 - Email: buihuehealthcenter@yahoo.com.vn

2. Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội

3. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

» Ngày nhận bài: 01/02/2017 | » Ngày phản biện: 10/02/2017 | » Ngày duyệt đăng: 15/02/2017

5/2011 đến tháng 4/2012).

Chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ.

Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng phiếu “Khảo sát thương tích tại Việt Nam năm 2010” do Bộ Lao động Thương binh Xã hội, Bộ Y tế, WHO, UNICEF và trường Đại học y tế công cộng ban hành có sửa chữa cho phù hợp với phạm vi đề tài nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Sử dụng các test thống kê, phân tích bằng phần mềm Epidata, SPSS 11.5.

Đạo đức nghiên cứu: Đảm bảo quyền lợi của đối tượng tham gia nghiên cứu và bảo mật thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Số lượng nạn nhân được sơ cấp cứu tại chỗ ngay sau khi xảy ra tai nạn

Sơ cấp cứu tại chỗ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có	331	65,9
Không	170	33,9
Không nhớ/không rõ	1	0,2

Số nạn nhân được sơ cấp cứu khá cao có tỷ lệ 65,9%.

Bảng 2. Người sơ cấp cứu tại chỗ

Người sơ cấp cứu	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tự sơ cứu	46	13,9
Cán bộ y tế	42	12,7
Người trong gia đình/bạn bè/thầy cô/đồng nghiệp	200	60,4
Người đi đường	43	13,0
Tổng cộng	331	100,0

Trong số 331 người được sơ cấp cứu tại chỗ thì người sơ cấp cứu tại chỗ cho nạn nhân chủ yếu là người trong gia đình/bạn bè/thầy cô/đồng nghiệp của nạn nhân 60,4%, tự sơ cứu 13,9%, người đi đường 13%, cán bộ y tế chỉ sơ cứu 12,7%.

Bảng 3. Nội dung sơ cấp cứu được thực hiện

Nội dung sơ cứu	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hô hấp nhân tạo	2	0,6
Được băng bó	144	43,5
Được cầm máu	153	46,2
Cố định xương khớp	9	2,7
Khác	20	6,1
Không nhớ/không rõ	3	0,9
Tổng cộng	331	100

Hai nội dung được sử dụng để sơ cứu nhiều nhất là cầm máu 46,2% và băng bó 43,5%.

Bảng 4. Tình hình bệnh nhân đến cơ sở điều trị

Cơ sở điều trị	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có đến cơ sở điều trị	490	97,6
Không đến cơ sở điều trị	12	2,4
Tổng cộng	502	100

Trong 502 nạn nhân thì số nạn nhân được đưa đến các cơ sở điều trị 97,6%.

Bảng 5. Cơ sở đầu tiên được chuyển đến

Cơ sở điều trị	Tần số	Tỷ lệ (%)
Trạm y tế	61	12,5
Bệnh viện(huyện) thành phố	364	74,3
Bệnh viện trung ương	52	10,6
Bệnh viện tư nhân	7	1,4
Phòng khám tư nhân	4	0,8
Khác	2	0,4
Tổng cộng	490	100

Cơ sở đầu tiên nạn nhân được chuyển đến là bệnh viện thành phố Huế 74,3%, thứ hai là trạm y tế 12,5%, thứ ba là Bệnh viện Trung ương Huế 10,6%.

Bảng 6. Phương tiện vận chuyển nạn nhân

Phương tiện chuyển	Tần số	Tỷ lệ (%)
Xe cứu thương	9	1,8
Xe ô tô	28	5,7
Xe máy	438	89,5
Xe đạp/ xích lô/ ba gác	6	1,2
Đi bộ/ khiêng/ công	8	1,6
Khác	1	0,2
Tổng số	490	100

Các phương tiện chủ yếu để vận chuyển nạn nhân đến các cơ sở điều trị là xe máy 89,5%, xe ô tô 5,7% và xe cứu thương chỉ vận chuyển 1,8% nạn nhân bị tai nạn thương tích.

Bảng 7. Thời gian từ khi xảy ra tai nạn đến khi được vận chuyển tới cơ sở khám chữa bệnh

Thời gian đến cơ sở y tế	Số lần	Tỷ lệ (%)
Dưới 30 phút	353	72,1
Từ 30 phút đến 60 phút	91	18,6
Từ 1 giờ đến 3 giờ	12	2,4
Từ 3 giờ đến 6 giờ	8	1,6
Từ 6 đến 24 giờ	12	2,4
Trên 24 giờ	14	2,9
Tổng cộng	490	100

Nạn nhân có thời gian từ khi nạn nhân bị chấn thương cho đến khi được chuyển đến các cơ sở điều trị dưới 30 phút là 72,1%, từ 30- 60 phút là 18,6%, từ 1 giờ đến 3 giờ là 2,4%.

Bảng 8. Tình hình và kết quả điều trị của nạn nhân

Kết quả điều trị	Số lần	Tỷ lệ (%)
Đang điều trị	367	76,3
Bình phục hoàn toàn	84	17,5
Di chứng phục hồi	20	4,2
Tàn tật	4	0,8
Tử vong sau điều trị	6	1,2
Tổng cộng	481	100

Có 481/502 nạn nhân có kết quả điều trị, trong đó có 76,3% đang còn điều trị khi được phỏng vấn, đã ra viện và bình phục hoàn toàn là 17,5%, có di chứng nhưng có thể phục hồi là 4,2%, bị tàn tật là 0,8% và có 6 trường hợp bị tử vong 1,2%.

IV. BÀN LUẬN

Tình hình sơ cấp cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi về tình hình sơ cấp cứu khi tai nạn xảy ra khá cao, số trường hợp tai nạn thương tích được sơ cứu tại chỗ là 65,9%. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Dung điều tra tai nạn thương tích tại tỉnh Thừa Thiên – Huế năm 2005, có 65,7% các trường hợp tai nạn thương tích được sơ cứu ban đầu [3]. Còn Lê vũ Anh điều tra tình hình chấn thương ở trẻ dưới 18 tuổi tại 6 tỉnh Hải Dương, Hải Phòng, Quảng Trị, Thừa Thiên – Huế, Cần Thơ và Đồng Tháp, được sơ cấp cứu 57,3% và có 41,5% không được sơ cứu [1].

Về người thực hiện sơ cấp cứu ban đầu ngay sau khi tai nạn thương tích xảy ra: Ở nghiên cứu của chúng tôi mặc dù tỷ lệ người bị tai nạn thương tích được sơ cấp cứu ban đầu khá cao nhưng người thực hiện sơ cấp cứu lại là những người không phải cán bộ chuyên môn y tế mà nhiều nhất lại là người nhà, bạn bè, thầy cô, người đồng nghiệp của nạn nhân chiếm 60,4%, tiếp đến là nạn nhân tự sơ cứu chiếm 13,9%, thứ ba là người đi đường chiếm tỷ lệ 13%. Cuối cùng là nhân viên y tế sơ cứu 12,7%. Tương tự Như công trình của Lê Vũ Anh hơn 70% trường hợp chấn thương được người nhà nạn nhân sơ cứu, 14% được cán bộ y tế sơ cứu và 9,2% được người khác sơ cứu (người đi đường) [1].

Về nội dung sơ cấp cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nội dung sơ cấp cứu ban đầu cho bệnh nhân khá đơn điệu chủ yếu hai thủ thuật thường dùng là cầm máu 46,2% và băng bó 43,5%. Tương tự như nghiên cứu tại Hà Nội, Hưng Yên, Thừa Thiên –Huế, tp Hồ Chí Minh và Đồng Nai năm 2011, thì có 68,3% nạn nhân được sơ cấp cứu với hình thức băng bó, 62,8% được sơ cấp cứu bằng hình thức cầm máu [5]. Nói chung sơ cấp cứu tại cộng đồng hai hình thức băng bó và cầm máu là chủ yếu. Chúng tôi nhận thấy rằng sở dĩ hai kỹ thuật cầm máu và băng bó có tỷ lệ cao điều này phù hợp với người sơ cấp cứu ban đầu phần lớn không phải là nhân viên y tế nên chủ yếu của họ khi thấy tai nạn xảy ra nhất là khi thấy máu chảy thì thường băng hoặc buộc chặt vết thương lại để cầm máu là chủ yếu. Tuy nhiên, điều này cũng nói lên rằng người dân cũng đã có ý thức về sơ cấp cứu ban đầu đối với tai nạn thương tích và dù sao cũng góp phần làm hạn chế nặng thêm của thương tích nhất là đối với các trường hợp vết thương gây mất máu nhiều.

Cơ sở điều trị: Trong nghiên cứu của chúng tôi nạn nhân bị tai nạn thương tích được đưa đến cơ sở điều trị khá cao. Số được đưa đến cơ sở điều trị 97,8%. Nghiên cứu của chúng tôi về nạn nhân được đưa đến các cơ sở điều trị có cao hơn tác giả Nguyễn Dung và Dương Quang Minh năm 2005, có 65,7% các trường hợp tai nạn thương tích được sơ cấp cứu ban đầu và điều trị tại các cơ sở y tế [3]. Hay của Lê Vũ Anh chỉ gần 70% trường hợp chấn thương được đưa đến khám và điều trị tại cơ sở y tế nhà nước [1]. Có lẽ do thời điểm nghiên cứu khác nhau vì các nghiên cứu của các tác giả trên diễn ra đã nhiều năm trước trong khi hiện nay tình hình kinh tế xã hội có nhiều tiến bộ hơn, kiến thức phổ thông về y học của người dân cũng khá hơn trước và người dân cũng quan tâm đến sức khỏe của bản thân và người nhà hơn. Bên cạnh đó, cơ sở y tế được phát triển và hoàn chỉnh nhiều hơn trước và đặc biệt là bệnh nhân phần lớn là có đóng bảo hiểm y tế nên dễ dàng cho nạn nhân đến cơ sở điều trị vì vậy tỷ lệ đến các cơ sở điều trị cao hơn.

Phương tiện vận chuyển nạn nhân: Phương tiện chủ yếu để vận chuyển nạn nhân là xe máy 89,5%, thứ hai là ô tô 5,7%, thứ ba là xe cấp cứu 1,8%, thứ tư là đi bộ, khiêng/công 1,6% và thứ 5 là xe đạp/xích lô 1,2%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu tại Hà Nội, Hưng Yên, Thừa Thiên-Huế, thành phố Hồ Chí Minh và Đồng Nai năm 2011” có 81,8% nạn nhân được vận chuyển bằng xe máy(ô tô cứu thương chỉ chiếm 3%) [5]. Trần Văn Nam và cộng sự ở Hải Phòng năm 2007, bệnh nhân được vận chuyển chủ yếu bằng xe máy 68,7% và taxi là 8,57%, chuyển bằng xe cấp

cứu chỉ có 2,6% [4]. Về vận chuyển nạn nhân bằng xe máy nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn một chút nhưng vận chuyển bằng xe máy là phương tiện vận chuyển chủ yếu để đưa nạn nhân đến cơ sở điều trị, cũng giống như đề tài của tác giả Nguyễn Dung năm 2005 [3]. Phương tiện vận chuyển cấp cứu nạn nhân xe máy chiếm 71,25% cũng là phương tiện chủ yếu vận chuyển nạn nhân bị tai nạn thương tích. Điều này cho thấy rằng xe máy là một phương tiện đi lại và vận chuyển chủ yếu của người dân mặc dù Thừa Thiên –Huế đã có trung tâm cấp cứu 115.

Cơ sở điều trị đầu tiên nạn nhân được chuyển đến:

Tỷ lệ nạn nhân chủ yếu được chuyển đến các cơ sở y tế nhà nước trong đó được chuyển đến bệnh viện tuyến huyện (bệnh viện thành phố) có tỷ lệ cao. Tương tự nghiên cứu các mô hình tai nạn thương tích tại cộng đồng của Nguyễn Thị Hồng Tú người bị thương chủ yếu đến bệnh viện huyện (45,2%), tỷ lệ đến bệnh viện tỉnh và trạm y tế đề 11,3%, đến bệnh viện trung ương là 9,7% [6]. Theo nghiên cứu của tác giả Lê vũ Anh thì có gần đến 70% trường hợp chấn thương được đưa đến khám và điều trị tại các cơ sở y tế nhà nước [1]. Ở nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nạn nhân được chuyển đến bệnh viện thành phố là 74,3% có lẽ do điều kiện là ở Huế không có bệnh viện tỉnh trong khi bệnh nhân có bảo hiểm y tế thì được phân tuyến khám chữa bệnh ban đầu tại tuyến huyện và xã và phần lớn nạn nhân bị chấn thương cũng không nặng lắm nên nạn nhân được chuyển đến bệnh viện thành phố để điều trị. Chúng tôi cũng nhận thấy rằng nạn nhân được chuyển đến bệnh viện trung ương mặc dù tỷ lệ chỉ có 10,6% nhưng hầu hết là những nạn nhân bị chấn thương nặng hoặc có nguy cơ đe dọa đến tính mạng và được phân loại phần lớn bởi người nhà hoặc người đi đường, cho thấy rằng người dân cũng đã biết đánh giá như thế nào là nạn nhân nặng, nhẹ, cần phải chăm sóc ở tuyến nào cho phù hợp có lẽ đây là kết quả của nhiều năm truyền thông giáo dục sức khỏe đặc biệt là giáo dục về phòng chống tai nạn thương tích cho cộng đồng của Thừa Thiên-Huế.

Thời gian vận chuyển nạn nhân: Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng đa số nạn nhân được vận chuyển trong vòng 30 phút 72,1%, từ 30 phút đến 60 phút tỷ lệ 18,6%. Theo tác giả Nguyễn Đức Chính nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức năm 2006, cho thấy đa số các trường hợp được chuyển đến bệnh viện trước 1 giờ, chiếm 33% [2]. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi nhưng ở đây Bệnh viện Việt Đức là bệnh viện tuyến trung ương và rất nhiều bệnh nhân trước khi chuyển đến Bệnh viện Việt Đức đều đã qua chăm sóc tại một cơ sở y tế tuyến trước đã. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh viện thành phố là bệnh viện tuyến huyện thuộc tuyến cơ sở lại là nơi đăng ký khám chữa

bệnh ban đầu cho một lượng lớn bệnh nhân bảo hiểm y tế nên có tai nạn thương tích xảy ra thì đều được người nhà đưa đến trực tiếp đến bệnh viện ngay lập tức. Điều này cũng nói lên rằng sự phát triển mạng lưới y tế cơ sở, việc tham gia bảo hiểm y tế cũng góp phần rất thuận lợi cho người dân khi có sự cố về sức khỏe xảy ra.

Kết quả điều trị nạn nhân bị tai nạn thương tích:

Tại thời điểm chúng tôi tiến hành phỏng vấn đang được điều trị là 76,3%, đã điều trị bình phục hoàn toàn là 17,5%, đã điều trị bình phục nhưng có di chứng có thể phục hồi 4,2%. Nhìn chung phần lớn bệnh nhân điều trị đều có kết quả tốt, số bệnh nhân đang còn điều trị chủ yếu là bệnh nhân nhẹ hoặc vừa và đa số là bị vết thương phần mềm rách da là chủ yếu và đang điều trị tại Bệnh viện thành phố Huế nên chúng tôi cũng có dịp quan sát kết quả về sau đều lành và xuất viện. Kết quả phù hợp với tác giả Trần Văn Nam và cộng sự nghiên cứu tại Hải Phòng năm 2007, kết quả phần lớn các tai nạn thương tích đều phục hồi tốt 97,78% khỏi và đỡ khi ra viện, 0,26 bệnh nhân bị tử vong và 0,09% di chứng tàn phế suốt đời [4]. Tương tự kết quả của tác giả Nguyễn Thị Hồng Tú giám sát tai nạn thương tích tại 7 bệnh viện trong cả nước cho tất cả các lứa tuổi năm 2006, kết quả điều trị khỏi và đỡ giảm là 95,61%, tử vong tại bệnh viện là 0,46%, quá nặng xin về là 2,65%, nặng hơn phải chuyển là 1,27%. Ở nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tử vong có cao hơn (1,2%) nhưng ở đây (Bệnh viện Trung ương Huế) là tuyến điều trị cuối cùng và những bệnh nhân tử vong đều là quá nặng nhưng không còn chuyển đi đâu nữa. Trong khi ở các nghiên cứu khác tỷ lệ tử vong có thấp hơn, di chứng tàn tật vĩnh viễn cũng thấp hơn nhưng khác nhau là do các bệnh viện điều trị đó chưa phải là tuyến cuối cùng điều trị cho nạn nhân nên còn có một số bệnh nhân quá nặng được chuyển lên tuyến trên nữa và hơn nữa còn có một số nạn nhân nặng quá không muốn để tử vong ở bệnh viện nên xin về nhà để có thể chết tại nhà. Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tử vong tại bệnh viện cũng như tỷ lệ tàn tật suốt đời có cao hơn các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Có 65,9% số nạn nhân được sơ cấp cứu ngay sau khi xảy ra tai nạn. Hai kỹ thuật sơ cấp cứu được sử dụng nhiều nhất là cầm máu (46,2%); băng bó (43,5%). Có 90,6% nạn nhân được vận chuyển đến cơ sở điều trị trong vòng một giờ. Kết quả điều trị có 93,8% số nạn nhân bình phục hoàn toàn, di chứng có thể phục hồi 4,2%, tàn tật vĩnh viễn 0,8%, tử vong 1,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Vũ Anh, Nguyễn Thúy Quỳnh, Trần Thị Hồng, Nguyễn Trang Nhung, Lã Ngọc Quang (2004), Tình hình chấn thương và các yếu tố ảnh hưởng ở trẻ em dưới 18 tuổi tại 6 tỉnh Hải Dương, Hải Phòng, Quảng Trị, Thừa Thiên - Huế, Cần Thơ, Đồng Tháp, Đề tài cấp bộ ngành, Trung tâm nghiên cứu chính sách và phòng chống chấn thương.
2. Nguyễn Đức Chính, Cao Độc Lập (2007), "Tình hình tai nạn thương tích trẻ em qua giám sát TNTT tại bệnh viện Việt Đức năm 2006". Tập san Ngoại khoa, Tổng hội Y dược học Việt Nam, 57, tr.18-23.
3. Nguyễn Dung, Dương quang Minh (2008), Điều tra hộ gia đình về tai nạn thương tích tại tỉnh Thừa Thiên -Huế năm 2005, Hội nghị khoa học kỹ thuật ngành Y tế Thừa Thiên - Huế lần thứ II, tr.5 -14.
4. Trần Văn Nam (2007), "Phân tích một số đặc điểm tai nạn thương tích ở trẻ em điều trị tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng từ tháng 8/2005 đến tháng 2/2007". Tạp chí Y học Việt Nam, 336, tr. 65 - 71.
5. Phòng chống tai nạn thương tích (2011), Tình hình sơ cấp cứu tai nạn thương tích của tình nguyện viên tại Hà Nội, Hưng Yên, Thừa Thiên-Huế, tp Hồ Chí Minh và Đồng Nai năm 2011, <http://moh.gov.vn:8086/pctainan/pages/tintuc.aspx?CateID=5&ItemID=1080>, truy cập ngày 1/5/2011.
6. Nguyễn Thị Hồng Tú, Phùng Trí Dũng (2006), "Nghiên cứu các mô hình tai nạn thương tích do lao động tại cộng đồng". Tạp chí Y học Thực hành Bộ Y Tế, 538.



NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH TỬ VONG TẠI HUYỆN DẦU TIẾNG NĂM 2011

Trần Tấn Tài¹, Trần Văn Hưởng²

TÓM TẮT

Đề tài mô tả tình hình tử vong của cộng đồng huyện Dầu Tiếng trong năm 2011 theo bệnh, tuổi và giới tính. Với phương pháp mô tả 496 người tử vong năm 2011. Kết quả sau: Tỷ lệ tử vong chung/100.000 dân cho cả 2 giới tại huyện Dầu Tiếng năm 2011 là 452,39/100.000. Tỷ lệ tử vong/100.000 dân ở nam giới là 269,06; tỷ lệ tử vong/100.000 dân ở nữ giới là 183,33. Tỷ lệ tử vong ở nam giới so với nữ giới là nam/nữ = 1,47 lần. Ở nam giới: các bệnh gây tử vong cao nhất là: tai biến mạch máu não (12,5%), ung thư gan-mật (7,26%), tai nạn giao thông (6,65%). Ở nữ giới: các bệnh có tỷ lệ tử vong cao là: tai biến mạch máu não (9,48%), nhồi máu cơ tim (2,82%), suy tim (2,82%). Tuy nhiên, số trường hợp tử vong không rõ nguyên nhân vẫn còn khá cao (3,02%).

Từ khóa: Tử vong, huyện Dầu Tiếng.

ABSTRACT

THE SITUATION OF DEATH IN DAU TIENG PRECINCT, BINH DUONG PROVINCE

The research is aimed at determining the rate of mortality by age and gender of the population in Dau Tieng Precinct, Binh Duong Province. A cross-sectional descriptive study was carried out on 496 people who died in 2011. The result showed that the rate of mortality per 100,000 population in Dau Tieng Precinct, Binh Duong Province in 2011 was 452,39 (269,06 for male, 183,33 for female). The death rate for males was 1.47 times higher than for females. The 5 most causes of death in males were stroke (12.5%), hepatobiliary cancer (7.26%), traffic accidents (6.65%), respiratory failure (2.42%) and heart attack (2.42%). The 5 most causes of death in females were stroke (9.48%), heart attack (2.82%), heart failure (2.82%), lung cancer (1.41%) and traffic accidents (1.41%). However, the high number of deaths of unknown cause was 3.02%.

Keywords: Death, Dau Tieng District.

1. Sở Y tế Bình Dương

2. Bệnh viện đa khoa Nam Anh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu mô hình bệnh tật nói chung, tình hình tử vong (tử vong) nói riêng luôn có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá hoạt động Y tế cũng như tình hình kinh tế, xã hội, môi trường của mỗi khu vực hay quốc gia. Các nghiên cứu về tử vong tại Việt Nam cho thấy tử vong ở nam đều cao hơn nữ, tử vong cao nhất là: ung thư các loại; tim mạch; xuất huyết não; chấn thương, tai nạn; điện giật và đuối nước đứng thứ 5.

Tại Bình Dương, nghiên cứu về tử vong trong cộng đồng còn rất hạn chế. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: Mô tả tình hình tử vong của cộng đồng huyện Dầu Tiếng trong năm 2011 theo bệnh, tuổi và giới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Địa điểm nghiên cứu

Dầu Tiếng là một huyện phía Bắc của tỉnh Bình Dương, diện tích tự nhiên là 755,1 km², gồm 11 xã và 01 thị trấn, dân số năm 2011 là 109.639 người, trong đó có 57.598 nam và 51.681 nữ. Với thế mạnh là ngành nông nghiệp, chủ yếu là cây cao su. Trên địa bàn huyện có công ty cao su Dầu Tiếng và nhiều cơ sở chế biến cao su khác. So với những năm đầu giải phóng, kinh tế dầu tiếng đang phát triển mạnh, đời sống người dân Dầu Tiếng ngày càng đầy đủ hơn. Theo hướng phát triển chung của tỉnh, Dầu Tiếng đang diễn ra quá trình đô thị hóa nhanh chóng.

2.2 Đối tượng nghiên cứu

- Các tử vong từ ngày 01/01 đến ngày 31/12/2011 được ghi trong sổ A6/YTCS của các trạm y tế xã thuộc huyện Dầu Tiếng là đối tượng nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Các tử vong từ ngày 01/01 đến ngày 31/12/2011 không phân biệt tuổi, giới tính, dân tộc, thuộc diện quản lý hộ khẩu của huyện Dầu Tiếng, dù tử vong ở bất kỳ đâu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những tử vong trên địa bàn Dầu Tiếng nhưng không thuộc huyện dầu tiếng quản lý hộ khẩu.

Thời gian thực hiện nghiên cứu: 01/01 đến 31/12/2011.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, dựa trên số liệu sẵn có.

Cỡ mẫu: Toàn bộ các tử vong trong năm 2011 được ghi chép trong sổ A6/YTCS tại tất cả các TYT thuộc huyện Dầu Tiếng (496 người tử vong).

Biến số nghiên cứu:

- Tuổi lúc tử vong tính theo dương lịch: Chia thành 10 nhóm tuổi: 0-9 tuổi, 10-19 tuổi, 20-29 tuổi, 30-39 tuổi, 40-49 tuổi, 50-59 tuổi, 60-69 tuổi, 70-79, 80-89 và 90+.

- Giới: Phân tích tỷ lệ tử vong theo giới.

- Ngày, tháng, năm tử vong: tính theo dương lịch.

Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin

Thu thập số liệu sẵn có sử dụng phiếu báo cáo nguyên nhân tử vong A6/YTCS, tổng hợp báo cáo của trung tâm y tế huyện Dầu Tiếng.

Biện pháp kiểm soát sai số

- Đối chiếu số liệu với các nguồn thông tin khác nhau: dân số, tư pháp, y tế... Về danh sách tử vong và số liệu dân số.

Phương pháp phân tích, xử lý số liệu: Số liệu được ghi nhận, làm sạch rồi nhập vào máy tính bằng phần mềm excel, mã hóa các nguyên nhân tử vong theo icd-10. Sau đó phân tích số liệu bằng phần mềm stata 10.0

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

- Việc thu thập số liệu này không gây hại cho cộng đồng và cá nhân.

- Số liệu thu thập được sẽ giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích khoa học.

- Kết quả thu được báo cáo cho sở y tế và chính quyền địa phương để phục vụ cho công tác phòng bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Số xã tham gia nghiên cứu tử vong tại huyện Dầu Tiếng năm 2011 (12/12 = 100%).

Bảng 1 - Dân số xã tham gia nghiên cứu.

TT	Tên xã/phường	Tổng số	Nam	Nữ
1	An lập	6,787	3,595	3,192
2	Thị trấn Dầu Tiếng	18,601	9,499	9,102
3	Định an	7,145	4,003	3,142
4	Định hiệp	8,080	4,140	3,940
5	Định thành	3,428	1,911	1,517

TT	Tên xã/phường	Tổng số	Nam	Nữ
6	Long hòa	9,919	5,560	4,359
7	Long tân	5,897	3,219	2,678
8	Minh Hòa	8,021	4,034	3,987
9	Minh Tân	7,887	4,244	3,643
10	Minh Thạnh	8,371	4,386	3,985
11	Thanh An	10,732	5,676	5,056
12	Thanh Tuyên	14,771	7,691	7,080
Tổng cộng		109,639	57,958	51,681

- Tổng dân số năm 2011 của huyện Dầu Tiếng là 109.639 người, trong đó có 57.958 nam (52,87%), 51.681 nữ (47,13%)

Bảng 2 - Tỷ lệ tử vong/100.000 dân theo nhóm tuổi và giới.

Nhóm tuổi	Nam	Tỷ lệ tử vong /100.000 dân	Nữ	Tỷ lệ tử vong /100.000 dân	Tỷ lệ nam/nữ
0--9	6	5,47	0	0,00	
10--19	6	5,47	1	0,91	6,00
20--29	31	28,27	9	8,21	3,44
30--39	25	22,80	8	7,30	3,13
40--49	35	31,92	12	10,95	2,92
50--59	58	52,90	21	19,15	2,76
60--69	36	32,84	24	21,89	1,50
70--79	45	41,04	47	42,87	0,96
80--89	34	31,01	55	50,16	0,62
90+	19	17,33	24	21,89	0,79
Tổng	295	269,06	201	183,33	1,47

- Tỷ lệ tử vong chung/100.000 dân cho cả 2 giới tại huyện Dầu Tiếng là 452,39.

- Tỷ lệ tử vong/100.000 dân ở nam giới là 269,06; tỷ lệ tử vong/100.000 dân ở nữ giới là 183,33.

- Tỷ lệ tử vong ở nam giới so với nữ giới là nam/nữ = 1,47. Chênh lệch ở khoảng tuổi từ 10-69 tuổi giữa nam và nữ là 2,55 lần.

Bảng 3 - Tỷ lệ tử vong theo bệnh và giới tính

Bệnh	Nam	Tỷ lệ / bệnh	Tỷ lệ / nam	Tỷ lệ chung	Nữ	Tỷ lệ/ bệnh	Tỷ lệ/ nữ	Tỷ lệ chung
Tai biến mạch máu não	62	56,88	21,02	12,50	47	43,12	23,38	9,48
Bệnh già	17	42,50	18,09	3,43	23	57,50	26,74	4,64
Suy hô hấp	12	37,50	85,71	2,42	20	62,50	100	4,03
Không rõ nguyên nhân	12	44,44	22,64	2,42	15	55,56	33,33	3,02
Nhồi máu cơ tim	12	46,15	7,10	2,42	14	53,85	11,02	2,82
Suy tim	8	36,36	5,10	1,61	14	63,64	12,39	2,82
Suy kiệt	7	38,89	10	1,41	11	61,11	18,03	2,22
Tai nạn giao thông	33	82,50	23,40	6,65	7	17,50	7,45	1,41
Ung thư phổi	8	53,33	4,35	1,61	7	46,67	4,96	1,41
Ung thư gan-mật	36	85,71	15,86	7,26	6	14,29	3,95	1,21
Tiểu đường	7	63,64	4,70	1,41	4	36,36	4,08	0,81
Ung thư tử cung	0	0	0	0	4	100	2,99	0,81
Bệnh hô hấp khác	9	75,00	25,71	1,81	3	25,00	10	0,60
Ung thư đại tràng	0	0	0	0	3	100	2,08	0,60
Lao phổi	2	40	1,14	0,40	3	60	2,31	0,60
Ung thư vú	0	0	0	0	2	100	4,08	0,40
Bệnh ha	6	75,00	10,17	1,21	2	25,00	4,26	0,40
Chấn thương sọ não	3	60	1,30	0,60	2	40	1,30	0,40
Ung thư dạ dày	7	77,78	3,66	1,41	2	22,22	1,37	0,40
Viêm phổi	1	33,33	3,85	0,20	2	66,67	7,41	0,40
Bệnh van 2 lá	0	0	0	0	1	100	1,01	0,20
Hiv/aids giai đoạn cuối	3	75,00	4,76	0,60	1	25,00	2,00	0,20
Suy thận mạn	2	66,67	8,00	0,40	1	33,33	4,00	0,20
Tai nạn do tự tử	8	88,89	7,41	1,61	1	11,11	1,15	0,20
Ung thư máu	1	50	4,55	0,20	1	50	4,17	0,20
Ngộ độc	1	50	5,56	0,20	1	50	4,35	0,20
Ung thư lưỡi	0	0	0	0	1	100	4,55	0,20
Bệnh tim bẩm sinh	0	0	0	0	1	100	1,59	0,20
U xơ tử cung	0	0	0	0	1	100	1,61	0,20
Sốc do thuốc	1	50	5,88	0,20	1	50	4,76	0,20
Sét đánh	1	100	50	0,20	0	0	0	0
Viêm khớp	1	100	100	0,20	0	0	0	0
Bại não	1	100	6,25	0,20	0	0	0	0
Đột tử	2	100	2,60	0,40	0	0	0	0
Lao màng phổi	1	100	0,57	0,20	0	0	0	0
Lupus ban đỏ	1	100	5,26	0,20	0	0	0	0
Ngạt nước	5	100	6,67	1,01	0	0	0	0
Nhiễm khuẩn da	1	100	0,70	0,20	0	0	0	0
Sa sút tâm thần	1	100	1,05	0,20	0	0	0	0
Tai nạn do bị hành hung	2	100	2,00	0,40	0	0	0	0

Bệnh	Nam	Tỉ lệ / bệnh	Tỉ lệ / nam	Tỉ lệ chung	Nữ	Tỉ lệ/ bệnh	Tỉ lệ/ nữ	Tỉ lệ chung
Tai nạn do bỏng	2	100	2,06	0,40	0	0	0	0
Tai nạn do ngã	1	100	2,78	0,20	0	0	0	0
Tai nạn do sặc sữa	1	100	1,02	0,20	0	0	0	0
Tai nạn lao động	1	100	4,76	0,20	0	0	0	0
Ung thư bàng quang	1	100	1,67	0,20	0	0	0	0
Ung thư thận	1	100	2,44	0,20	0	0	0	0
Viêm gan	1	100	4,35	0,20	0	0	0	0
Viêm não-màng não	4	100	10	0,81	0	0	0	0
Viêm ruột thừa	1	100	5,00	0,20	0	0	0	0
Xơ gan	4	100	2,31	0,81	0	0	0	0
Xuất huyết dạ dày	1	100	6,67	0,20	0	0	0	0
Xuất huyết não	3	100	1,29	0,60	0	0	0	0

Nam giới:

- Bệnh có số tử vong cao nhất là các bệnh về não, trong đó cao nhất là tai biến mạch máu não chiếm 12,5% tổng số tử vong, chiếm 21,2% số tử vong ở nam giới và chiếm đến 56,88% số tbmmn ở cả 02 giới.

- Các bệnh gây tử vong cao nhất là: ung thư gan-mật (7,26%), tai nạn giao thông (6,65%), bệnh già (3,43%), suy hô hấp (2,42%), nhồi máu cơ tim (2,42%), các bệnh hô hấp khác (1,81%). Tử vong không rõ nguyên nhân chiếm tỉ lệ 2,42%.

Nữ giới:

- Bệnh có tỉ lệ tử vong cao nhất là tai biến mạch máu não (9,48%) tổng số các trường hợp tử vong, chiếm 23,38% tử vong ở nữ giới và chiếm 43,12% tử vong của bệnh tai biến mạch máu não ở cả 2 giới.

- Các bệnh có tỉ lệ tử vong cao là: Tai biến mạch máu não (9,48%), bệnh già (4,64%), nhồi máu cơ tim (2,82%), suy tim (2,82%), suy kiệt (2,22%), ung thư phổi và tai nạn giao thông cùng có tỉ lệ 1,41%. Tuy nhiên, số trường hợp tử vong không rõ nguyên nhân vẫn còn khá cao (3,02%).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ số xã tham gia nghiên cứu là 12/12 (100%).

Số liệu báo cáo đúng theo quy định, ghi chép trong sổ A6/YTCS khá đầy đủ.

4.1. Tỷ lệ tử vong trong cộng đồng huyện Dầu Tiếng theo nhóm tuổi và giới.

Tỉ lệ tử vong chung/100.000 dân cho cả 2 giới tại huyện Dầu Tiếng là 452,39, cao hơn các nghiên cứu tại Bắc Ninh (2005-2008) là 404,61/100.000, nghiên cứu hộ gia đình tại huyện Sóc Sơn (2000-2002) (dao động từ 316/100.000 - 375/100.000), nhưng thấp hơn tỉ lệ tử vong chung của cả

nước trong niên giám thống kê 2005, 2006, 2007 (đều là 530/100.000), 2008 (490/100.000).

Tỉ lệ tử vong/100.000 dân ở nam giới là 269,06; tỉ lệ tử vong/100.000 dân ở nữ giới là 183,33. Tỉ lệ tử vong ở nam giới so với nữ giới là nam/nữ = 1,47. Chênh lệch ở khoảng tuổi từ 10-69 tuổi giữa nam và nữ là 2,55 lần. Kết quả này phù hợp với các kết quả nghiên cứu ở Bắc Ninh, Phú Thọ. Tỉ lệ tử vong ở nam cao hơn nữ có thể giải thích do nam giới thường làm những việc nặng nhọc, độc hại và thường tiếp xúc các yếu tố độc hại như: rượu, thuốc lá, ma túy hơn nữ giới.

4.2. Tỷ lệ tử vong trong cộng đồng huyện dầu tiếng theo bệnh và giới

Ở nam giới:

Các bệnh gây tử vong cao nhất là: tbmmn (12,5%), ung thư gan-mật (7,26%), tai nạn giao thông (6,65%), bệnh già (3,43%), suy hô hấp (2,42%), nhồi máu cơ tim (2,42%), các bệnh hô hấp khác (1,81%). Tử vong không rõ nguyên nhân chiếm tỉ lệ 2,42%.

Ở nữ giới:

Các bệnh có tỉ lệ tử vong cao nhất là: tbmmn (9,48%), bệnh già (4,64%), nhồi máu cơ tim (2,82%), suy tim (2,82%), suy kiệt (2,22%), ung thư phổi và tai nạn giao thông cùng có tỉ lệ 1,41%. Tuy nhiên, số trường hợp tử vong không rõ nguyên nhân vẫn còn khá cao (3,02%).

Kết quả này có sự khác biệt với kết quả trong niên giám thống kê y tế năm 2007, năm nguyên nhân gây tử vong cao nhất xếp theo thứ tự thấp dần là: bệnh hệ tuần hoàn; vết thương, ngộ độc, di chứng của nguyên nhân bên ngoài; nhiễm khuẩn và kst; một số bệnh lý xuất phát trong thời kỳ chu sinh, bệnh hệ hô hấp.

Sự khác biệt này có thể do bình dương là một tỉnh công



nghiệp, dầu tiếng cũng đang trên đường đô thị hóa, kinh tế phát triển, đời sống được nâng cao, chế độ dinh dưỡng, lối sống không có lợi cho sức khỏe... đã làm cho tỉ lệ các bệnh cao hạ, tiểu đường ngày càng cao, dẫn đến tử vong có nguyên nhân là tbmmn chiếm tỉ lệ cao nhất. Đời sống khá giả, người dân có nhiều phương tiện giao thông, mật độ giao thông cao. Tuy nhiên, do ý thức giao thông không theo kịp tốc độ đô thị hóa quá nhanh, đã làm tăng số vụ tai nạn giao thông cũng như số ca tử vong do tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ cao. Mặt khác, đường giao thông của dầu tiếng mặc dù đang được cải tạo, nâng cấp nhưng vẫn không đáp ứng tốt lưu lượng giao thông tại địa phương này.

Hạn chế của đề tài.

- Tử vong không rõ nguyên nhân còn chiếm tỉ lệ khá cao (2,42% ở nam và 3,02% ở nữ). Theo chúng tôi, đây là hạn chế lớn nhất vì làm sai lệch tỉ lệ của các nguyên nhân tử vong do bệnh khác.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tử vong chung/100.000 dân cho cả 2 giới tại huyện dầu tiếng năm 2011 là 452,39/100.000. Tỉ lệ tử vong/100.000 dân ở nam giới là 269,06; tỉ lệ tử vong/100.000 dân ở nữ giới

là 183,33. Tỉ lệ tử vong ở nam giới so với nữ giới là nam/nữ = 1,47 lần.

Ở nam giới: Các bệnh gây tử vong cao nhất là tai biến mạch máu não (12,5%), ung thư gan-mật (7,26%). Tử vong không rõ nguyên nhân chiếm tỉ lệ 2,42%.

Ở nữ giới: Các bệnh có tỉ lệ tử vong cao là: tbmmn (9,48%), bệnh già (4,64%), nhồi máu cơ tim (2,82%), suy tim (2,82%), suy kiệt (2,22%). Tuy nhiên, số trường hợp tử vong không rõ nguyên nhân vẫn còn khá cao (3,02%).

Kiến nghị

1. Trước mắt, để giảm thiểu tỷ lệ tử vong trong cộng đồng Dầu tiếng, cần tăng cường công tác khám chữa bệnh

2. Cần tiếp tục nghiên cứu để có mô hình tử vong cho huyện Dầu Tiếng nói riêng và mở rộng nghiên cứu cho cả tỉnh Bình Dương nói chung bằng nghiên cứu hộ gia đình để đánh giá chính xác tình hình tử vong và bệnh tật của một cộng đồng.

3. Về lâu dài, cần nâng cấp, mở rộng hệ thống đường giao thông, giáo dục ý thức giao thông cho người dân huyện Dầu Tiếng cũng như của tỉnh Bình Dương để hạn chế tỉ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2012), *Niên giám thống kê y tế 2011*.
2. Nguyễn Dung, Bùi Minh Bảo (2006), *Nghiên cứu tình hình và nguyên nhân chết của người dân tại tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2006*, Sở Y tế Thừa Thiên Huế tr.8-9.
3. Trương Việt Dũng (2007), *Nghiên cứu tử vong trong cộng đồng huyện Lâm Thao, Phú Thọ*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.2.
4. Bùi Đình Long, Nguyễn Lâm Thắng, Dương Đình Chính, Nguyễn Việt Dương (2013), "Tìm hiểu tỷ lệ, các nguyên nhân tử vong ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và tử vong mẹ ở Nghệ An năm 2009 - 2010". *Tạp chí Y học Thực hành*, Số 7 (875), tr.47-51.
5. Cao Thi Thu Ha (2012), *Mortality pattern among registered cases in Minh Lap commune, Dong Hy district, Thai Nguyen in the period from 2005-2010*, Graduation thesis, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy.
6. World Health Organization (2007), *The Top Ten Causes of Death*, Fact sheet N° 310 / February 2007.

NHU CẦU KHÁM CHỮA BỆNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN VINH LINH, TỈNH QUẢNG TRỊ

Nguyễn Văn Tập¹, Lê Hoài Nam², Trần Văn Hưởng³, Lê Thị Ngọc¹

TÓM TẮT

Để đưa ra cơ sở cho việc lập kế hoạch đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi, mục tiêu của nghiên cứu “khảo sát nhu cầu khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị”. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 924 người cao tuổi tại huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị. Kết quả, tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh trong 2 tuần vừa qua là 94,8%. Người cao tuổi có đi khám chữa bệnh là 85,6%. Trong đó người cao tuổi đi khám chữa bệnh tại bệnh viện (27,4%), trạm y tế (37,1%) và đi bác sỹ tư (21,1%). Các yếu tố liên quan đến việc khám chữa bệnh của người cao tuổi bao gồm: giới tính, trình độ học vấn, tình hình kinh tế, điều kiện sống, tham gia bảo hiểm y tế, tham gia đoàn hội người cao tuổi và tự chăm sóc bản thân.

Từ khóa: Người cao tuổi, nhu cầu, khám chữa bệnh, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

HEALTH CARE NEEDS AND SOME RELATED FACTORS OF THE ELDERLY IN VINH LINH DISTRICT, QUANG TRI PROVINCE

With the target of finding out feasible methods to improve the effectiveness of taking care of the old's health, the research is aimed at surveying the need of healthcare and some related factors of the elderly in Vinh Linh District, Quang Tri Province. A cross-sectional study was carried out on 924 elderlies in 3 communes, Vinh Linh District, Quang Tri Province. The result showed that the rate of old people going down with the disease in two last weeks was 94.8%. The rate of elderlies taking examination and treatment was 85.6%. Among those, the rate of the old who took healthcare at the hospital was 27.4%, at the medical centre was 37.1%, and at the private doctor's clinics was 21.1%. Some factors

that were related to the need of healthcare of the old include gender, education level, economical status, life conditions, taking medical insurance, taking part in the old's societies, and self-taking care of them.

Keywords: The elderly, the needs, examination and treatment, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số là một trong những xu hướng quan trọng của thế kỷ 21 [4]. Hiện nay trên thế giới cứ 9 người thì có 1 người từ 60 tuổi trở lên và con số này dự tính đến năm 2050 sẽ tăng lên là cứ 5 người thì có 1 người từ 60 tuổi trở lên [4]. Tại Việt Nam, theo kết quả điều tra của Tổng cục Thống kê, tỷ lệ người cao tuổi năm 2010 là 9,3%, năm 2011 là 9,8% và dự báo tỷ lệ này là 20,7% vào năm 2040 đến 24,8% vào năm 2049 [6]. Người cao tuổi đóng góp cho xã hội và gia đình bằng nhiều cách tuy nhiên, mức độ đóng góp của người cao tuổi phụ thuộc nhiều vào sức khỏe [7]. Vấn đề sức khỏe có thể được quản lý hiệu quả nếu họ được phát hiện sớm hay ngay cả khi họ có triệu chứng bệnh, môi trường y tế có thể giúp họ đến được nơi cần đến và làm những gì cần làm. Hiện nay, vẫn tồn tại những hành vi sức khỏe không tốt ở người cao tuổi như tự điều trị, tự mua thuốc uống hay không điều trị [1], [5]. Hệ thống y tế cần được tổ chức tốt xung quanh nhu cầu và sở thích của người cao tuổi. Muốn tổ chức tốt cần có thông tin về nhu cầu khám chữa bệnh và lí do dẫn đến nhu cầu đó là cần thiết để nhà quản lý đưa ra chính sách hợp lí với người cao tuổi. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi tại huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2010 đến tháng 5/2011.

Dân số nghiên cứu: Người từ 60 tuổi trở lên hoặc người

1. Đại học Y Dược Tp. HCM. Tác giả: Nguyễn Văn Tập - ĐT 0914064340; Email: ngvtap6@gmail.com
2. Trung tâm y tế Vĩnh Linh, Quảng Trị,
3. Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội.

» Ngày nhận bài: 01/02/2017 | » Ngày phản biện: 10/02/2017 | » Ngày duyệt đăng: 15/02/2017

từ 18 tuổi trở lên hàng ngày chăm sóc cho người cao tuổi (nếu người cao tuổi lú lẫn, khiếm thị, khiếm thính, không trả lời được) có hộ khẩu thường trú ở 3 xã đại diện: Thị trấn Bến Quan, xã Vĩnh Tú và xã Vĩnh Thạch, huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị.

Cỡ mẫu: Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ.

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

Trong đó: $Z^2_{1-\alpha/2}$. độ tin cậy, với độ tin cậy 95%; $Z^2_{1-\alpha/2} = (1,96)^2 = 3,84$

$p = 0,5$. p là tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh. d : là sai số lựa chọn = 0,05.

Tính được cỡ mẫu $n = 384$. Thực tế điều tra 924 người cao tuổi tại 3 xã.

Chọn mẫu: Bốc thăm ngẫu nhiên chọn xã; tính số người

cao tuổi trong xã theo danh sách, điều tra người cao tuổi trong xã, thị trấn cụ thể: Thị trấn Bến Quan là 412 người, xã Vĩnh Tú là 147 người và xã Vĩnh Thạch là 365 người.

Xử lý số liệu: Sử dụng các test thống kê, phân tích bằng phần mềm Epidata, Stata 10.

Đạo đức nghiên cứu: Đảm bảo quyền lợi của đối tượng tham gia nghiên cứu và bảo mật thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ

Khảo sát 924 người cao tuổi, tỷ lệ nữ (53,6%) nhiều hơn so với nam (46,4%). Về nhóm tuổi, người cao tuổi thuộc nhóm 60 – 69 tuổi (35,9%), nhóm 70 – 79 tuổi (37,4%), nhóm 80 -89 tuổi (24,1%), từ 90 tuổi trở lên (2,6%). Về trình độ học vấn, người cao tuổi thuộc nhóm mù chữ (18,5%), biết đọc, biết viết và tiểu học tiểu học (24,1%), trung học cơ sở trở lên (57,4%).

3.1 Nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi

Bảng 1. Tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi trong 2 tuần qua

Nội dung		Nam (n=429)		Nữ (n=495)		Chung (n=924)	
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Mắc bệnh 2 tuần qua	Có mắc bệnh	415	96,7	461	93,1	876	94,8
	Không có mắc bệnh	14	3,3	34	6,9	48	5,2
Khám sức khỏe định kỳ	Có khám sức khỏe	128	29,8	178	36,0	306	33,0
	Không khám sức khỏe	301	70,2	317	64,0	618	67,0
Luyện tập để nâng cao sức khỏe	Tập thể dục, dưỡng sinh	110	25,6	86	17,4	195	21,1
	Đi bộ vào buổi sáng	92	21,4	127	25,7	219	23,7
	Tham gia các câu lạc bộ	41	9,6	72	14,5	113	12,2
	Không luyện tập	186	43,4	210	42,4	397	43,0

Tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh trong 2 tuần vừa qua là 94,8%. Tỷ lệ người cao tuổi có khám sức khỏe định kỳ là 27,6% và không tham gia các hoạt động nâng cao sức khỏe là 43,0%.

Bảng 2. Các cơ sở khám chữa bệnh của người cao tuổi

Nội dung		Nam (n=429)		Nữ (n=495)		Chung (n=924)	
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Khám chữa bệnh	Có đi khám chữa bệnh	342	82,4	408	88,5	750	85,6
	Không đi khám chữa bệnh	73	17,6	53	11,5	126	14,4
Lựa chọn nơi khám chữa bệnh	Bệnh viện	102	24,6	138	29,9	240	27,4
	Trạm y tế	149	35,9	176	38,2	325	37,1
	Bác sỹ tư	91	21,9	94	20,4	185	21,1
	Tự điều trị	53	12,8	28	6,1	81	9,3
	Không chữa trị	20	4,8	25	5,4	45	5,1

Người cao tuổi có đi khám chữa bệnh là 85,6%, trong đó người cao tuổi đi khám chữa bệnh tại bệnh viện (27,4%), trạm y tế (37,1%), đi bác sỹ tư (21,1%).

3.2 Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi

Nội dung		Có khám chữa bệnh (n=750)		Không khám chữa bệnh (n=126)		p
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nam	342	82,4	73	17,6	<0,05
	Nữ	408	88,5	53	11,5	
Trình độ học vấn	Mù chữ	110	64,3	61	35,7	<0,05
	Biết đọc, viết, tiểu học	192	86,1	31	13,9	
	THCS trở lên	448	93,0	34	7,0	
Kinh tế	Nghèo	72	48,0	78	52,0	<0,05
	Đủ, khá	678	93,4	48	6,6	
Điều kiện sống	Đầy đủ, tạm đủ	623	93,4	44	6,6	<0,05
	Chật chội, thiếu thốn	127	60,7	82	39,3	
Bảo hiểm y tế	Có thẻ bảo hiểm y tế	435	87,9	60	12,1	<0,05
	Không có thẻ bảo hiểm y tế	315	82,7	66	17,3	
Tham gia hội người cao tuổi	Có tham gia	643	87,9	89	12,1	<0,05
	Không tham gia	106	73,8	38	26,2	
Tự chăm sóc bản thân	Còn lao động	192	81,4	44	18,6	<0,05
	Tự chăm sóc bản thân được	476	91,5	44	8,5	
	Cần người giúp đỡ	82	68,3	38	31,7	

Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi ($p < 0,05$): Người cao tuổi thuộc các nhóm nữ, có trình độ học vấn cao, có kinh tế đủ, khá, có điều kiện sống đầy đủ, tạm đủ, có thẻ bảo hiểm y tế, có tham gia vào các đoàn thể tại địa phương như hội người cao tuổi, tự chăm sóc bản thân được thì có khả năng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh cao hơn so với các nhóm khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi

Nhu cầu khám chữa bệnh: Tỷ lệ người cao tuổi không đi khám chữa bệnh khi mắc bệnh là 14,4%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Thành điều tra tại Củ Chi năm 2011, tỷ lệ người cao tuổi không khám chữa bệnh là 44,1% [5] và nghiên cứu của Trần Văn Hương tại Bình Dương năm 2012, người cao tuổi chọn cách tự điều trị khi mắc bệnh là 31,9% [3].

Nhu cầu lựa chọn nơi khám chữa bệnh: Trạm y tế là cơ sở khám chữa bệnh được lựa chọn của người cao tuổi. Cơ sở khám chữa bệnh tư nhân cũng là nơi được người cao tuổi lựa chọn để khám chữa bệnh (21,1%). Việc lựa chọn nơi khám chữa bệnh này tương tự với nghiên cứu tại Bình Dương [3] nhưng ngược lại so với nghiên cứu tại Củ Chi [5]. Có sự khác biệt này có thể do điều kiện đi lại, kinh tế và khoảng cách xa gần giữa nhà với bệnh viện và trạm y tế. Vì vậy, trạm

y tế xã cần đóng vai trò chủ động trong lập kế hoạch tổ chức khám sức khỏe định kỳ, phát hiện các vấn đề sức khỏe của người cao tuổi trong cộng đồng. Xây dựng kế hoạch phối hợp với hội người cao tuổi trong tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho người cao tuổi. Cần chủ động xây dựng kế hoạch chăm sóc tại nhà cho những người cao tuổi không có khả năng tiếp cận cơ sở y tế.

Nhu cầu khám sức khỏe định kỳ: Có tới 67,0% người cao tuổi không đi khám sức khỏe định kỳ, cao gấp 2 lần người đi khám sức khỏe định kỳ, chủ yếu là nữ. Tương đương với khảo sát tại Củ Chi [5]. Lý do không khám sức khỏe định kỳ người cao tuổi đưa ra là thấy không cần thiết phải đi khám, không thuận tiện và mất thời gian, không tự đi khám được, sợ tốn tiền,...

Như vậy, để nâng cao sức khỏe người cao tuổi phải đảm bảo 100% người cao tuổi mắc bệnh được khám chữa bệnh và phục hồi chức năng tốt, công tác y tế là mấu chốt, cần cải cách các thủ tục hành chính cho phù hợp và khắc phục các yếu tố khó khăn để người dân dễ dàng tiếp cận được các cơ sở khám chữa bệnh. Truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân thấy được mặt tích cực của công tác khám chữa bệnh, khám sức khỏe định kỳ, không để trường hợp tự mua thuốc uống hoặc không chữa gì, hạn chế tai biến và biến chứng của bệnh tật, đảm bảo sức khỏe cho nhân dân.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi



Giới tính có liên quan đến việc khám chữa bệnh: Cụ ông không khám chữa bệnh khi mắc bệnh cao hơn so với cụ bà ($p < 0,05$). Nghiên cứu tại Củ Chi không tìm thấy mối liên quan giữa giới tính và nhu cầu khám chữa bệnh [5]. Có thể do đặc trưng mỗi vùng miền khác nhau, nam giới thường chủ quan hơn nữ giới.

Trình độ học vấn liên quan đến việc khám chữa bệnh: Người cao tuổi mù chữ và người cao tuổi biết đọc, biết viết, tiểu học có khả năng không đi khám chữa bệnh cao hơn so với người cao tuổi học trung học cơ sở trở lên ($p < 0,05$), tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Thành tại Củ Chi [5]. Học vấn càng cao thì nhận thức và quan tâm đến sức khỏe càng có xu hướng tốt [2] dẫn đến nhu cầu khám chữa bệnh cao hơn.

Điều kiện sống và kinh tế gia đình có liên quan đến việc khám chữa bệnh: Người cao tuổi có điều kiện sống chật chội, thiếu thốn có khả năng không đi khám chữa bệnh cao hơn so với người cao tuổi sống đầy đủ, tạm đủ ($p < 0,05$), tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Thành tại Củ Chi [5]. Người cao tuổi nghèo có khả năng không đi khám chữa bệnh cao hơn so với người cao tuổi có kinh tế khá, đủ ($p < 0,05$). Tương tự, kết quả nghiên cứu của Trần Văn Hương tại Bình Dương năm 2012, khi có nhu cầu khám chữa bệnh tỷ lệ người cao tuổi thuộc nhóm nghèo chọn hình thức tự điều trị cao hơn so với nhóm giàu (44,7% so với 5,4%), $p < 0,05$ [3]. Xu hướng này hoàn toàn phù hợp với sự phát triển của đất nước ta hiện nay, đời sống của người dân ngày càng được cải thiện, vấn đề chăm sóc sức khỏe của người dân cũng ngày càng được quan tâm hơn. Chúng ta thấy với nền kinh tế hiện nay, đa số các gia đình đều có thông tin nghe nhìn như, tivi, đài,... Nên thông tin được chuyển tải đến người dân là rất cao. Do đó vấn đề giáo dục sức khỏe toàn dân, truyền thông

về sức khỏe cần được đẩy mạnh, nâng cao kiến thức chăm sóc sức khỏe, thông tin về sức khỏe để người dân biết, có kế hoạch khám chữa bệnh và đề phòng bệnh tật được tốt hơn.

Tham gia hội người cao tuổi có liên quan đến việc khám chữa bệnh: Người cao tuổi không tham gia hội nào có khả năng không đi khám chữa bệnh cao hơn so với người cao tuổi có tham gia hội người cao tuổi ($p < 0,05$), tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Thành tại Củ Chi [5]. Tham gia hội người cao tuổi là hoạt động bổ ích dành cho người cao tuổi, nơi mà họ có thể trao đổi những điều trong cuộc sống. Vì vậy, cần quan tâm và phát triển mạnh mẽ các đoàn hội hơn nữa để người cao tuổi có thể tham gia nâng cao đời sống tinh thần giúp người cao tuổi sống vui, sống khỏe.

Tự chăm sóc bản thân có liên quan đến việc khám chữa bệnh: Người cao tuổi không tự phục vụ vệ sinh cá nhân ăn uống có tỷ lệ không đi khám chữa bệnh cao hơn so với người cao tuổi tự phục vụ vệ sinh cá nhân, ăn uống được ($p < 0,05$), tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Thành tại Củ Chi [5]. Có thể do người cao tuổi đã không phục vụ vệ sinh cá nhân và ăn uống được thì khả năng di chuyển đi khám chữa bệnh là khó khăn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh trong 2 tuần vừa qua là 94,8%. Người cao tuổi có đi khám chữa bệnh là 85,6%, trong đó người cao tuổi đi khám chữa bệnh tại bệnh viện (27,4%), trạm y tế (37,1%), đi bác sỹ tư (21,1%). Các yếu tố liên quan đến việc khám chữa bệnh của người cao tuổi bao gồm: giới tính, trình độ học vấn, tình hình kinh tế, điều kiện sống, tham gia bảo hiểm y tế, tham gia đoàn hội người cao tuổi và tự chăm sóc bản thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Xuân Đức, Trương Như Sơn, Hoàng Trọng Quý và cộng sự (2014), "Nghiên cứu mô hình bệnh tật và nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi đến điều trị tại Bệnh viện huyện Phú Vang năm 2013". Tạp chí Y học Thực hành, (911), tr.70-73.
2. Nguyễn Khoa Hội (2012), "Nghiên cứu nhận thức, hành vi và nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa". Luận án Chuyên khoa II, Đại học Y dược Huế.
3. Trần Văn Hương (2012), Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh và hiệu quả mô hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi tại tuyến y tế cơ sở của tỉnh Bình Dương, LA Tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
4. Quỹ dân số Liên Hợp quốc (2012), Già hóa trong Thế kỷ 21: Thành tựu và Thách thức, tr.3.
5. Nguyễn Minh Thành (2011), "Nghiên cứu tình hình bệnh tật, nhu cầu khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại huyện Củ Chi, thành phố Hồ Chí Minh". Luận án Chuyên khoa II, Đại học Y dược Huế.
6. Ủy ban Quốc gia về người cao tuổi Việt Nam (2013), Đánh giá thực hiện Luật Người cao tuổi ở Việt Nam 2002 - 2012, Hà Nội.
7. World Health Organization (2015), World report on ageing and health, pp.34-75.

MÔ HÌNH BỆNH TẬT NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN VĨNH LINH, TỈNH QUẢNG TRỊ

Lê Hoài Nam¹, Trần Văn Hương², Nguyễn Văn Tập³

TÓM TẮT

Việc đánh giá tình hình bệnh tật ở người cao tuổi sẽ là cơ sở khoa học để áp dụng các biện pháp can thiệp cải thiện tình trạng sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người cao tuổi, giảm gánh nặng cho hệ thống Y tế. Mục tiêu của nghiên cứu “xác định cơ cấu bệnh tật của người cao tuổi tại huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị”. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 924 người cao tuổi tại huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị. Kết quả, 100% người cao tuổi mắc các triệu chứng bệnh trong 2 tuần qua. Trung bình 1 người cao tuổi mắc 2,7 triệu chứng bệnh và 3,9 bệnh. Năm chương bệnh có tỷ lệ mắc cao ở người cao tuổi là tuần hoàn (17,6%), hô hấp (14,9%), hệ cơ xương và mô liên kết (13,7%), tiêu hóa (12,5%) và nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa (7,0%). Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao ở người cao tuổi là tăng huyết áp (45,3%), viêm phế quản (14,5%), viêm khớp (11,7%), nhồi máu não (7,0%), thoái hóa cột sống (6,3%), loét dạ dày tá tràng (6,0%), đái tháo đường (5,9%), đục thủy tinh thể (4,7%), lao phổi (4,3%) và suy tim (4,1%).

Từ khóa: Mô hình bệnh tật, người cao tuổi, huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị.

ABSTRACT. THE DISEASE PATTERNS OF THE ELDERLY IN VINH LINH DISTRICT, QUANG TRI PROVINCE

The evaluation of the elderly's disease status will be the scientific basis to apply methods of intervention to improve the health status and life quality of the old, reducing the burden on health systems. The research is aimed at determining the disease structure of the elderly in Vinh Linh District, Quang Tri Province. A cross-sectional study was carried out on 924 elderlies in 3 communes, Vinh Linh District, Quang Tri Province. The result showed that the old person went down with 2.7 disease's symptoms and 3.9 diseases simultaneously in average during the previous two weeks. The 5 most common

disease chapters of elderlies were diseases of the circulatory system (17.6%), diseases of the respiratory system (14.9%), diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (13.7%), diseases of the digestive system (12.5%) and diseases of the endocrine, nutritional and metabolic (7.0%). Among the 10 leading diseases, the highest morbidity rate of the old was hypertension (45.3%), the next ones was bronchitis (14.5%), arthritis (11.7%), cerebral infarction (7.0%), spinal degeneration (6.3%), peptic ulcers (6.0%), diabetes (5.9%), cataract (4.7%), tuberculosis (4.3%) and 10th disease of heart failure (4.1%) respectively.

Keywords: Disease patterns, elderly, Vinh Linh District, Quang Tri Province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự già hóa dân số là quá trình tự nhiên và tất yếu trên toàn thế giới, tốc độ và mức độ khác nhau giữa các quốc gia [9]. Theo ước tính của Quỹ Dân số Liên Hợp quốc, số người từ 60 tuổi trở lên năm 2050 sẽ tăng gấp đôi so với năm 2015, tăng từ 901 triệu người vào năm 2015 lên 2,1 tỷ người năm 2050 và 3,2 tỷ người vào năm 2100 [9]. Rất ít nghiên cứu chỉ ra người cao tuổi có sức khỏe tốt hơn so với trước đây [10]. Điều này có nghĩa là nhu cầu chăm sóc sức khỏe và xã hội tăng lên đáng kể trên nhóm tuổi cao hơn. Tốc độ già hóa dân số tại Việt Nam đã và đang đặt ra những thách thức mới cho hệ thống Y tế. Để có cái nhìn tổng quan về nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở người cao tuổi, việc xác định mô hình bệnh tật sẽ là cơ sở khoa học cho công tác lập kế hoạch nâng cao chất lượng cuộc sống và giúp người cao tuổi sống có ích. Đề tài nghiên cứu với mục tiêu: “xác định tình hình bệnh tật của người cao tuổi tại huyện Vĩnh Linh, Quảng Trị năm 2010 – 2011”.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2010 đến tháng

1. Trung tâm y tế Vĩnh Linh, Quảng Trị, ĐT 0913425348; bslehoainam@gmail.com
2. Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội.
3. Đại học Y Dược Tp. HCM.

5/2011.

Dân số nghiên cứu: Người từ 60 tuổi trở lên hoặc người từ 18 tuổi trở lên hàng ngày chăm sóc cho người cao tuổi (nếu người cao tuổi lú lẫn, khiếm thị, khiếm thính, không trả lời được) có hộ khẩu thường trú tỉnh Quảng Trị.

Cỡ mẫu: Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ

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

Trong đó: $Z^2_{(1-\alpha/2)}$: độ tin cậy, với độ tin cậy 95%; $Z^2_{(1-\alpha/2)} = (1,96)^2 = 3,84$

$p = 0,5$. p là tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh. d : là sai số lựa chọn = 0,05.

Tính được cỡ mẫu $n = 384$. Thực tế điều tra 924 người cao tuổi tại 3 xã.

Chọn mẫu: Bốc thăm ngẫu nhiên chọn xã rồi tính số

người cao tuổi trong xã theo danh sách, điều tra người cao tuổi trong xã, thị trấn cụ thể: Thị trấn Bến Quan là 412 người, xã Vĩnh Tú là 147 người và xã Vĩnh Thạch là 365 người.

Xử lý số liệu: Sử dụng các test thống kê, phân tích bằng phần mềm Epidata, Stata 10.

Đạo đức nghiên cứu: Đảm bảo quyền lợi và bảo mật thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ

Khảo sát 924 người cao tuổi, tỷ lệ nữ (53,6%) nhiều hơn so với nam (46,4%). Về nhóm tuổi, người cao tuổi thuộc nhóm 60 – 69 tuổi (35,9%), nhóm 70 – 79 tuổi (37,4%), nhóm 80 -89 tuổi (24,1%), từ 90 tuổi trở lên (2,6%). Về trình độ học vấn, người cao tuổi thuộc nhóm mù chữ (18,5%), biết đọc, biết viết và tiểu học tiểu học (24,1%), trung học cơ sở trở lên (57,4%).

3.1. Tình hình bệnh tật của người cao tuổi trong 2 tuần qua

Bảng 1. Tình hình người cao tuổi mắc các triệu chứng bệnh trong 2 tuần qua

Mắc các triệu chứng bệnh trong 2 tuần qua		Nam (n=429)		Nữ (n=495)		Chung (n=924)	
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Mắc các triệu chứng bệnh	Có	429	100,0	495	100,0	924	100,0
	Không	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Triệu chứng bệnh	Nhức xương khớp	237	55,3	189	38,1	426	46,1
	Nhức đầu	157	36,6	219	44,2	376	40,7
	Ho, khạc đàm	129	30,1	155	31,3	284	30,7
	Táo bón	126	29,3	158	32,0	284	30,7
	Nhìn mờ	87	20,3	125	25,2	212	22,9
	Chân tay yếu	129	30,1	71	14,3	200	21,6
	Khó thở	98	22,8	77	15,7	175	19,0
	Nghe kém	91	21,1	81	16,3	172	18,6
	Tiểu khó	84	19,5	51	10,2	135	14,6
	Đau bụng	45	10,6	77	15,7	122	13,2
	Lú lẫn	49	11,4	51	10,2	100	10,8
	Tiểu buốt	7	1,6	7	1,4	14	1,5
Tổng số triệu chứng bệnh		1.239		1.261		2.500	
Số triệu chứng trung bình/người		2,9		2,5		2,7	

Trung bình 1 người cao tuổi mắc 2,7 triệu chứng bệnh. Trong đó, trung bình 1 cụ ông mắc 2,9 triệu chứng bệnh và 1 cụ bà mắc 2,5 triệu chứng bệnh. Các triệu chứng bệnh thường gặp ở người

cao tuổi là nhức xương khớp (46,1%), nhức đầu (40,7%), ho, khạc đàm (30,7%), táo bón (30,7%), nhìn mờ (22,9%) và chân tay yếu (21,6%).

Bảng 2. Tình hình mắc bệnh của người cao tuổi trong 2 tuần qua

Mắc các bệnh trong 2 tuần qua	Nam (n=429)		Nữ (n=495)		Chung (n=924)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cholesterol máu	307	71,5	219	44,2	526	56,9
Bệnh về Mắt	335	78,0	428	86,4	762	82,5
Bệnh về Tai mũi họng	87	20,3	125	25,2	212	22,9
Bệnh về Tiết niệu	185	43,1	246	49,7	431	46,6
Bệnh về Răng hàm mặt	335	78,0	387	78,2	722	78,2
Đường máu	28	6,5	71	14,3	99	10,7
Bệnh về Tuần hoàn	91	21,1	81	16,3	171	18,6
Cơ xương khớp	126	29,3	256	51,7	381	41,3
Bệnh về Hô hấp	45	10,6	77	15,7	123	13,3
Bệnh da liễu	31	7,3	27	5,4	58	6,3
Bệnh về tiêu hoá	42	9,8	71	14,3	113	12,2
Tổng số bệnh	1.612		1.988		3.598	
Số bệnh trung bình/người	3,8		4,0		3,9	

Trung bình 1 người cao tuổi mắc 3,9 bệnh. Trong đó, trung bình 1 cụ ông mắc 3,8 bệnh và 1 cụ bà mắc 4,0 bệnh. Các bệnh phổ biến ở người cao tuổi trong 2 tuần qua là bệnh về mắt (82,5%), bệnh về răng hàm mặt (78,2%) và cholesterol

máu (56,9%).

3.2 Mô hình bệnh tật của người cao tuổi xếp theo các chương bệnh (ICD – 10)

Bảng 3. Mô hình bệnh tật của người cao tuổi xếp theo các chương bệnh

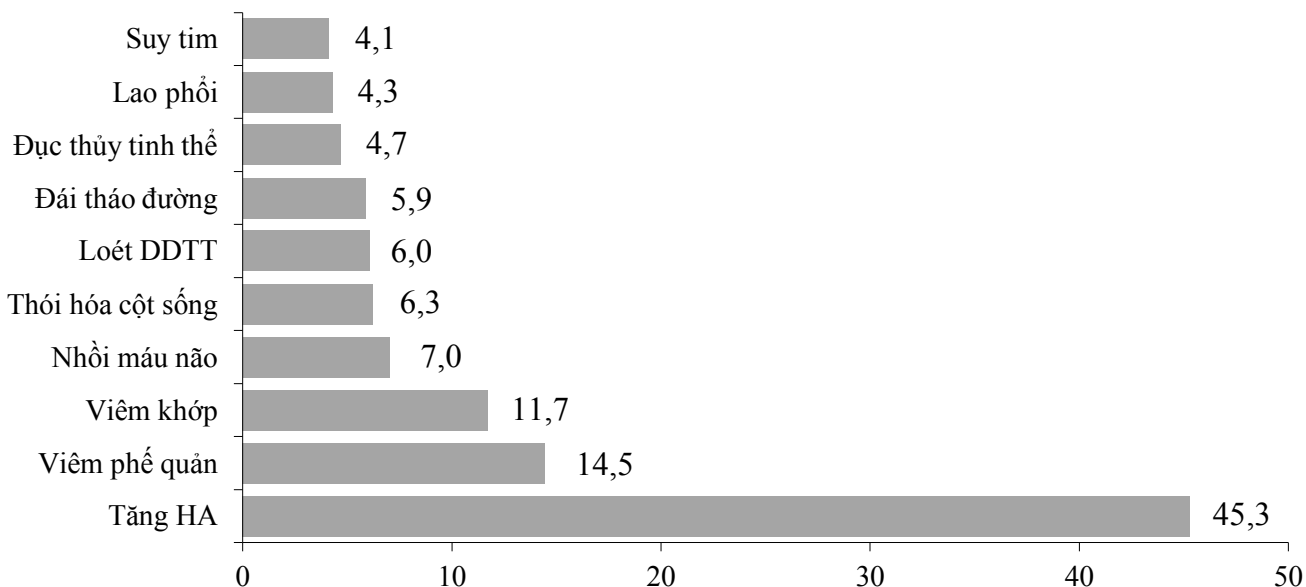
Nhóm	Tên nhóm bệnh	Nam (n=429)		Nữ (n=495)		Chung (n=924)	
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
I	Nhóm nhiễm khuẩn và ký sinh trùng	10	1,2	37	4,2	48	5,4
IV	Nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	17	2,0	44	5,0	61	7,0
VI	Hệ thần kinh	24	2,8	34	3,8	58	6,6
VII	Mắt và phần liên quan	14	1,6	40	4,6	54	6,2
VIII	Tai và xương chũm	17	2,0	37	4,2	54	6,2
IX	Hệ tuần hoàn	84	9,6	71	8,1	154	17,6
X	Hệ hô hấp	70	8,0	61	6,9	130	14,9
XI	Hệ tiêu hóa	59	6,8	51	5,8	110	12,5
XII	Da và mô dưới da	28	3,2	20	2,3	48	5,5
XIII	Hệ cơ xương và mô liên kết	66	7,6	54	6,2	120	13,7
XIV	Hệ tiết niệu và sinh dục	24	2,8	13	1,5	38	4,3



Năm chương bệnh có tỷ lệ mắc cao ở người cao tuổi là tuần hoàn (17,6%), hô hấp (14,9%), hệ cơ xương và mô liên kết (13,7%), tiêu hóa (12,5%) và nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa (7,0%).

Trong 10 bệnh thường gặp ở người cao tuổi, bệnh tăng huyết áp có tỷ lệ mắc cao (45,3%), viêm phế quản là bệnh phổ biến thứ 2 (14,5%), bệnh viêm khớp là bệnh phổ biến thứ 3 (11,7%),

Biểu đồ. Tình hình 10 bệnh mắc cao ở người cao tuổi trong 21 chương bệnh theo ICD-10



IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình hình bệnh tật của người cao tuổi trong 2 tuần qua

Qua khảo sát 924 người cao tuổi cho thấy 100% người cao tuổi có triệu chứng cơ năng trong 2 tuần qua, cao hơn so với nghiên cứu tại huyện Củ Chi [6]. Nghiên cứu của chúng tôi thông qua hỏi trực tiếp bệnh nhân về các triệu chứng trong 2 tuần qua, một người cao tuổi có 2,7 triệu chứng. Tỷ lệ này thấp hơn 2 triệu chứng so với khảo sát tại huyện Củ Chi của Nguyễn Minh Thành (2,7 so với 4,7). Trung bình người cao tuổi nam có nhiều triệu chứng hơn người cao tuổi nữ (2,9 so với 2,5). Triệu chứng đau nhức xương khớp và nhức đầu có tỷ lệ cao, tương đương với nghiên cứu tại Củ Chi nhưng tỷ lệ mắc các triệu chứng còn lại: ho khạc đờm, táo bón, nhìn mờ, chân tay yếu, khó thở, nghe kém, tiểu khó, đau bụng, lú lẫn, tiểu buốt đều cao hơn [6].

Theo các nghiên cứu, đa số người cao tuổi mắc nhiều bệnh cùng một lúc. Thông qua việc hỏi tiền sử bệnh trong 2 tuần qua, bình quân 1 người cao tuổi có 3,9 bệnh, cao hơn khảo sát tại huyện Củ Chi (3,6 bệnh) [6] và điều tra tại 3 xã đại diện cho 3 miền Bắc, Trung, Nam (2,69 bệnh) [5]. Trong đó, nhóm bệnh người cao tuổi mắc cao trong 2 tuần qua là bệnh về mắt (82,5%), thứ hai là bệnh về răng hàm mặt 78,2%. Một vấn đề nổi bật là tỷ lệ người cao

tuổi có tăng Cholesterol máu là 56,9%, thấp hơn 20,4% so với cuộc khảo sát 350 người cao tuổi đến khám tại phòng khám Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Phú Yên [7]. Có sự khác biệt này do nghiên cứu tại Phú Yên nghiên cứu trên đối tượng cao huyết áp và tại bệnh viện không đại diện cho cộng đồng. Tuy nhiên, tỷ lệ này không nhỏ trong khi tăng Cholesterol máu là yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch. Thậm chí Cholesterol cao còn có nguy cơ gây ra bệnh về sỏi túi mật, đái tháo đường làm giảm chất lượng sống của người cao tuổi.

4.2. Mô hình bệnh tật của người cao tuổi xếp theo các chương bệnh (ICD – 10)

Dựa trên phân loại ICD-10, nhóm bệnh người cao tuổi mắc cao là nhóm IX (bệnh hệ tuần hoàn) 9,56%, thứ hai là nhóm X (bệnh hô hấp) 7,96%, tương đương với nghiên cứu tại viện lão khoa quốc gia [8] khảo sát tại Khánh Vĩnh [2], nghiên cứu của Lê Xuân Đức và cộng sự tại bệnh viện huyện Phú Vang năm 2013 [1] và khảo sát của Phạm Thắng tại 3 xã đại diện cho 3 miền Bắc, Trung, Nam [5].

So sánh 5 nhóm bệnh quan trọng ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống và cần điều trị: nhóm bệnh hệ tuần hoàn ngày càng gia tăng ở người cao tuổi và trở thành mối quan tâm hàng đầu. Cùng với sự cải thiện nền kinh tế và lối sống tĩnh tại, sự ra đời của nhiều thức ăn nhanh, các bệnh có mức sống cao như tim mạch, huyết áp và các bệnh

về đường hô hấp tăng lên đáng kể. Trong nhóm bệnh tuần hoàn, người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp cao nhất nên tư vấn để phát hiện và điều trị kịp thời, một số biết mình tăng huyết áp nhưng không được điều trị thường xuyên, một số không biết mình tăng huyết áp nên cần có sự kiểm

tra huyết áp cho toàn dân, trạm y tế quản lý và điều trị tốt cho họ. Trong nhóm bệnh hô hấp người cao tuổi hay mắc đó là viêm phế quản nên tuyên truyền bỏ thói quen hút thuốc lá, cần giữ ấm khi thời tiết lạnh.

Bảng 4. So sánh 5 nhóm bệnh của người cao tuổi

Nhóm bệnh	Viện Lão khoa Quốc gia, năm 2008 [5]	Chúng tôi 2010	Huyện Củ Chi, thành phố Hồ Chí Minh năm 2011 [6]	Huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa, năm 2012 [2]	Huyện Phú Vang, Thừa Thiên Huế năm 2013[1]
Hệ tuần hoàn	16,1	17,6	49,0	28,5	16,9
Hệ hô hấp	12,6	8,0	17,8		8,8
Xương khớp	27,5	7,6	57,5	20,6	17,2
Hệ tiêu hóa	15,4	6,8	17,9	14,5	16,4
Rối loạn chuyển hóa	12,1	2,0	12,8		14,3

Trong 10 bệnh mắc cao ở người cao tuổi, bệnh tăng huyết áp có tỷ lệ cao (45,3%), tiếp theo là viêm phế quản (14,5%), gần tương đương với nghiên cứu tại huyện Củ Chi (41,6% và 17,9%) [6]. Tỷ lệ tăng huyết áp cao hơn 10,3 % so với điều tra tình hình tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện Hương Thủy, Thừa Thiên Huế [3] và gấp 5,9 lần so với viện lão khoa quốc gia. Có sự khác biệt này có thể do nghiên cứu tại viện lão khoa diễn ra trước 3 năm với tỷ lệ bệnh tăng huyết áp ngày càng gia tăng qua các năm và nghiên cứu tại viện còn nghiên cứu của chúng tôi diễn ra ở cộng đồng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp, viêm phế quản và viêm khớp là 3 bệnh có tỷ lệ mắc cao ở người cao tuổi. Tương tự kết quả nghiên cứu của Hà Thị Ninh và cộng sự năm 2010, tỷ lệ mắc các bệnh về cơ, xương, khớp và hô hấp của người cao tuổi ở vùng nông thôn cao hơn so với vùng thành thị [4]. Điều kiện vệ sinh dành cho người cao tuổi sống ở vùng nông thôn kém hơn ở vùng thành thị, thêm vào đó những đối tượng sống ở vùng nông thôn chủ yếu làm các công việc nặng

nên ảnh hưởng nhiều đến tình trạng cơ, xương, khớp.

V. KẾT LUẬN

Trung bình 1 người cao tuổi mắc 2,7 triệu chứng bệnh và 3,9 bệnh. Trong đó, trung bình 1 cụ ông mắc 2,9 triệu chứng bệnh và 3,8 bệnh; trung bình 1 cụ bà mắc 2,5 triệu chứng bệnh và 4,0 bệnh. Các triệu chứng bệnh thường gặp ở người cao tuổi là nhức xương khớp (46,1%), nhức đầu (40,7%), ho, khạc đờm (30,7%), táo bón (30,7%), nhìn mờ (22,9%) và chân tay yếu (21,6%). Năm chứng bệnh có tỷ lệ mắc cao ở người cao tuổi là tuần hoàn (17,6%), hô hấp (14,9%), hệ cơ xương và mô liên kết (13,7%), tiêu hóa (12,5%) và nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa (7,0%). Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao ở người cao tuổi là tăng huyết áp (45,3%), viêm phế quản (14,5%), viêm khớp (11,7%), nhồi máu não (7,0%), thoái hóa cột sống (6,3%), loét dạ dày tá tràng (6,0%), đái tháo đường (5,9%), đục thủy tinh thể (4,7%), lao phổi (4,3%) và suy tim (4,1%).



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Xuân Đức, Trương Như Sơn, Hoàng Trọng Quý, Phạm Hữu Tài, Trần Đại Ái, (2014), "Nghiên cứu mô hình bệnh tật và nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi đến điều trị tại Bệnh viện huyện Phú Vang năm 2013". Tạp chí Y học Thực Hành, (911), tr.70-73.
2. Nguyễn Khoa Hội, Nguyễn Văn Tập (2012), "Nghiên cứu nhận thức, hành vi và nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa". Luận án Chuyên khoa II, Đại học Y Dược Huế.
3. Đỗ Thị Nguyên, Lê Anh Tuấn (2013), "Nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân trên và dưới 60 tuổi tại phòng khám và quản lý sức khỏe cán bộ tỉnh Bình Phước". Tạp chí Y học Thực hành, 5 (869), tr.180-184.
4. Hà Thị Ninh, Phùng Đức Nhật và cộng sự (2010), "Tình trạng sức khỏe và dinh dưỡng người cao tuổi giữa vùng thành thị và nông thôn và các yếu tố liên quan tại các tỉnh phía Nam năm 2010". Bản tin các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe, Tập 2, tr.48-56.
5. Phạm Thắng (2010), "Điều tra dịch tễ học về tình hình bệnh tật, nhu cầu chăm sóc y tế và xã hội của người cao tuổi Việt Nam". Tạp chí Dân số và Phát triển, 4 (73), tr.1-6.
6. Nguyễn Minh Thành, Nguyễn Văn Tập (2011), "Nghiên cứu tình hình bệnh tật, nhu cầu khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại huyện Củ Chi, thành phố Hồ Chí Minh". Luận án Chuyên khoa II, Đại Học Y dược Huế.
7. Nguyễn Thị Hồng Thủy (2014), "Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp tại tỉnh Phú Yên". Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, Số 66.
8. Lê Văn Tuấn, Nguyễn Hải Hằng (2008), "Mô hình bệnh tật của người cao tuổi điều trị tại viện lão khoa quốc gia". Tạp chí Y học Thực Hành, 6 (666), tr.41-44.
9. United Nations (2015), World Population Prospects The 2015 Revision New York, pp.7.
10. World Health Organization (2015), World report on ageing and health, pp.34-75.

TÌNH HÌNH TÀN TẬT TRÊN BỆNH NHÂN PHONG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI HAI TỈNH ĐỒNG NAI VÀ BÌNH PHƯỚC

Nguyễn Văn Hai¹, Trần Văn Hương², Nguyễn Văn Tập³

TÓM TẮT

Bệnh phong là một bệnh nhiễm trùng, gây ra tàn tật và biến dạng nặng nề cho bệnh nhân. Mục tiêu của nghiên cứu xác định đặc điểm bệnh nhân phong tàn tật và các yếu tố liên quan tại hai tỉnh Đồng Nai và Bình Phước năm 2010. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 460 bệnh nhân tàn tật hiện đang quản lý tại hai tỉnh Đồng Nai, Bình Phước năm 2010. Kết quả, tỷ lệ bệnh nhân phong tàn tật mức độ 0 là 20,0%, tàn tật mức độ I là 11,1% và tàn tật mức độ II là 68,9%. Các yếu tố liên quan đến mức độ tàn tật ở bệnh nhân phong bao gồm: Nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thể bệnh, thời gian phát hiện bệnh, phương pháp phát hiện bệnh, đi lại, lao động, hoạt động giao tiếp, kiến thức và thái độ về bệnh phong ($p < 0,05$).

Từ khóa: Bệnh phong, tàn tật, tỉnh Đồng Nai, tỉnh Bình Phước.

ABSTRACT

DISABILITY STATUS OF LEPROSY PATIENTS AND RELATED FACTORS IN DONG NAI AND BINH PHUOC PROVINCES

Leprosy is a chronic infectious disease that causes severe disability and distortions in patients. This study was aimed at assessing leprosy disability status of patients registered in Dong Nai and Binh Phuoc Provinces. A cross-sectional study was carried out on 460 patients, Dong Nai and Binh Phuoc Provinces in 2010. The result showed that the rate of leprosy patients who had grade - 0 disability was 20.0%, people who had grade - 1 disability was 11.1% and people who had grade - 2 disability was 68.9%. There were some statistically significant relationships between the rate of disability in leprosy patients and age group, occupation, level of education, time of finding out, methods of disease

detection, movement, working, communication, knowledge and practice of people ($p < 0.05$).

Keywords: Leprosy, disability, Dong Nai Province, Binh Phuoc Province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, bệnh phong đã có từ lâu đời và là một trong những vấn đề xã hội trầm trọng. Hiện nay 63/63 tỉnh, thành phố đã đạt được mục tiêu loại trừ bệnh phong theo tiêu chuẩn của WHO (tỷ lệ lưu hành dưới 1/10.000 dân) và hơn 20 tỉnh, thành phố đạt được mục tiêu loại trừ bệnh phong theo 4 tiêu chuẩn của Việt Nam [6]. Ngày nay tuy không còn là tứ chứng nan y, song bệnh phong gây ra tàn tật và biến dạng nặng nề cho bệnh nhân. Người bệnh phải chịu rất nhiều đau khổ về thể xác và tinh thần do thành kiến xã hội và tàn tật. Họ cũng là gánh nặng cho gia đình và xã hội khi bị tàn tật [1]. Tại hai tỉnh Đồng Nai và Bình Phước số bệnh nhân tàn tật tiếp tục gia tăng hàng năm do số bệnh phong mới và vấn đề phòng ngừa tàn tật độ nói chung, nhất là tàn tật độ II ở bệnh nhân phong được coi là mấu chốt của hoạt động phòng ngừa tàn tật hiện nay [4]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm bệnh nhân Phong tàn tật tại hai tỉnh Đồng Nai và Bình Phước năm 2010

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân phong hiện đang được quản lý (với đầy đủ hồ sơ bệnh án theo mẫu của Viện Da liễu Trung ương) tại Đồng Nai và Bình Phước năm 2010.

Cỡ mẫu: 460 bệnh nhân phong hiện đang được quản lý (với đầy đủ hồ sơ bệnh án theo mẫu của Viện Da liễu Trung ương) tại Đồng Nai và Bình Phước năm 2010. Chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ.

1. Bệnh viện Da liễu Đồng Nai
2. Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội
3. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Phương pháp thu thập số liệu: Thống kê bệnh nhân qua hồ sơ bệnh án và báo cáo tổng kết của Chương trình Phòng chống bệnh phong. Phòng vấn trực tiếp bệnh nhân bằng bộ câu hỏi.

Xử lý số liệu: Sử dụng các test thống kê, phân tích bằng phần mềm Epidata, Stata 10.

Đạo đức nghiên cứu: Đảm bảo quyền lợi của đối tượng tham gia nghiên cứu và bảo mật thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm của bệnh nhân phong

Khảo sát 460 bệnh nhân phong, nam có tỷ lệ 65,2%, nữ có tỷ lệ 34,8%. Về độ tuổi, có tỷ lệ cao là ở nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên (29,5%), nhóm tuổi từ 50 – 59 tuổi (21,5%), nhóm tuổi từ 40 – 49 tuổi (18,3%), nhóm tuổi từ 30 – 39 tuổi (18,7%) và có tỷ lệ thấp là nhóm tuổi từ 0 - 14 tuổi (0,7%). Đa phần bệnh nhân phong là người kinh 60,4%. Về nghề nghiệp, nông dân (53,5%), công nhân và thợ thủ công (10,7%), buôn bán (6,3%). Về học vấn, tiểu học (52,1%), trung học cơ sở (29,6%), trung học phổ thông (13,3%), mù chữ (3,5%) và cao đẳng, đại học và trên đại học (1,5%).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân phong

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng		Tần số	Tỷ lệ (%)
Thể bệnh	MB	395	85,9
	PB	65	14,1
Phân loại khác	I	3	0,6
	TT	23	5,0
	BT	172	37,4
	BB	95	20,7
	BL	107	23,3
	LL	60	13,0
Chỉ số xét nghiệm	Âm tính	234	50,9
	Dương tính	226	49,1

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng		Tần số	Tỷ lệ (%)
Chỉ số xét nghiệm	1+	23	5,0
	2+	67	14,6
	3+	50	10,9
	4+	41	8,9
	5+	27	5,9
	6+	18	3,9
Thời gian phát hiện bệnh	Bằng và trên 12 tháng	326	70,9
	Dưới 12 tháng	134	29,1
	Tổng cộng	460	100
Độ tàn tật	Độ 0	92	20,0
	Độ 1	51	11,1
	Độ 2	317	68,9
Kiến thức về phòng chống tàn tật do bệnh phong bệnh	Kiến thức đúng	149	32,4
	Kiến thức ở mức trung bình	197	42,8
	Kiến thức chưa đúng	114	24,8
Thái độ về bệnh phong	Thái độ đúng	206	44,8
	Thái độ chưa đúng	254	55,2

Đa số bệnh nhân phong nhân phong thuộc nhóm nhiều khuẩn (MB) có tỷ lệ 85,9%. Bệnh nhân phong chủ yếu ở thể BT (37,4%), thể BL (23,3%), thể BB (17,8%), thể LL (13,0%), thấp nhất là thể I (0,7%). Bệnh nhân phong nhân phong có kết quả xét nghiệm dương tính là 50,9%, có kết quả xét nghiệm dương tính 2+ là 14,6%. Thời gian phát hiện bệnh nhân phong từ 12 tháng trở lên là 70,9%. Bệnh nhân phong hiện đang quản lý tàn tật độ II là 68,9%, tàn tật độ I là 11,1%, tàn tật độ 0 là 20,0%. Tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức đúng về phòng chống tàn tật do bệnh phong là 32,4% và thái độ đúng về bệnh phong là 44,8%.

Bảng 2. Phân loại tàn tật theo MurRay và cộng sự

Mức độ	1		2		3		4		5		6	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
0	73	79,3	19	20,7								
1			27	52,9	24	47,1						
2					54	17,0	154	48,6	82	25,9	27	8,5
Tổng	73	15,8	46	10,0	78	16,9	154	33,4	82	17,8	27	5,8

Theo phân loại của Murray bệnh nhân phong hiện đang quản lý chủ yếu ở mức độ 4 (33,4%) và mức độ 5 (17,8%), mức độ 3 (16,9%), thấp nhất là mức độ 6 (5,8%).

3.2 Một số yếu tố liên quan đến tàn tật của bệnh nhân phong

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến tàn tật của bệnh nhân phong

Đặc điểm		Tàn tật độ 0		Tàn tật độ I		Tàn tật độ II		p
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi	Từ 0 – 14 tuổi	1	33,3	1	33,3	1	33,3	<0,05
	Từ 15– 29 tuổi	30	57,7	7	13,5	15	28,8	
	Từ 30 – 39 tuổi	26	30,2	13	15,1	47	54,7	
Nhóm tuổi	Từ 40 – 49 tuổi	16	19,0	9	10,7	59	70,2	<0,05
	Từ 50 – 59 tuổi	8	8,1	11	11,1	80	80,8	
	Từ 60 tuổi trở lên	11	8,1	10	7,4	115	84,6	
Nghề nghiệp	Nông dân	46	18,7	29	11,8	171	69,5	<0,05
	Buôn bán	5	17,2	4	13,8	20	69,0	
	Công nhân, thợ thủ công	23	46,9	3	6,1	23	46,9	
	Công chức	2	25,0	2	25,0	4	50,0	
	Học sinh, sinh viên	5	62,5	2	25,0	1	12,5	
	Khác	11	9,2	11	9,2	98	81,7	
Trình độ học vấn	Mù chữ	1	6,3	0	0,0	15	93,8	<0,05
	Tiểu học	19	7,9	22	9,2	199	82,9	
	THCS	39	28,7	19	14,0	78	57,4	
	THPT	29	47,5	9	14,8	23	37,7	
Thẻ bệnh	MB	69	17,5	41	10,4	285	72,2	<0,05
	PB	23	35,4	10	15,4	32	49,2	
Thời gian phát hiện	Từ 12 tháng trở lên	13	4,0	24	7,4	289	88,7	<0,05
	Dưới 12 tháng phát hiện	79	59,0	27	20,1	28	20,9	
Phương pháp phát hiện	Phương pháp thụ động	82	39,2	33	15,8	94	45,0	<0,05
	Phương pháp chủ động	10	4,0	18	7,2	222	88,8	
Đi lại	Bình Thường	90	46,9	25	13,0	77	40,1	<0,05
	Hạn chế	2	0,8	26	9,8	237	89,4	
	Không đi lại được	0	0,0	0	0,0	3	100,0	
Lao động	Bình Thường	71	80,7	6	6,8	11	12,5	<0,05
	Hạn chế	20	5,9	41	12,1	278	82,0	
	Không lao động được	0	0,0	1	8,3	11	91,7	
	Người già, trẻ em	1	4,7	3	14,3	17	81,0	
Hoạt động giao tiếp	Bình Thường	80	40,2	28	14,1	91	45,7	<0,05
	Hạn chế	12	4,7	22	8,5	223	86,8	
	Không giao tiếp	0	0,0	1	25,0	3	75,0	



Đặc điểm		Tàn tật độ 0		Tàn tật độ I		Tàn tật độ II		p
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Kiến thức	Kiến thức đúng	75	50,3	24	16,1	50	33,6	<0,05
	Kiến thức trung bình	14	7,1	20	10,2	163	82,7	
	Kiến thức chưa đúng	3	2,6	7	6,2	104	91,2	
Thái độ	Thái độ đúng	88	42,7	32	15,5	86	41,8	<0,05
	Thái độ chưa đúng	4	1,6	19	7,5	231	90,9	

Các yếu tố liên quan đến tàn tật ở bệnh nhân phong bao gồm: Nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thể bệnh, thời gian phát hiện bệnh, phương pháp phát hiện bệnh, đi lại, lao động, hoạt động giao tiếp, kiến thức và thái độ về bệnh phong ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của bệnh nhân phong

Tỷ lệ bệnh nhân phong nhóm nhiều khuẩn (MB) là 85,9%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Văn Thành trên bệnh nhân phong tại tỉnh Bến Tre nhóm nhiều khuẩn (MB) là 76% [1]. Tỷ lệ nhiều khuẩn (MB) cao điều đó nói nên rằng nguồn lây lan trong cộng đồng tại các tỉnh trên vẫn còn và việc duy trì hệ thống phòng chống phong trên địa phương là cần thiết. Tỷ lệ bệnh nhân phong ở thể BT là 37,4%, thể BB là 20,7%, thể BL là 23,3%, thể LL là 13,0%, thấp nhất là thể I là 0,6%. Theo tác giả Nguyễn Thanh Tân tại 4 tỉnh miền Trung Tây Nguyên năm 2008, cho thấy bệnh nhân phong mới nhiều nhất ở thể BT 53,66%, BB 7,93%, thể BL 14,02%, thể LL chỉ có 4,88% [5]. Điều đó cho thấy tại hai tỉnh Đồng Nai và Bình Phước các thể BB, BL, LL tỷ lệ vẫn còn cao sẽ là tiềm ẩn nguồn lây, cho nên đẩy mạnh công tác tuyên truyền giáo dục bệnh phong kết hợp phát hiện sớm, điều trị kịp thời là việc nên làm.

Tỷ lệ bệnh nhân phong tàn tật độ II là 68,9%. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Trần Duy Thạch và cộng sự tại Phú Yên năm 2007, tỷ lệ tàn tật độ II là 73,87% [6]. Nghiên cứu tại châu Phi năm 2015, tỷ lệ tàn tật cho bệnh phong gây ra trong cộng đồng độ I là 40,2%, độ II là 25,7% [7]. Tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức đúng về phòng chống tàn tật do bệnh phong chỉ có 32,4% thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Tuấn Khí tại Bạc Liêu năm 2011, tỷ lệ kiến thức đúng của bệnh nhân là 61,3% [3].

4.2 Một số yếu tố liên quan đến mức độ tàn tật của bệnh nhân phong

Nhóm tuổi có liên quan đến mức độ tàn tật ở bệnh nhân phong: Bệnh nhân phong nhân tàn tật độ II ở nhóm tuổi từ 50 - 59 tuổi (80,8%), nhóm tuổi trên 60 (84,6%); còn ở nhóm tuổi khác tật độ 0 lại cao hơn nhóm tuổi khác từ 15 - 29 tuổi

(57,7%), nhóm tuổi từ 0 - 15 tuổi là 33,3%, $p < 0,05$. Tương tự, kết quả nghiên cứu của Trần Duy Thạch và cộng sự tại Phú Yên năm 2007, tỷ lệ tàn tật tăng dần theo độ tuổi [6]. Tàn tật gặp từ ở bệnh nhân phong từ 25 tuổi trở lên. Vì phải lao động kiếm sống nuôi bản thân và gia đình nên việc điều trị, chăm sóc tàn tật cho họ không được chu đáo. Điều đó sẽ dẫn tới bệnh và tàn tật sẽ nặng hơn. Đây có lẽ là vấn đề quan trọng của chương trình phòng chống tàn tật cho bệnh nhân, phải kết hợp với phục hồi kinh tế cho người bệnh và gia đình họ.

Nghề nghiệp có liên quan đến mức độ tàn tật ở bệnh nhân phong: Bệnh nhân phong làm nghề khác tàn tật độ II có tỷ lệ 81,7%, bệnh nhân phong làm nghề nông 69,5%, có tỷ lệ thấp là công chức và học sinh-sinh viên là 3,3%, $p < 0,05$. Phải chăng nông nghiệp là nghề bắt buộc phải lao động chân tay và cơ bắp, mặt khác một số bệnh nhân phong không có nghề nghiệp ổn định, họ phải làm đủ mọi thứ nghề mà chủ yếu là lao động chân tay, chính vì thế tàn tật thứ phát rất dễ xảy ra nguy cơ tàn tật ở bệnh nhân chiếm một tỷ lệ cao.

Trình độ học vấn có liên quan đến mức độ tàn tật ở bệnh nhân phong: Tỷ lệ tàn tật độ II ở bệnh nhân phong mù chữ 93,8%, tiểu học 82,9%; nhưng ở THPT tỷ lệ này là 37,7%, có tỷ lệ thấp là cao đẳng và đại học 28,6%.

Thể bệnh có liên quan đến mức độ tàn tật ở bệnh nhân phong: Bệnh nhân thể MB bị tàn tật độ II (72,2%) cao gấp gần 2 lần so với bệnh nhân thể PB (49,2%).

Thời gian và phương pháp phát hiện bệnh phong có liên quan đến mức độ tàn tật ở bệnh nhân phong: Tỷ lệ bệnh nhân phát hiện bệnh chậm từ 12 tháng trở lên bị tàn tật độ II (88,7%) cao gấp hơn 4 lần so với bệnh nhân phát hiện sớm từ 12 tháng trở xuống (20,9%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tân tại 4 tỉnh miền Trung, Tây Nguyên tỷ lệ tàn tật ở nhóm trên 12 tháng là 60% [5]. Theo tác giả Nguyễn Khánh Hải tại tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014, thời gian phát hiện được bệnh từ dưới một năm bệnh nhân bị tàn tật là 4,5%, trên 1 năm là 95,5% [2]. Thời gian từ khi mắc bệnh đến khi phát hiện dưới 1 năm bị tàn tật 9,5%, trên 3 năm bị tàn tật 63,9% [2]. Điều đó càng khẳng định rằng bệnh nhân phong được phát hiện muộn, tàn tật có một tỷ lệ cao [2], [6].

Sinh hoạt hàng ngày có liên quan đến mức độ tàn tật của bệnh nhân phong: Tất cả các hoạt động sinh hoạt trong đời sống hằng ngày đều bị ảnh hưởng cụ thể là: Việc đi lại của bệnh nhân bị hạn chế chiếm tỷ lệ 57,6%, không đi lại được 0,7% và đi lại bình thường là 41,7%. Trong lao động bị hạn chế 73,7%, không đi làm được 2,6% và lao động bình thường là 19,1%. Chúng ta cần phải hiểu biết và thông cảm đối với người bệnh và làm nhiều việc để giúp người bệnh có các phương tiện để sinh hoạt hàng ngày, có một chút vốn để sản xuất, an ủi bệnh nhân tiếp tục điều trị cho chóng khỏi bệnh. Bệnh người bệnh hạn chế giao tiếp 55,9%, không giao tiếp 0,9%.

Kiến thức có liên quan đến mức độ tàn tật ở bệnh nhân phong: Bệnh nhân có kiến thức chưa đúng bị tàn tật độ II (32,8%), tàn tật độ I (13,7%), tàn tật độ 0 (3,3%) và ngược lại bệnh nhân phong có kiến thức đúng khi bị tàn tật độ II (15,8%), tàn tật độ I (47,1%), tàn tật độ 0 (81,5%), $p < 0,05$. Nếu bệnh nhân biết các dấu hiệu sớm của bệnh phong sẽ tự tìm đến thầy thuốc sớm để phát hiện sớm và điều trị sớm, thời

gian phát hiện bệnh càng muộn, tàn tật xuất hiện càng nhiều.

Thái độ có liên quan đến mức độ tàn tật ở bệnh nhân phong: Bệnh nhân phong có thái độ chưa đúng bị tàn tật độ II cao nhất (72,9%), tàn tật độ I (37,3%) thấp nhất là tàn tật độ 0 (4,3%) và ngược lại bệnh nhân phong có thái độ đúng bị tàn tật độ II là thấp nhất (27,1%), tàn tật độ I (62,7%), tàn tật độ 0 (95,7%), $p < 0,05$. Chương trình chống phong lại quan tâm rất nhiều đến cách ứng xử của cộng đồng đối với người bệnh nhằm xoá đi mặc cảm giữa người lành và người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân phong tàn tật mức độ 0 là 20,0%, tàn tật mức độ I là 11,1% và tàn tật mức độ II là 68,9%. Các yếu tố liên quan đến mức độ tàn tật ở bệnh nhân phong bao gồm: Nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thể bệnh, thời gian phát hiện bệnh, phương pháp phát hiện bệnh, đi lại, lao động, hoạt động giao tiếp, kiến thức và thái độ về bệnh phong ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Kim Duệ (1982), Những kiến thức hiện đại về bệnh phong, Nhà xuất bản Y học, tr.3-24.
2. Nguyễn Khánh Hải (2014), Đánh giá thực trạng và đề xuất các giải pháp ngăn chặn, phòng ngừa tàn tật cho bệnh nhân phong trên địa bàn tỉnh Vĩnh Phúc, Trung tâm Phòng chống các bệnh xã hội tỉnh Vĩnh Phúc.
3. Trần Tuấn Khí, Bùi Thò Tú Quyên (2012), "Kiến thức, thực hành phòng chống tàn tật do bệnh phong của bệnh nhân phong tỉnh Bạc Liêu năm 2011 và một số yếu tố liên quan". Tạp chí Y tế Cộng đồng, Số 23 (23), tr.40-45.
4. Trần Trung Tá (2008), Tìm hiểu tình hình chậm trễ trong phát hiện bệnh nhân phong mới tại Đồng Nai từ năm 2003-2007, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp I, chuyên ngành Y tế Cộng đồng, Trường đại học Y Dược Huế.
5. Nguyễn Thanh Tân (2008), Nghiên cứu tình hình mắc bệnh và các yếu tố liên quan đến tàn tật ở bệnh nhân phong mới tại bốn tỉnh Tây Nguyên, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp I, chuyên ngành Y tế Cộng đồng, Trường Đại học Y khoa Huế.
6. Trần Duy Thạch, Lê Văn Thuận, Trương Công Dân (2007), "Nghiên cứu các loại hình tàn tật và biện pháp điều trị phục hồi cho bệnh nhân phong ở tỉnh Phú Yên". Tạp chí Y học Thực hành, (920), tr.1-6.
7. Shumet T., Demissie M., Bekele Y. (2015), "Prevalence of Disability and Associated Factors among Registered Leprosy Patients in All Africa Tb and Leprosy Rehabilitation and Training Centre (ALERT), Addis Ababa, Ethiopia". Ethiop J Health Sci., 25 (4), p.313-320.



THỰC TRẠNG NẠO PHÁ THAI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN – THANH NIÊN ĐẾN PHÁ THAI TẠI TRUNG TÂM CHĂM SÓC SKSS BÌNH DƯƠNG

Võ Thị Kim Anh, Phạm Ngọc Thuý, Bùi Minh Hiền, Từ Tấn Thứ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình hình nạo phá thai trên thế giới ngày càng giảm thì tỷ lệ nạo phá thai tại Việt Nam vẫn còn cao... Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ nạo phá thai cao nhất thế giới. Với dân số hiện có > 80 triệu người và tỷ lệ gia tăng dân số hàng năm xấp xỉ 2% , số nạo phá thai đã tăng từ 70.281 đến 1,3 triệu (tăng gấp 18 lần). Sự gia tăng quan hệ tình dục (QHTD) đã dẫn đến sự gia tăng về tỷ lệ mang thai, sinh đẻ, nạo hút thai và nghiêm trọng hơn nữa là cả tỷ lệ nhiễm HIV cũng tăng lên ở những trẻ vị thành niên và thanh niên. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ nạo phá thai và các yếu tố liên quan ở trẻ vị thành niên, thanh niên đến bỏ thai tại Trung tâm Chăm sóc SKSS. **Phương pháp:** Thiết kế cắt ngang mô tả.

Kết quả: Khảo sát 1.312 đối tượng vị thành niên và thanh niên đến bỏ thai tại Trung tâm. Tỷ lệ phá thai ở nhóm đối tượng này là 3,73%. Nhóm tuổi 15-19 chiếm 49,34% và có 2,4% phá thai ở độ tuổi < 15.

Kết luận: Tăng cường hơn nữa công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho mọi đối tượng trên phương tiện thông tin đại chúng. Các cơ sở y tế kể cả công và tư vẫn thực hiện tốt công tác tư vấn trước, trong và sau khi làm thủ thuật phá thai. Hướng dẫn tận tình, cẩn kẽ về việc sử dụng các biện pháp tránh thai cho mọi đối tượng đi phá thai.

ABSTRACT

THE SITUATION OF ABORTION AND RELATED FACTORS OF JUVENILE - YOUTH AT REPRODUCTIVE HEALTH CENTER

Background: Abortion situation in the world is going down the abortion rate in Vietnam is still high... Vietnam is one of the countries with the highest abortion rates in the world. According to statistics of the Ministry of Health, more than 680,000 women abortions during the first six months

of 1998. With a population of > 80 million people and an annual population growth rate of approximately 2%, the number of abortions has increased from 70,281 to 1.3 million (a 18-fold increase). The increase in sex (sex) has led to an increase in the rate of pregnancy, childbirth, abortion and more serious is the HIV prevalence also increased in adolescents and young people. **Objective:** Determine the rate of abortion and related factors in adolescents, young adults to abortion at Reproductive Health Care Center. **Method:** Cross-sectional study. **Results:** Object surveyed 1,312 adolescents and young adults to abortion at the center. Abortion rate in this group was 3.73%. 15-19 age group accounted for 49.34% and 2.4% of abortion at age <15. **Conclusion:** Further strengthen the communication cost health education for everyone in the mass media. The health facilities including consulting and implementation consulting work before, during and after the abortion procedure. Dedicated, thorough guide to the use of contraceptive methods for anyone to have abortions.

Keywords: Abortions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của xã hội, loài người đã chứng kiến sự thay đổi không ngừng về kinh tế, khoa học và nhất là sự phát triển vượt bậc của ngành công nghệ thông tin đã làm cho cuộc sống ngày càng thay đổi, đời sống con người được nâng cao và song song đó là những vấn đề xã hội bức xúc – vấn đề nạo phá thai ở trẻ vị thành niên trở thành vấn nạn trong xã hội mà Việt Nam là một trong ba quốc gia có tỷ lệ nạo phá thai cao nhất thế giới. Mỗi năm Việt Nam có khoảng 1,4 triệu ca nạo phá thai, trong đó 500 ngàn ca ở tuổi vị thành niên, 25% số ca chưa lập gia đình và 20% ca nạo phá thai khi còn ở tuổi vị thành niên.

Bệnh Viện Đa Khoa Trung tâm chăm sóc SKSS - Sở Y tế Bình Dương,

» Ngày nhận bài: 01/02/2017 |

» Ngày phản biện: 10/02/2017 |

» Ngày duyệt đăng: 15/02/2017

Thực trạng nạo phá thai ở tuổi vị thành niên gây ra biết bao chuyện đau lòng, ảnh hưởng nặng nề đến tâm sinh lý của trẻ. Trong khi đó, vấn đề giáo dục giới tính chưa được các bậc cha mẹ cũng như các nhà giáo dục, các nhà quản lý xã hội quan tâm đúng mức và đây cũng là một trong những nguyên nhân không nhỏ dẫn tới tình trạng này...

Những năm gần đây, trên các phương tiện thông tin đại chúng và trong các cuộc hội thảo chuyên đề liên quan đến SKSS, về vấn đề quan hệ tình dục (QHTD) sớm ở lứa tuổi thanh thiếu niên và QHTD không được bảo vệ. Đó là những hồi chuông báo động về một thực trạng đã phát triển đến mức đáng lo ngại mà cộng đồng xã hội cần quan tâm tìm hiểu nguyên nhân để từ đó đề ra những giải pháp ngăn ngừa. Sự gia tăng QHTD đã dẫn đến sự gia tăng về tỷ lệ mang thai, sinh đẻ, nạo hút thai và nghiêm trọng hơn nữa là cả tỷ lệ nhiễm HIV cũng tăng lên ở những người trẻ.

Bình Dương là một trong những tỉnh thành đã và đang phát triển mạnh về công nghiệp hoá. Song song bên cạnh thì tình trạng đô thị hoá cũng đã làm cho dân số tỉnh ngày càng trở nên đông đúc hơn, nhất là sự nhập cư từ các tỉnh thành lân cận cũng như các tỉnh ở tận phía Bắc đến Bình Dương sinh sống và tìm việc ở các khu công nghiệp ngày càng đông. Mỗi năm ước tính có khoảng 10.000 ca nạo phá thai trên toàn tỉnh

Nạo phá thai là một trong những vấn đề đang được quan tâm, nhất là trong lĩnh vực SKSS hiện nay. Vì nó không chỉ ảnh hưởng về mặt thể xác, sức khỏe mà còn có thể để lại các di chứng như: Viêm vùng chậu, thai ngoài tử cung, vô sinh... mà còn tác động đến vấn đề tinh thần – xã hội của người phụ nữ. Giảm bớt nạo hút thai là một nhu cầu cấp bách cho sức khỏe của phụ nữ, góp phần xóa đói giảm nghèo là một nhu cầu phát triển của xã hội. Cho nên việc nghiên cứu nguyên nhân nào, yếu tố nào đưa người phụ nữ đến quyết định bỏ thai là rất cần thiết và việc tác động lên các yếu tố này có thể làm giảm vấn đề nạo phá thai hiện nay nói chung và cho tỉnh nhà nói riêng. Chính vì những lý do nêu trên nên mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là:

Mục tiêu:

- Xác định tỷ lệ nạo phá thai của trẻ vị thành niên – thanh niên đến nhận dịch vụ tại Trung tâm Chăm sóc SKSS năm 2011- 2012.

- Xác định các yếu tố liên quan đến quyết định bỏ thai của vị thành niên – thanh niên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu:

Dân số mục tiêu: Tất cả số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ

đến phá thai tại Trung tâm Chăm sóc SKSS.

Dân số nghiên cứu: Phụ nữ trong lứa tuổi vị thành niên – thanh niên từ 10 – 25 tuổi đến nạo phá thai kể cả những đối tượng có gia đình và chưa có gia đình tại Trung tâm Chăm sóc SKSS.

Tiêu chuẩn chọn:

- Tất cả đối tượng phụ nữ trong lứa tuổi vị thành niên – thanh niên đã lập gia đình hoặc chưa lập gia đình được xác định có thai trong tử cung.

- Tuổi thai ≤ 18 tuần .

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp phá thai do bệnh lý, thai ngoài tử cung.
- Có tuổi thai ≥ 18 tuần, không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp tiến hành:

- Phòng vấn trực tiếp các đối tượng đến nạo hút thai tại Trung tâm thông qua phiếu khảo sát đã thiết kế sẵn.

Phân tích số liệu:

- Số liệu thu thập được nhập vào máy thông qua chương trình phần mềm Epidata 3.0.

- Sử dụng phương pháp thống kê mô tả và phép kiểm chi bình phương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

- Số liệu thu thập được từ tháng 01 – 12/2012 đã được chọn vào nghiên cứu là: 1.312 người.

- Tỷ lệ trẻ VTN-TN đến nhận dịch vụ phá thai tại Trung tâm: 3,73%.

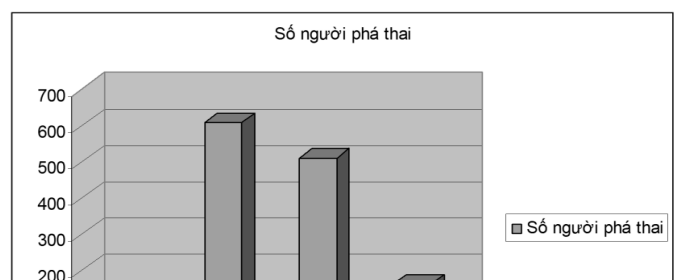
3.1. Phân bố tỷ lệ theo nhóm tuổi:

Bảng 1: Nhóm tuổi

Tuổi	Số người phá thai	Tỷ lệ
10 - 14	31	2,4%
15- 19	608	46,34%
20 - 24	510	38,87%
>24	163	12,42%
Tổng cộng	1.312	100%

Nhận xét:

Tỷ lệ phá thai cao nhất ở nhóm tuổi 15-19 chiếm 49,34% và có 2,4% phá thai ở độ tuổi < 15. Có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi, với $P < 0,05$



3.2. Phân bố tỷ lệ theo trình độ học vấn:

Bảng 2: Trình độ học vấn

Trình độ học vấn	Số người phá thai	Tỷ lệ
Cấp I	146	11,12
Cấp II	669	60,0
Cấp III	475	36,20
Từ ĐH trở lên	22	1,68
Tổng cộng	1.312	100%

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa trình độ học vấn thấp và cao. Với $P < 0,05$ có ý nghĩa về mặt thống kê.

3.3. Phân bố theo địa chỉ:

Bảng 3: Địa chỉ

Địa chỉ	Tần số	Tỷ lệ
Thủ Dầu Một	244	18,60
Thuận An	437	33,30
Dĩ An	353	26,90
Tân Uyên	156	11,90
Bến Cát	86	6,56
Phú Giáo	24	1,82
Dầu Tiếng	12	0,92
Tổng cộng:	1312	100%

Nhận xét: Các đối tượng tập trung nhiều ở thị xã Thuận An và Dĩ An.

3.4. Phân bố tỷ lệ theo sự hiểu biết về kiến thức phá thai an toàn:

Bảng 4: Kiến thức hiểu biết về phá thai

Kiến thức	Số người phá thai	Tỷ lệ
Không có tai biến	122	9,3%
Có tai biến	274	20,9%
Không biết	916	69,8%
Tổng cộng	1.312	100%

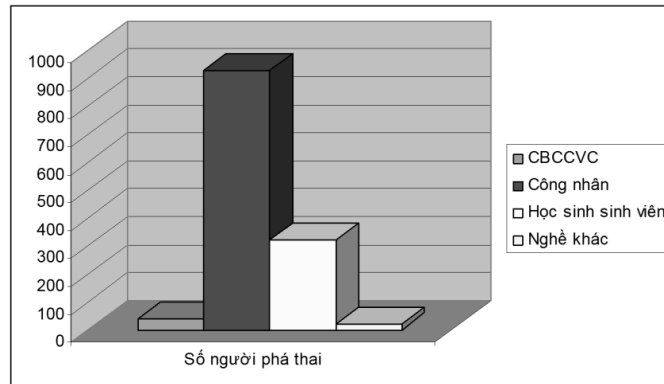
Nhận xét: Vị thành niên – thanh niên không biết về tác hại của phá thai chiếm tỷ lệ 69,8%.

3.5. Phân bố theo nghề nghiệp:

Bảng 5: Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số người phá thai	Tỷ lệ (%)
CBCCVC	40	3,04%
Công nhân	929	70,81%
Học sinh sinh viên	323	24,62%
Nghề khác	20	1,52%
Tổng cộng	1.312	100%

Nhận xét: Đối tượng công nhân chiếm tỷ lệ cao 10,81%, và tỷ lệ học sinh sinh viên là 24,62%



3.6. Phân bố theo yếu tố gia đình:

Bảng 6: Yếu tố về gia đình

Số con	Số người phá thai	Tỷ lệ (%)
Chưa lập gia đình	845	64,40
Đã lập gia đình	467	35,60
Tổng cộng	1.312	100%

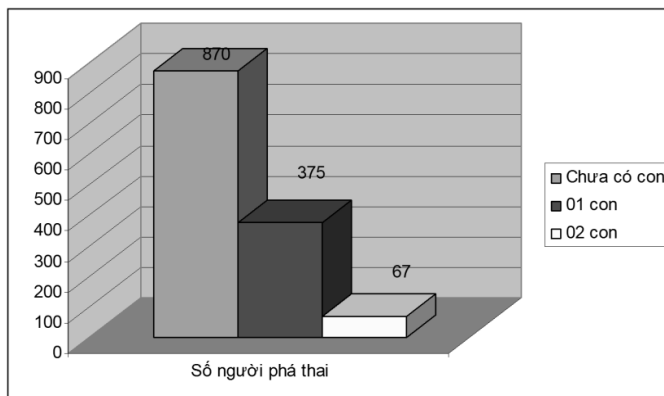
Nhận xét: Chưa lập gia đình chiếm tỷ lệ 64,4

3.7. Phân bố theo số con:

Bảng 7: Số con hiện có:

Số con	Số người phá thai	Tỷ lệ (%)
Chưa có con	870	66,32
01 con	375	28,58
02 con	67	05,10
Tổng cộng	1.312	100%

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $P < 0,05$. Số người chưa con chiếm tỷ lệ 66,32%.

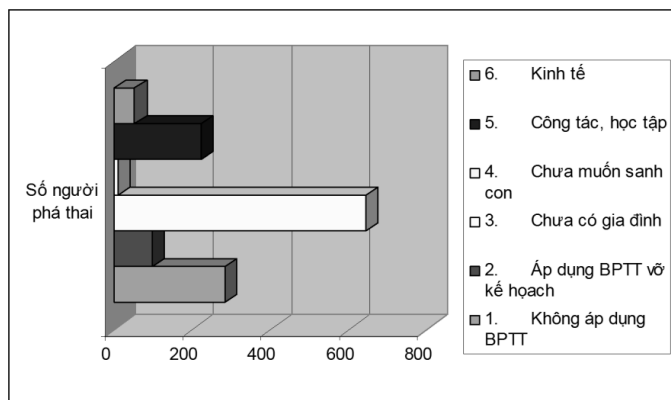


3.8. Phân bố theo nguyên nhân phá thai:

Bảng 8: Lý do phá thai

Lý do	Số người phá thai	Tỷ lệ (%)
1. Không áp dụng BPTT	284	21,60
2. Áp dụng BPTT vỡ kế hoạch	97	7,40
Trong đó:		
- Thuốc viên	46	
- Thuốc tiêm	12	
- Bao cao su	39	
1. Chưa có gia đình	645	49,16
2. Chưa muốn sanh con	11	0,84
3. Công tác, học tập	223	17,0
4. Kinh tế	52	04,0
Tổng cộng	1.312	100%

Nhận xét: Lý do nạo phá thai vì chưa có gia đình chiếm đa số và cao nhất 64,41%.



3.9. Phân bố theo tiền sử phá thai:

Bảng 9: Tiền sử số lần phá thai

Số lần	Số người phá thai	Tỷ lệ (%)
Chưa lần nào	412	31,40
01 lần	585	44,60
≥ 2 lần	315	24,00
Tổng cộng	1.312	100%

Nhận xét: Tỷ lệ phá thai từ 1-2 lần trở lên chiếm khá cao 68,6%.

IV. BÀN LUẬN:

Nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận và đưa ra các nhận xét sau:

Phá thai tập trung cao ở độ tuổi từ 15-24 (85,21%). Đây cũng là độ tuổi tốt nhất của phụ nữ trong thời kỳ sinh sản. Tuổi < 15 là 2,4%. Nghiên cứu này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Kim Tùng ở Long An là 48,82% ở nhóm tuổi từ 15-24 tuổi. Một nghiên cứu khác của BV Từ Dũ cho thấy đối tượng đến phá thai ở lứa tuổi 20-39 là 82,2%. Kết quả nghiên cứu này của Bình Dương là 85,21% phù hợp với nghiên cứu của Bệnh viện Từ Dũ.

Trình độ học vấn có liên quan tới nạo phá thai: Ở nhóm người có trình độ học vấn cấp I – II chiếm 71,12%. Điều này cho thấy, trình độ nhận thức, mức độ hiểu biết ở nhóm người này còn hạn chế, hoặc hiểu vấn đề chưa đến nơi đến chốn.

Nghề nghiệp có liên quan đến phá thai: Công nhân có tỷ lệ đi phá thai cao nhất 70,81%, học sinh sinh viên 24,62%, và kết quả nghiên cứu ở Bệnh viện Long An là 64,01%. Với tỷ lệ này cho ta thấy cũng khá phù hợp, vì ở Bình Dương là tỉnh phát triển công nghiệp với 28 khu công nghiệp đã đi vào hoạt động; số lượng dân nhập cư từ các tỉnh thành khác đến sinh sống và làm việc tập trung ở các khu công nghiệp chiếm khá đông từ 600.000 – 700.000 công nhân, và tỷ lệ nữ chiếm đến 70%.

Lý do phá thai: Qua nghiên cứu cho thấy nhóm trẻ vị thành niên và thanh niên chưa có gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất 64,40%, không sử dụng BPTT 21,60%. Điều này cho thấy ý thức và kiến thức của các em về hành vi tính dục và ngay cả những hiểu biết trong vấn đề thực hiện KHHGD chưa cao. Chưa có biện pháp bảo vệ an toàn trong quan hệ tình dục và quan hệ tình dục trước hôn nhân quá sớm. Tiền sử phá thai: mới phá thai lần đầu chiếm 31,40%, từ 1-2 lần trở lên chiếm 68,6%.

Kiến thức hiểu biết về tác hại của việc nạo phá thai: Qua kết quả nghiên cứu cho thấy có 69,8% không biết phá thai có tai biến và 20,9% biết có tai biến. Tuy nhiên, họ vẫn tiếp tục đi nạo hút thai với lần mang thai này. Điều này nói lên sự tiếp cận các BPTT, ý thức tự bảo vệ sức khỏe cho bản thân mình ở các đối tượng này chưa tốt.

Qua phân tích trên, chúng tôi nhận thấy có sự liên quan giữa các yếu tố như: tuổi, nghề nghiệp, số con, không áp dụng KHHGD, chưa lập gia đình, trình độ học vấn...đều có ảnh hưởng đến vấn đề nạo phá thai.

KẾT LUẬN

Số trẻ vị thành niên và thanh niên phá thai rất cao, tại tỉnh Bình Dương hàng năm có từ 3.000 – 5.000 ngàn ca phá thai theo báo cáo của hệ thống y tế Nhà nước. Thực tế qua nghiên cứu này cho thấy nguyên nhân dẫn đến các em phá

thai hầu hết là chưa có gia đình (49,16%), còn đang ở lứa tuổi đi học (17%).

Sự hiểu biết cặn kẽ về các biện pháp tránh thai còn hạn chế, cho nên nguyên nhân có thai ngoài ý muốn do không áp dụng BPTT (21,6%) biết có hại cho sức khỏe nhưng vẫn đi phá thai. Họ quan niệm rằng phá thai an toàn, đơn giản, nhanh chóng.

Kiến nghị:

Tăng cường hơn nữa công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho mọi đối tượng trên phương tiện thông tin đại chúng. Cần tập trung vào những đối tượng có trình độ học vấn thấp và nhất là đối tượng vị thành niên.

Đẩy mạnh công tác truyền thông tư vấn cả chiều rộng và chiều sâu, đặc biệt chú ý những vùng sâu, đông dân cư, nhằm nâng cao kiến thức cho mọi người dân hiểu biết đúng trong lĩnh vực dân số và kế hoạch hóa gia đình.

Các cơ sở y tế kể cả công và tư vẫn thực hiện tốt công tác tư vấn trước, trong và sau khi làm thủ thuật phá thai. Hướng dẫn tận tình, cặn kẽ về việc sử dụng các biện pháp tránh thai cho mọi đối tượng đi phá thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

TIẾNG VIỆT:

1. Bài giảng *Giáo dục giới tính* của Ths. Nguyễn Thị Ánh Nguyệt.
2. Bài giảng *Tâm lý học phát triển* của TS. Nguyễn Ánh Hồng.
3. Bộ Y tế (2009), “*Hướng dẫn Quốc Gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*”, tr. 387- 392.
4. Bộ Y tế (2003), *Phá thai an toàn* trong hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, trang 183-195.
5. Lê Văn Hồng (Chủ biên) - PTS. Lê Ngọc Lan – PTS. Tâm lý học lứa tuổi và tâm lý học sư phạm
6. Trương Huỳnh Hồng Loan (2009), “Tỷ lệ phá thai và các yếu tố liên quan ở nữ công nhân tại quận 9 thành phố Hồ Chí Minh”, *Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Dược TP.HCM*, tr. 11-18.
7. Trần Thị Lợi (2002), “Sức khỏe sinh sản”, *Chương trình đào tạo liên tục lần thứ 8, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 9-14.
8. Vũ Thị Nhung (2000), “Những biến chứng và bệnh phát ở phụ nữ TP. Hồ Chí Minh”, *Luận án Tiến sĩ Y học*. tr.40-49.
9. Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization) Geneva (2003), *Phá thai an toàn: Hướng dẫn kỹ thuật và chính sách cho hệ thống Y tế*.

TIẾNG ANH

10. ACOG (2003), Committee on Gynecology Practice, Induced abortion and breast cancer risk. *Obstetrics and Gynecology*, 102 (2), 4335.
11. Allen R, O Brie, Revn B.M (2009), “Uses of MIS in Obstetris and gynecology” *Rev Obstetet Gynecol*, 2(3),pp. 1-20.
12. Ashok PW, Penney GC, Flett G..M.M Templeton A (1998), An effective regimenfor early medical abortion: *a report 2000 consecutive case. Human reproduction*, Vol 13, No: 2962-2966.

ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH HEN PHẾ QUẢN TRẺ EM VỚI MỨC ĐỘ LO LẮNG TRẦM CẢM VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA PHỤ HUYNH

Nguyễn Hồng Chương¹, Từ Tấn Thứ¹, Bùi Minh Hiền¹, Võ Thị Kim Anh².

TÓM TẮT

Giới thiệu: Hen phế quản trẻ em ảnh hưởng không những cho trẻ mắc bệnh mà còn cho gia đình trẻ. Tại Việt Nam nghiên cứu về ảnh hưởng hen trẻ em lên tâm lý của người nuôi dưỡng còn ít. Vì vậy nghiên cứu này nhằm khảo sát về ảnh hưởng của hen trẻ em tới mức độ lo lắng trầm cảm và chất lượng cuộc sống của gia đình trẻ bệnh, cũng như đánh giá độ tin cậy các thang điểm tâm lý học phiên bản tiếng Việt.

Phương pháp: Đây là một khảo sát cắt ngang trên 52 cha mẹ của bệnh nhi đang được điều trị tại phòng khám hen- khoa Nhi, Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương từ tháng 8 - 10/2013. Phụ huynh được khảo sát mức độ lo lắng trầm cảm (thang điểm trầm cảm của Trung tâm nghiên cứu dịch tễ học của Mỹ - CES-D) và chất lượng cuộc sống (thang điểm đo lường chất lượng cuộc sống của người chăm sóc trẻ bị hen phế quản - PACQLQ). Các biến số khác bao gồm điều kiện kinh tế-xã hội, kết quả kiểm soát cơn hen và mức độ tuân thủ điều trị bệnh.

Kết quả: 21,2% phụ huynh của trẻ bị hen phế quản có dấu hiệu lo lắng trầm cảm. Phụ huynh có nguy cơ lo lắng trầm cảm cao nếu kinh tế nghèo ($F = 4,24, p < 0,05$) và trẻ chưa được kiểm soát tốt cơn hen ($F = 5,19, p = 0,03$). Điểm chất lượng cuộc sống của phụ huynh thấp nếu phụ huynh trẻ tuổi, có lo lắng trầm cảm ($F = 5,75, p < 0,05$) và trẻ chưa được kiểm soát hoàn toàn cơn hen ($F = 5,68, p < 0,05$). Phiên bản tiếng Việt của hai thang điểm trên có độ tin cậy cao với hệ số Chronbach's α là 0,83 cho thang CES-D và 0,92 cho thang PACQLQ.

Kết luận: Kết quả của nghiên cứu này gợi ý rằng điều trị tốt để kiểm soát bệnh hen trẻ em không những giúp bản thân trẻ bệnh mà còn góp phần giảm nhẹ mức độ lo âu trầm cảm và cải thiện chất lượng cuộc sống cho cha mẹ và người nuôi dưỡng.

ABSTRACT

EFFECTS OF CHILDREN WITH ASTHMA ON THEIR PARENTAL DEPRESSION AND FAMILY'S QUALITY OF LIFE

Introduction: Pediatric asthma has negatively influenced not only on the asthmatic children itself but also on their family. In Vietnam, however, there has been little known about the impacts of childhood asthma on the caregivers' psychology. The purpose of this study was to explore the effects of children with asthma on their parental depression and family's quality of life, as well as to assess the reliability of some Vietnamese versions of psychological scales.

Method: This survey was administered to 52 parents of asthmatic children in the asthma clinic, Pediatric department, Binh Duong hospital. The participants COMPLETED the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), and the Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ). Other variables consisted of socioeconomic status (SES), asthma control status, and medication adherence.

Results: There was 21.2% of parents was classified as depression. Parents were less likely to be depressed if their SES was low ($F = 4,24, p < 0,05$) and child did not totally control asthma symptoms ($F = 5,19, p = 0,03$). The PACQLQ scores were significantly low if the parents were young and the child's asthma symptoms were uncontrolled ($F = 5,68, p < 0,05$). The Vietnamese versions of both psychological scales had the acceptable reliability, for instance, Chronbach's α was 0,83 for CES-D and 0,92 for PACQLQ.

Conclusion: The results of the this study implicated that successful control of asthma symptoms help not only for the child itself but make parents and other caregivers reduce depressive symptoms and enhance the Quality of Life as well.

1. Sở Y tế Bình Dương

2. Bệnh Viện Đa Khoa Nam Anh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản là bệnh viêm mạn tính đường hô hấp thường gặp ở trẻ em, là nguyên nhân hàng đầu khiến trẻ nhập viện. Tỷ lệ hen phế quản khá cao trong dân số. Năm 2008, tại Mỹ có 22 triệu người bị hen, trong đó trên 10 triệu (14% dân số) là dưới 18 tuổi được chẩn đoán là hen¹. Tại Việt Nam, các thống kê cho thấy hen phế quản ở người lớn dao động từ 1.8% đến 5% dân số²⁻⁴. Đặc biệt trẻ em dễ mắc hen phế quản hơn người lớn. Ở Việt Nam, mặc dù các nghiên cứu chưa đầy đủ, các số liệu thống kê cho thấy hen phế quản ở trẻ em đang tăng nhanh trong những năm qua, khoảng từ 2,7% năm 2002 lên đến 14,01% năm 2009⁵. Hen phế quản ảnh hưởng đáng kể không những cho trẻ mắc bệnh mà còn cho gia đình và cả hệ thống chăm sóc Y tế. Trong một nghiên cứu năm 2011 trên 123 phụ huynh trẻ 18 tháng - 12 tuổi bị hen phế quản, Shalowitz nhận thấy phụ huynh của trẻ bị hen phế quản nặng có khả năng dễ bị stress và trầm cảm nhiều⁶. Ở một nghiên cứu khác, Kub và cộng sự cho kết quả các bà mẹ có con bị hen phế quản, tỷ lệ trầm cảm lên đến 25%⁷. Đặc biệt cuộc sống gia đình có trẻ hen phế quản bị ảnh hưởng rất nhiều. Trẻ bị hen phế quản mức độ nặng có ảnh hưởng tiêu cực lớn đối với cha mẹ và người chăm sóc trẻ⁸. Con hen của trẻ khiến cho cha mẹ và người thân thường xuyên bị thức giấc nửa đêm, các kế hoạch đề ra bị gián đoạn, công việc gia đình bị đảo lộn, các mối quan hệ trong gia đình bị ảnh hưởng khi quá quan tâm tới một trẻ bị hen...

Cho tới nay tại Việt Nam có rất ít nghiên cứu về ảnh hưởng hen phế quản trẻ em lên tâm lý của cha mẹ và chất lượng cuộc sống gia đình của người nuôi dưỡng trẻ. Các thang điểm phiên bản tiếng Việt về tâm lý học liên quan đến trẻ bị bệnh và người nuôi dưỡng chưa có hoặc chưa được thử nghiệm trên các đối tượng. Vì vậy mục tiêu của nghiên cứu này nhằm góp phần tăng cường sự hiểu biết về các tác động của hen phế quản trẻ em tới mức độ lo lắng trầm cảm và chất lượng cuộc sống của gia đình trẻ bệnh. Ngoài ra, với số liệu thu thập được, nghiên cứu này còn dùng để đánh giá mức khả dụng của các thang điểm tâm lý học phiên bản tiếng Việt, bao gồm thang điểm lo lắng trầm cảm và thang điểm chất lượng cuộc sống của cha mẹ trẻ bệnh.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Đây là một khảo sát cắt ngang trên 52 cha mẹ của bệnh nhi đang được điều trị tại phòng khám hen- khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương từ tháng 8 - 10/2013. Với mỗi trẻ bị hen phế quản, một phụ huynh (cha hoặc mẹ) được chọn để trả lời phỏng vấn. Phụ huynh cung cấp các thông tin liên quan đến điều kiện kinh tế-xã hội của gia đình, mức độ lo lắng trầm cảm và chất lượng cuộc

sống của họ.

Đo lường

Các biến số về phụ huynh:

Điều kiện kinh tế-xã hội: Giới tính, nơi cư ngụ, trình độ học vấn của phụ huynh (dưới THPT, THPT, cao đẳng/đại học), và điều kiện kinh tế của gia đình (nghèo, tạm đủ/khá/giàu).

Mức độ lo lắng, trầm cảm của phụ huynh: Đo lường theo thang điểm trầm cảm của Trung tâm nghiên cứu dịch tễ học (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-CES-D), được phát triển bởi Radloff và Sawyer⁹. Thang điểm CES-D bao gồm 20 câu hỏi về cảm xúc của người phỏng vấn trong tuần vừa qua, ví dụ cảm thấy buồn, cảm thấy mọi người không thích mình, cảm thấy suy sụp và không vui... Mỗi câu bao gồm 4 mức độ, từ điểm 0 (không có), cho đến 3 (hầu hết các ngày hoặc cả tuần). Điểm lo lắng trầm cảm là tổng tất cả điểm của 20 câu hỏi. Thang CES-D rất hữu dụng để đo lường mức độ trầm cảm trong dân số, với mức nhạy cảm và đặc hiệu cao (trên 0,95)¹⁰. Gần đây, một số tác giả đề xuất thang CES-D rút gọn 11 câu hỏi và thấy kết quả tương tự như thang điểm nguyên thủy¹¹. Phiên bản tiếng Việt được một số tác giả sử dụng, ví dụ phiên bản tiếng Việt Trần Bích Phương cho thấy mức độ tin cậy cao (hệ số Chronbach's $\alpha=0,82$)¹². Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thang CES-D rút gọn 11 câu, bản dịch tiếng Việt của Trần Bích Phương, ngưỡng lo lắng trầm cảm là 9 điểm.

Chất lượng cuộc sống của phụ huynh: Chúng tôi sử dụng thang điểm đo lường chất lượng cuộc sống của người chăm sóc trẻ em bị hen phế quản (The Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire - PACQLQ), được phát triển bởi Juniper và cộng sự¹³. Thang điểm PACQLQ bao gồm 13 câu hỏi cho phụ huynh trẻ bị hen, mỗi câu có điểm từ 1 đến 7 tương ứng với mức độ lo lắng của phụ huynh và các hoạt động hàng ngày của gia đình bị ảnh hưởng khi chăm sóc trẻ bị hen. Điểm 1 tương ứng với lo lắng hoặc ảnh hưởng đến các hoạt động của gia đình rất nhiều cho đến điểm 7 tương ứng với không có lo lắng hoặc không ảnh hưởng đến công việc. Điểm chất lượng cuộc sống của phụ huynh là điểm trung bình của tất cả các câu hỏi. Thang PACQLQ có thể chia thành hai nhóm. Nhóm đo lường chất lượng cuộc sống về xúc cảm (emotional function) gồm 9 câu hỏi, ví dụ cảm thấy hoảng sợ, nản lòng, mất bình tĩnh vì bé lên cơn hen/suyễn hoặc lo lắng về thuốc trị hen/suyễn cho bé. Nhóm đo lường chất lượng cuộc sống về các hoạt động hàng ngày (activities) gồm 4 câu hỏi, ví dụ mất ngủ, ảnh hưởng đến công việc, thay đổi các kế hoạch, và ảnh hưởng đến mối quan hệ trong gia đình vì bé bị hen/suyễn. Thang điểm này là một công cụ tốt để đo lường chất lượng cuộc sống của phụ huynh, có mối tương quan mạnh với mức độ hen ($r=-0,53$)¹⁴. Do chưa có

phiên bản tiếng Việt, chúng tôi tự dịch từ bản tiếng Anh gốc sang tiếng Việt.

Nhằm khuyến khích người được phỏng vấn trả lời trung thực các câu hỏi, nhất là các câu có tính nhạy cảm, các phụ huynh không cần phải cung cấp họ tên cụ thể. Các thông tin trong phiếu phỏng vấn được giữ bí mật.

Các biến số về bản thân trẻ bị hen phế quản

Sau khi kết thúc phỏng vấn phụ huynh, bác sĩ khám bệnh nhi và cung cấp các thông tin về trẻ bị hen phế quản như sau:

Mức độ kiểm soát bệnh hen: Bao gồm 2 mức độ kiểm soát hoàn toàn và chưa kiểm soát được bệnh hen phế quản.

Điều trị: Đang điều trị bằng corticoide đường hít (Seretide hoặc Flixotide) hay không được điều trị bằng Corticoide.

Mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân: Bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt khi xịt thuốc đều, đúng cách và có tái khám đủ, đúng hẹn.

Phân tích thống kê

Mức độ lo lắng trầm cảm của phụ huynh là biến số liên tục cũng như biến số nhị giá với ngưỡng trên 9 điểm là có lo lắng trầm cảm. Với các số liệu bị trống do phụ huynh không điền hoặc điền sai vào phiếu phỏng vấn, chúng tôi thay thế bằng trung bình của tất cả các số liệu có giá trị còn lại. Thống kê mô tả được thể hiện bằng bảng, với số lượng và tỉ lệ cho biến số thứ tự hay biến nhị giá; trung bình và độ lệch chuẩn cho biến liên tục. Phương pháp phân tích phương sai (Analysis of Variance) được dùng để khảo sát mối liên hệ giữa mức độ lo lắng trầm cảm, cũng như chất lượng cuộc sống của phụ huynh với các yếu tố liên quan.

Để đánh giá tính khả dụng của các thang điểm CES-D và PACQLQ phiên bản tiếng Việt, chúng tôi tính toán mức độ tin cậy bằng hệ số Chronbach's Alpha. Hệ số Chronbach's Alpha lớn hơn 0,7 chứng tỏ thang điểm có mức độ tin cậy cao và được chấp nhận khi dùng trong các nghiên cứu Y - Xã hội học¹⁵. Ngưỡng có ý nghĩa thống kê nghiên cứu này là 0,05.

III. KẾT QUẢ

Các đặc điểm về mẫu nghiên cứu

Các đặc điểm về trẻ bị hen phế quản và phụ huynh được trình bày trong bảng 1. Phần lớn phụ huynh từ 24-36 tuổi, đa số phụ huynh là mẹ (73,1%). Phần lớn phụ huynh cư ngụ gần bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương. Khoảng 36% người phỏng vấn có trình độ văn hóa dưới phổ thông trung học. Đa số người phỏng vấn có kinh tế gia đình đủ ăn, khá hoặc giàu (chiếm tỉ lệ 76,5%). Với ngưỡng trên 9 điểm của thang CES-D 11 câu hỏi, 21,2% phụ huynh của trẻ bị hen phế quản trong nghiên cứu này là có lo lắng trầm cảm. Về đặc điểm của bệnh nhi, trên 50% trẻ bị hen phế quản chưa được kiểm soát tốt bệnh hen. Hầu hết bệnh nhi (92,3%) đang được điều trị bằng

Corticoide đường hít (Seretide/Flixotide) tại phòng khám hen. Phần lớn trẻ hen phế quản (67,3%) tuân thủ điều trị tốt như xịt thuốc đều và đúng cách cũng như tái khám đủ và đúng hẹn.

Bảng 1. Các đặc điểm về mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
Phụ huynh		
Tuổi		
24-30	17	32,7
31-36	27	51,9
37+	8	15,4
Giới		
Nam	14	26,9
Nữ	38	73,1
Địa chỉ cư ngụ		
Thủ Dầu Một	19	39,6
Thuận An	10	20,8
Dĩ An	1	2,1
Bến Cát	7	14,6
Tân Uyên	6	12,5
Phú Giáo, Dầu Tiếng	2	4,2
Dầu Tiếng	1	2,1
Trình độ học vấn		
Dưới THPT	13	36,1
THPT	13	36,1
Cao đẳng, đại học	10	27,8
Kinh tế gia đình nghèo	12	23,5
Có trầm cảm	11	21,2
Trẻ bị hen phế quản		
Mức độ kiểm soát bệnh hen		
Kiểm soát hoàn toàn	24	46,2
Chưa kiểm soát	28	53,8
Điều trị bằng corticoide	48	92,3
Tuân thủ điều trị tốt	35	67,3

Mức độ lo lắng trầm cảm và chất lượng cuộc sống của phụ huynh.

Tính khả dụng của các thang điểm đo lường mức độ lo lắng, trầm cảm cũng như chất lượng cuộc sống của phụ huynh được trình bày trong bảng 2. Điểm lo lắng trầm cảm dao động từ 0 – 19 điểm, giá trị trung bình là 5,19, hệ số tin cậy Chronbach's Alpha là 0,83. Với thang PACQLQ, người phỏng vấn cho điểm từ tối thiểu đến tối đa (từ 1 đến 7). Giá trị trung bình là 1,39 cho nhóm chất lượng cuộc sống về xúc cảm cho 1,49 nhóm chất lượng cuộc sống về các hoạt động hàng ngày, và 1,37 cho chất lượng cuộc sống toàn bộ. Hệ số



tin cậy của thang PACQLQ rất cao, với 0,88 cho nhóm chất lượng cuộc sống về xúc cảm, 0,85 cho nhóm chất lượng cuộc

sống về các hoạt động hàng ngày, và 0,92 cho chất lượng cuộc sống toàn bộ.

Bảng 2. Trung bình, độ lệch chuẩn, phạm vi và hệ số tin cậy của các thang điểm phiên bản tiếng Việt

Thang điểm	Số câu hỏi	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Phạm vi	Hệ số tin cậy
Thang điểm lo lắng, trầm cảm (CES-D)	11	5,19	4,32	0 – 19	0,83
Thang điểm chất lượng cuộc sống (PACQLQ)					
Chất lượng cuộc sống về xúc cảm	9	3,32	1,39	1 – 7	0,88
Chất lượng cuộc sống về hoạt động	4	2,78	1,49	1 – 7	0,85
Chất lượng cuộc sống toàn bộ	13	3,16	1,37	1 – 7	0,92

Ghi chú: a Hệ số tin cậy là hệ số Chronbach's Alpha

Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ lo lắng, trầm cảm và chất lượng cuộc sống.

Phân tích phương sai được dùng để khảo sát mối tương quan giữa các đặc điểm của cha mẹ cũng như đặc điểm của bản thân trẻ hen phế quản với mức độ lo lắng trầm cảm của phụ huynh. Kết quả được trình bày trong bảng 3. Trong các yếu tố kinh tế-xã hội, kinh tế của gia đình có mối liên quan mạnh đến mức độ lo lắng trầm cảm của phụ huynh. Cha mẹ trẻ hen phế quản có kinh tế nghèo dễ bị lo lắng trầm cảm hơn so với các phụ huynh có điều kiện kinh tế khá hơn, $F = 4,24$, $p < 0,05$. Điểm lo lắng trầm cảm của phụ huynh bệnh nhi được kiểm soát hoàn toàn con hen thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với trẻ chưa được kiểm soát tốt con hen, $F = 5,19$, $p = 0,03$.

Bảng 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ lo lắng trầm cảm của phụ huynh

Yếu tố	M	SD	F†	p-value
Tuổi				
18-30	6,20	5,06	1,800	0,176
31-36	5,28	3,91		
37+	2,75	3,37		
Giới tính				
Nam	4,09	3,88	1,261	0,267
Nữ	5,60	4,45		
Trình độ học vấn				
Dưới THPT	5,38	3,78	0,710	0,499
THPT	5,12	5,08		
Cao đẳng, đại học	3,40	3,44		
Điều kiện kinh tế gia đình				
Nghèo	7,38	4,12	4,241	0,045

Yếu tố	M	SD	F†	p-value
Tạm đủ, khá, giàu	4,50	4,26		
Mức độ kiểm soát bệnh hen				
Kiểm soát hoàn toàn	3,83	4,32	5,192	0,027
Chưa kiểm soát	6,46	3,99		
Mức độ tuân thủ điều trị				
Tốt	5,06	4,62	0,098	0,755
Không tốt	5,47	3,75		

Ghi chú: M: Trung bình, SD: độ lệch chuẩn, †: Giá trị của phân tích phương sai.

Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của phụ huynh.

Bảng 4 trình bày kết quả phân tích phương sai khảo sát mối tương quan giữa các đặc điểm của cha mẹ và đặc điểm của trẻ hen phế quản với chất lượng cuộc sống của phụ huynh. Điều kiện kinh tế của gia đình ít có quan hệ đến chất lượng cuộc sống của phụ huynh, ngoại trừ nhóm cha mẹ trẻ tuổi có điểm điểm chất lượng cuộc sống về hoạt động bình thường của gia đình do chăm sóc trẻ bị hen thấp hơn so với nhóm phụ huynh lớn tuổi, $F=3,34$, $p<0,05$. Phụ huynh bệnh nhi được kiểm soát hoàn toàn con hen có điểm chất lượng cuộc sống về xúc cảm, chất lượng cuộc sống về các hoạt động bình thường và chất lượng cuộc sống toàn bộ thấp hơn so với các phụ huynh có điều kiện kinh tế khá hơn, $p < 0,05$. Mức độ lo lắng trầm cảm cũng có mối tương quan nghịch mạnh đến chất lượng cuộc sống. Phụ huynh bị lo lắng trầm cảm có điểm chất lượng cuộc sống thấp hơn có ý nghĩa thống kê (chất lượng cuộc sống về xúc cảm: $F = 6,17$, $p < 0,05$; chất lượng cuộc sống toàn bộ : $F = 5,75$, $p < 0,05$).

Bảng 4. Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng chất lượng cuộc sống của phụ huynh

	Toàn bộ			Về xúc cảm			Về hoạt động bình thường		
	M	SD	F†	M	SD	F†	M	SD	F†
Tuổi									
18-30	4,31	1,53	2,697	4,14	1,53	2,225	4,70	1,59	3,339*
31-36	4,88	1,28		4,75	1,34		5,22	1,41	
37+	5,61	0,84		5,31	0,84		6,28	1,06	
Giới									
Nam	5,05	0,85	0,612	4,76	0,88	0,155	5,69	1,00	1,970
Nữ	4,71	1,51		4,59	1,54		5,04	1,61	
Trình độ học vấn									
Dưới THPT	4,51	1,49	0,406	4,34	1,48	0,547	4,90	1,63	0,387
THPT	4,93	1,12		4,70	1,25		5,43	0,96	
Cao đẳng, đại học	5,00	1,69		4,97	1,62		5,28	2,03	
Kinh tế gia đình									
Nghèo	4,36	1,29	1,505	4,15	1,22	1,760	5,01	1,68	0,300
Tạm đủ, khá, giàu	4,91	1,38		4,75	1,41		5,28	1,47	
Kiểm soát bệnh									
Kiểm soát hoàn toàn	5,25	1,37	5,682*	5,04	1,39	4,352*	5,73	1,44	6,216*
Chưa kiểm soát	4,39	1,24		4,26	1,29		4,74	1,41	
Tuân thủ điều trị									
Tốt	4,84	1,41	0,070	4,66	1,42	0,041	5,29	1,55	0,247
Không tốt	4,73	1,30		4,58	1,36		5,07	1,39	
Trầm cảm									
Có	3,97	0,79	5,754*	3,73	0,70	6,713*	4,69	1,28	1,776
Không	5,03	1,40		4,88	1,43		5,36	1,53	

Ghi chú: M: Trung bình, SD : Độ lệch chuẩn, †: Giá trị của phân tích phương sai

*: $p < 0,05$

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm khảo sát về ảnh hưởng của hen phế quản trẻ em tới mức độ lo lắng trầm cảm và chất lượng cuộc sống của gia đình trẻ bệnh. Ngoài ra, nghiên cứu này còn đánh giá mức khả dụng của các thang điểm tâm lý học phiên bản tiếng Việt, bao gồm thang điểm lo lắng trầm cảm và thang điểm chất lượng cuộc sống của cha mẹ trẻ bị hen phế quản.

Tỉ lệ bệnh nhân kiểm soát tốt cơn hen tại phòng khám hen - khoa Nhi Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương khá cao (46,2%). Kết quả này tương đối cao hơn so với các nghiên cứu trong và ngoài nước, ví dụ tác Lê Thị Thúy Loan nhận thấy sau quản lý và điều trị dự phòng hen phế quản tại bệnh viện Nhi đồng 2, chỉ có 18,7% bệnh nhi được kiểm soát tốt¹⁶; trong khi Shalowitz ghi nhận khoảng 40% bệnh nhi

là hen phế quản mức độ nhẹ, kiểm soát tốt⁶. Tuy nhiên tỉ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt bao gồm xịt thuốc đều, đúng cách và tái khám đủ, đúng hẹn còn chưa cao (67,3%), trong khi tỉ lệ tái khám thường xuyên tại Bệnh viện Nhi đồng II là 74,8%¹⁶. Do vậy cần phải nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh cũng như có những biện pháp nhằm tăng cường sự hiểu biết của phụ huynh với bệnh hen phế quản trẻ em để giúp bệnh nhi và gia đình tuân thủ tốt quá trình điều trị.

Tỉ lệ lo phụ huynh có dấu hiệu lo lắng trầm cảm trong nghiên cứu này là 21,2% hơi thấp hơn các nghiên cứu khác, ví dụ Kub và cộng sự cho thấy 25% phụ huynh trẻ bị hen phế quản có dấu hiệu lo lắng trầm cảm⁷. Sự khác biệt này có thể do thiết kế nghiên cứu. Bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh ngoại trú, điều trị để kiểm soát cơn hen, trong khi các nghiên cứu khác tiến hành trên trẻ em đang có



triệu chứng hen phế quản. Tuy nhiên với tỉ lệ lo lắng trầm cảm khá cao này chứng tỏ hen phế quản của trẻ ảnh hưởng đáng kể đến tâm lý của người nuôi dưỡng.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tìm thấy mối quan hệ mạnh giữa mức độ lo lắng trầm cảm của phụ huynh và kết quả điều trị kiểm soát cơn hen. Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác¹¹. Phụ huynh trẻ bị tái phát các cơn hen thường xuyên (chưa được kiểm soát) có nguy cơ bị lo lắng trầm cảm nhiều. Tuy nhiên điều này có thể có cách giải thích khác. Nếu phụ huynh đã bị lo lắng trầm cảm từ trước, họ ít tự tin và ít tin tưởng vào các phương pháp điều trị. Vì vậy các phụ huynh này khó tuân thủ điều trị, hoặc thậm chí ước lượng quá mức về tình trạng bệnh của con mình. Một số nghiên cứu thấy rằng lo lắng trầm cảm của phụ huynh trẻ hen phế quản liên quan đến trình độ giáo dục, việc làm và thu nhập của gia đình⁷. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi chỉ có tình trạng kinh tế ảnh hưởng đáng kể đến mức độ lo lắng trầm cảm của phụ huynh.

Nghiên cứu cho thấy chất lượng cuộc sống có mối quan hệ chặt chẽ với mức độ kiểm soát cơn hen và mức độ lo lắng trầm cảm của phụ huynh khi chăm sóc trẻ bị hen. Kết quả này phù hợp với các báo cáo trong y văn^{8,11}. Điều này cũng dễ hiểu vì các cơn hen thường xuyên của trẻ sẽ khiến cha mẹ và các thành viên trong gia đình cảm thấy mệt mỏi, lo lắng, nóng giận, thường xuyên bị thức giấc nửa đêm, ảnh hưởng đến việc làm hay công việc nhà, thay đổi các kế hoạch của gia đình, thường xuyên phải lo lắng tới thuốc trị hen/suyễn cho bé và những tác dụng phụ của nó, lo lắng về việc liệu trẻ có khỏi hẳn bệnh không... Ngoài ra chất lượng cuộc sống có mối tương quan nghịch với tình trạng lo lắng trầm cảm. Phụ huynh trẻ bị hen có điểm số chất lượng cuộc sống thấp nếu điểm lo lắng trầm cảm cao và ngược lại. Kết quả của nghiên cứu này gợi ý rằng điều trị tốt để kiểm soát bệnh hen trẻ em không những giúp bản thân trẻ bệnh mà còn góp phần giảm nhẹ mức độ lo âu trầm cảm và cải thiện chất lượng cuộc sống

cho cha mẹ và người nuôi dưỡng.

Hạn chế của đề tài:

Mặc dù các kết quả thu được khá giống với y văn và giải quyết tốt các câu hỏi nghiên cứu, tuy nhiên đề tài có thể có một số hạn chế sau. Thứ nhất, cỡ mẫu của nghiên cứu chưa thật sự lớn, vì thế một số yếu tố liên quan chưa phát hiện có ý nghĩa thống kê như các nghiên cứu tương tự. Tuy nhiên với mẫu là 52 đối tượng, hầu hết các giá định về mặt toán học thống kê được đảm bảo. Thứ hai, điều kiện tiến hành phỏng vấn chưa thật tốt và bảo đảm riêng tư. Các phụ huynh được phỏng vấn trước khi cho trẻ khám bệnh. Do số lượng bệnh nhân luôn quá tải tại phòng khám nên thời gian dành cho khám bệnh và phỏng vấn bị hạn chế. Hơn nữa điều kiện phỏng vấn chật hẹp nên các phụ huynh ngồi khá gần nhau khi phỏng vấn. Điều này có thể khiến cho người phỏng vấn lưỡng lự khi trả lời các câu hỏi có tính nhạy cảm. Thứ ba, trình độ học vấn của cha mẹ khác biệt khá nhiều. Dù các thang điểm này đã được thử nghiệm và cho kết quả rất tốt trên nhiều đối tượng với trình độ học vấn khác nhau, tuy nhiên khi tiến hành nghiên cứu này, người được phỏng vấn có trình độ học vấn cao dễ dàng tự điền các câu hỏi trong khi người có trình độ học vấn thấp phải nhờ sự trợ giúp của nhân viên y tế. Vì vậy tính chính xác của các câu trả lời có thể có sự khác biệt. Tuy vậy kết quả nghiên cứu cho thấy các thang điểm tâm lý học trong nghiên cứu này không thật sự bị ảnh hưởng do trình độ học vấn của phụ huynh. Thứ tư, mặc dù độ tin cậy (reliability) của các thang điểm CES-D và PACQLQ cao nhưng chưa đánh giá được độ chính xác (validity). Vì vậy cần các nghiên cứu xa hơn để có thể đánh giá được độ chính xác nhằm có thể áp dụng đại trà trên dân số. Cuối cùng, thang điểm CES-D và thang điểm PACQLQ về các hoạt động hàng ngày chưa phải là phân phối bình thường, hơi lệch phải hoặc trái. Tuy cỡ mẫu là 52 đủ để lớn để loại trừ nhược điểm này, nhưng cũng ảnh hưởng nhất định đến độ mạnh của thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. National Center for Health Statistics. Centers for Disease Control and Prevention. Summary health statistics for U.S. children: National Health Interview Survey. 2008; Available from: http://www.cdc.gov/nchs/nhis/nhis_series.htm.
2. Sembajwe G, Cifuentes M, Tak SW, Kriebel D, Gore R, Punnett L. National income, self-reported wheezing and asthma diagnosis from the World Health Survey. *European Respiratory Journal*, 2010. 35(2): p. 279-286.
3. Sy DQ, Thanh Binh MH, Quoc NT, Hung NV, Quynh Nhu DT, Bao NQ, Kiet LQ, Hai TD, Raffard M. Prevalence of asthma and asthma-like symptoms in Dalat Highlands, Vietnam. *Singapore Med J*, 2007. 48(4): p. 294-303.
4. Vietnamese asthma management guideline. Ministry of Health. Available from: http://www.ginasthma.org/documents/4/documents_variants/20/Vietnamese-Translation%2C-Pocket-Guide-for-Asthma-Management-and-Prevention.
5. Khổng Thị Ngọc Mai. Tỉ lệ và một số yếu tố liên quan đến hen phế quản, ở học sinh tiểu học, trung học cơ sở Gia Sàng,

thành phố Thái Nguyên. Tạp chí Khoa học Công nghệ, 2009. 2(50).

6. Shalowitz MU, Berry C, Quinn KA, Wolf RL. The relationship of life stressors and maternal depression to pediatric asthma in a subspecialty practice. *Ambul Pediatr*, 2001. 1(4): p. 185-93.
7. Kub J, Jennings JM, Donithan M, Walker JM, Land CL, Butz A. Life events, chronic stressors, and depressive symptoms in low-income urban. *Public Health Nurs*, 2009. 26(4): p. 297-306.
8. Halterman JS, Yoos HL, Conn KM, Callahan PM, Montes G, Neely TL, Szilagyi PG. The impact of childhood asthma on parental quality of life. *J Asthma*, 2004. 41(6): p. 645-53.
9. Radloff and L. Sawyer. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1977. 1(3): p. 385-401.
10. Thomas JI, Jones GN, Scarinci IC, Mehan DJ, Brantley P. The utility of the CES-D as a depression screening measure among low-income women attending primary care clinics. The Center for Epidemiologic Studies-Depression. *Int J Psychiatry Med*, 2001. 31(1): p. 25-40.
11. Bartlett SJ, Kolodner K, Butz AM, Eggleston P, Malveaux FJ, Rand CS. Maternal depressive symptoms and emergency department use among inner-city. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2001. 155(3): p. 347-53.
12. Trần Bích Phương. Improving knowledge of factors that influence the mental health of school children in Viet Nam, in School of Public Health. 2007, Queensland University of Technology.
13. Juniper EF, Guyatt GH, Feeny DH, Ferrie PJ, Griffith LE, Townsend M. Measuring quality of life in the parents of children with asthma. *Quality of Life Research*, 1996. 5(1): p. 27-34.
14. Stelmach I, Podlecka D, Smejda K, Majak P, Jerzynska J, Janas A, Stelmach W. Pediatric asthma caregiver's quality of life questionnaire is a useful tool for monitoring asthma in children. *Qual Life Res*, 2012. 21(9): p. 1639-42.
15. Nunnally, J.C. and I.H. Bernstein, *Psychometric theory*. (Third ed.) ed. 1994, New York : NY: McGraw-Hill, Inc.
16. Lê Thị Thúy Loan, Phạm Thị Minh Hồng. Tình hình quản lý hen phế quản tại Bệnh viện Nhi đồng 2 theo GINA 2006 *Y Hoc TP. Ho Chi Minh*, 2010. 14(1): p. 144-149.

PHỤ LỤC

Xin bạn vui lòng cho điểm vào các ô sau để diễn tả cảm xúc của bạn trong tuần vừa qua:

Thang điểm lo lắng trầm cảm (CES-D)	Thang điểm chất lượng cuộc sống (PACQLQ)
1. Bạn cảm thấy buồn	1. Bạn cảm thấy hoảng sợ, lo lắng vì bé bị ho, khò khè, hoặc khó thở
2. Bạn cảm thấy mọi người không thích mình	2. Gia đình bạn phải thay đổi các kế hoạch đã định trước bởi vì bé bị hen/suyễn
3. Bạn cảm thấy những người bạn quen không muốn thân thiện hoặc không gần gũi với bạn	3. Bạn cảm thấy nản lòng hoặc mất bình tĩnh vì bé lên cơn hen/suyễn
4. Bạn cảm thấy khó có thể bắt đầu làm việc	4. Cơn hen/suyễn của bé ảnh hưởng đến việc làm hay công việc nhà của bạn
5. Bạn cảm thấy suy sụp và không vui	5. Bạn cảm thấy khó chịu hoặc buồn phiền vì bé bị ho, khò khè, hoặc khó thở
6. Bạn cảm thấy cô đơn	6. Bạn cảm thấy mất ngủ vì bé bị hen/suyễn
7. Bạn không muốn ăn, bạn không thấy ngon miệng	7. Bạn cảm thấy phiền muộn vì bệnh hen/suyễn của bé làm ảnh hưởng đến mối quan hệ trong gia đình
8. Bạn cảm thấy mệt mỏi không thể làm gì	8. Bạn bị thức giấc ban đêm vì vì bé lên cơn hen
9. Bạn cảm thấy ngủ không ngon như trước	9. Bạn cảm thấy nóng giận vì bé lên cơn hen/suyễn
10. Bạn thấy vui vẻ/hạnh phúc	10. Bạn lo lắng về những hoạt động hàng ngày của bé
11. Tuần vừa qua là một tuần tốt đẹp với bạn	11. Bạn lo lắng về thuốc trị hen/suyễn cho bé, và những tác dụng phụ của nó
	12. Bạn lo lắng về việc liệu bé có khỏi hẳn bệnh không
	13. Bạn lo lắng quá mức về việc chăm sóc cho bé



<i>Chấm điểm</i>	<i>Chấm điểm</i>
0: Không hoặc hầu như không (ít hơn 1 ngày)	1: Lo lắng rất nhiều, tất cả mọi ngày
1: Tỉnh thoảng hoặc rất ít (1-2 ngày)	2: Lo lắng nhiều, hầu hết các ngày
2: Thường xuyên (3-4 ngày)	3: Khá lo lắng, đa số ngày
3: Hầu hết hoặc cả tuần (5-7 ngày)	4: Có thể có lo lắng, một vài ngày
Câu 10 và câu 11 chấm điểm ngược lại	5: Ít lo lắng, thỉnh thoảng
	6: Rất ít lo lắng, rất ít ngày
	7: Không lo lắng

CHẤT LƯỢNG RƯỢU TRUYỀN THỐNG, TỈ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN SỬ DỤNG RƯỢU BIA Ở NAM GIỚI TẠI THỊ TRẤN THÁI HÒA, HUYỆN TÂN UYÊN, TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2013

Trần Minh Hoàng¹, Trần Văn Hương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc sử dụng rượu bia là một thói quen mang đậm nét văn hoá tại nhiều quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Nghiên cứu đánh giá cả về chất lượng rượu bia và mức độ sử dụng rượu bia ở đối tượng nguy cơ cao để có biện pháp can thiệp không để tử vong do ngộ độc rượu trong thời gian tới là cần thiết.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ mẫu rượu truyền thống đạt chất lượng, tỉ lệ và các yếu tố liên quan đến rối loạn sử dụng rượu bia (lạm dụng rượu bia) ở nam giới trong độ tuổi lao động.

Phương pháp: Nghiên cứu được tiến hành theo thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, mẫu nghiên cứu bao gồm 49 cửa hàng kinh doanh rượu và 360 nam giới trong độ tuổi lao động được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% mẫu rượu không đạt chỉ tiêu Aldehyde, Furfurol và 16,3% mẫu rượu không đạt chỉ tiêu Methanol theo QCVN 6-3:2010/BYT. Có gần 50% nam giới uống rượu bia khi chưa đủ 19 tuổi, tỉ lệ rối loạn sử dụng rượu bia là 24,4% (Uống rượu nguy cơ 12,7%, uống rượu mức có hại 6%, nghiện rượu là 5,7%), tỉ lệ nam giới có kiến thức về rượu bia là thấp. Kết quả phân tích đa biến cho thấy: Có mối liên quan giữa: kiến thức đúng về tác dụng có lợi của rượu bia [PR=0,3, KTC95% (0,1-0,7); p=0,009]; hút thuốc lá ngày [PR=3,5; KTC 95% (1,8-6,8); p<0,001]; số người sống chung trong gia đình [PR=3; KTC95% (1,5-5,7); p=0,001] và tình trạng hôn nhân [PR=0,37; KTC95% (0,2-0,6); p<0,001] với rối loạn sử dụng rượu bia.

Kết luận - Kiến nghị: Nhà quản lý và các cấp chính quyền cần tăng cường công tác truyền thông và đối tượng truyền thông cần tập trung vào nhóm người góa vợ, ly thân, ly dị, hút thuốc lá nhiều và các gia đình đông người sống chung. Định kỳ giám sát ô nhiễm Aldehyde, Furfurol, Methanol

trong rượu.

Từ khóa: Rượu, Methanol, Aldehyde, Furfurol.

SUMMARY

Background: The use of alcohol is a habit of culture in many countries around the world, including Vietnam. The study evaluates both of the quality of alcohol and levels of alcohol use in high risk of group for intervention is not to die from alcohol poisoning in the future is necessary.

Objective: To determine the ratio of quality traditional wine and other factors associated with alcohol use disorders (alcohol abuse) in men of working age.

Method: The study was conducted according to design of described study. The sample size included: 49 wine shops and 360 men of working age were selected by systematic random method.

Result: The research results showed that 100% of wine samples (the aldehyde, methanol and furfural) fail to achieve QCVN 6-3:2010/MOH. Nearly 50 % of men were drinking alcohol before age 19, the rate of alcohol use disorder was 24.4 % (12.7 % At-risk drinker, drinking harmful levels of 6 %, 5.7 % Alcohol dependence). There is an association between right knowledge about the beneficial effects of alcohol [PR = 0.3 , 95% CI (0.1 to 0.7), p = 0.009]; Daily smokers [PR = 3.5, 95% CI (1.8 to 6.8), p < 0.001]; The number of people living in the family [PR = 3 , 95% CI (1.5 to 5.7), p = 0.001] and marital status [PR = 0.37, 95% CI (0.2-0.6), p < 0.001] with alcohol use disorders.

Conclusion - Petition: The management and all levels of government need to strengthen communication and objects need to focus on groups who are widowed, separated, divorced, smokers and families of people living together. Periodical monitoring aldehyde, furfural, Methanol in wine.

1. Chi Cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Bình Dương

2. Bệnh viện Đa khoa Nam Anh

Keyword: Methanol, Aldehyde, Furfurol

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc sử dụng rượu bia (SDRB) là một thói quen mang đậm nét văn hoá tại nhiều quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam [6]. SDRB đúng cách, đúng liều lượng sẽ mang lại trạng thái khỏe cả về thể chất và tinh thần cho người sử dụng. Tuy nhiên, rượu bia lại là chất kích thích, gây nghiện, do vậy người sử dụng rất dễ bị lệ thuộc và gây nhiều bệnh cho người sử dụng. Bên cạnh thói quen và mức độ sử dụng rượu bia thì chất lượng rượu bia cũng đang là một vấn đề quan tâm của cộng đồng. Rượu không đảm bảo chất lượng đã gây ra nhiều vụ ngộ độc. Tính từ năm 2000-2008 đã xảy ra 28 vụ ngộ độc rượu với tỉ lệ chết/mắc là 21,4% (34 người chết/159 người mắc).

Thái Hòa là một thị trấn trung tâm giữa các khu công nghiệp, nằm phía Tây của thị trấn Yên Hưng, huyện Tân Uyên, tỉnh Bình Dương, phía Bắc giáp ranh với thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai, phía Tây giáp ranh với các khu công nghiệp của thị xã Dĩ An và quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh, phía Đông giáp ranh với các khu công nghiệp của thị xã Thuận An. Trong 6 tháng đầu năm 2012 tại thị trấn Thái Hòa và vùng lân cận đã xảy ra 2 vụ ngộ độc rượu với 6 người tử vong, nguyên nhân là do sử dụng rượu quá mức và trong rượu có hàm lượng Methanol vượt quá quy định. Cũng chưa có một nghiên cứu nào liên quan đến rượu bia trên địa bàn thị trấn Thái Hòa và toàn tỉnh Bình Dương. Do đó, với ý định đánh giá cả về chất lượng rượu bia và mức độ SDRB ở đối tượng nguy cơ cao chúng tôi thực hiện đề tài “Chất lượng rượu truyền thống và tỉ lệ và các yếu tố liên quan đến rối loạn sử dụng rượu bia ở nam giới tại thị trấn Thái Hòa, huyện Tân Uyên, tỉnh Bình Dương năm 2013” để có biện pháp can thiệp không để tử vong do ngộ độc rượu trong thời gian tới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, địa điểm và thời gian:

- *Đối tượng:* Cơ sở kinh doanh rượu và nam giới trong độ tuổi lao động tại thị trấn Thái Hòa, huyện Tân Uyên, tỉnh Bình Dương.

- *Thời gian nghiên cứu:* Từ tháng 10/2012 đến tháng 3/2013.

Thiết kế và công cụ nghiên cứu:

- *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả-cắt ngang

- *Công cụ nghiên cứu:* Phiếu phỏng vấn cấu trúc dành cho đối tượng là nam giới 15-60 tuổi trong cộng đồng, gồm có nhưng nội dung sau: Thông tin nền (10 câu), thông tin về sử dụng rượu bia (10 câu), AUDIT: The Alcohol Use Disorder Identification Test (10 câu), kiến thức (14 câu), thái độ (6

câu). Biên bản lấy mẫu rượu và tem niêm phong mẫu, và dụng cụ lấy mẫu rượu bia theo Thông tư 14/2011/TT-BYT ngày 01/4/2011.

Cỡ mẫu và phương pháp lấy mẫu:

Cỡ mẫu

- Mẫu cho mục tiêu đánh giá chất lượng rượu bia: Tại thị trấn Thái Hòa có 3 đại lý có bán rượu, 9 nhà hàng quán ăn và 37 tạp hóa có bán rượu. Tại mỗi cơ sở kinh doanh rượu bia chọn tất cả các sản phẩm rượu, bia truyền thống (tự nấu)

- Mẫu cho mục tiêu xác định tỷ lệ sử dụng rượu bia

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = Z^2 \frac{pq}{d^2}$$

n: Cỡ mẫu; z: Hệ số tin cậy. Với độ tin cậy 95% thì giá trị của z = 1,96

Theo kết quả nghiên cứu về thực trạng SDRB ở Việt Nam của Bộ Y tế năm 2006 [1], tỷ lệ SDRB ở nam giới là 64% → p = 0,64; d = 0,05; q = 1-p = 0,36. Cỡ mẫu được tính theo công thức là 355 người là cỡ mẫu lớn nhất làm tròn 360 người.

Phương pháp lấy mẫu: Chọn tất cả các sản phẩm rượu truyền thống tại các cơ sở kinh doanh rượu; chọn 360 nam giới trong độ tuổi lao động bằng phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

Phân tích số liệu

Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 12.0. Sử dụng các phương pháp thống kê: Tỷ lệ %, bảng phân phối tần số được sử dụng để mô tả đơn biến. Sử dụng kiểm định χ^2 xác định sự khác biệt 2 tỷ lệ. Sử dụng phân tích sống còn Kaplan – Meier để tính tuổi bắt đầu uống rượu bia. Phân tích phân tầng để tìm yếu tố tương tác và gây nhiễu, dùng mô hình hồi quy Poisson để xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với RLSDRB hiệu chỉnh cho các biến số nhiễu hoặc tương tác. Ước lượng mối liên quan bằng số đo kết hợp tỉ số tỉ lệ mắc (PR) [3].

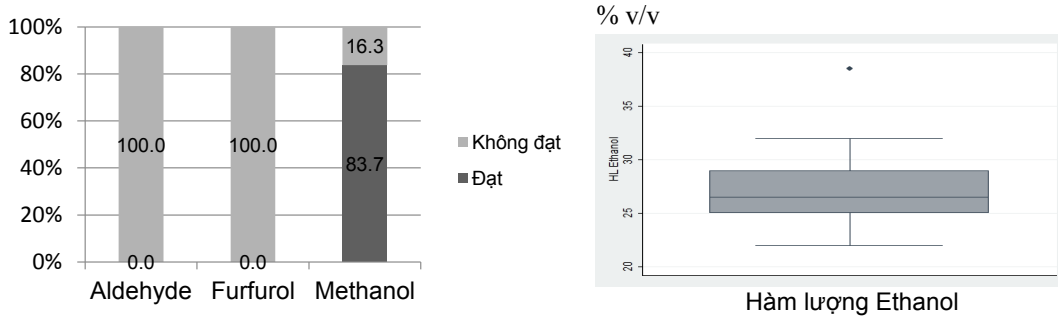
III. KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

Đặc điểm của cơ sở kinh doanh rượu

Đa số các cơ sở kinh doanh rượu là tạp hóa (75,5%), số cơ sở có giấy chứng nhận đủ điều kiện an toàn thực phẩm, kinh doanh rượu có công bố chất lượng, kinh doanh rượu có nhãn mác là thấp (dưới 21%) và có dưới 50% cơ sở có sản lượng bán ra 90 lít tháng.

Kết quả xét nghiệm rượu truyền thống

Biểu đồ 1: Kết quả xét nghiệm rượu truyền thống



Một trăm phần trăm (100%) mẫu rượu có hàm lượng Aldehyde và Furfurol không đạt theo QCVN 6-3:2010/BYT. Chỉ tiêu Methanol có tỉ lệ không đạt thấp hơn (16,3%), mẫu có hàm lượng lớn nhất là 0,3 (mg/l Etanol 100°C). Hàm lượng Ethanol trung bình trong mẫu rượu là 27,1±3 (%v/v).

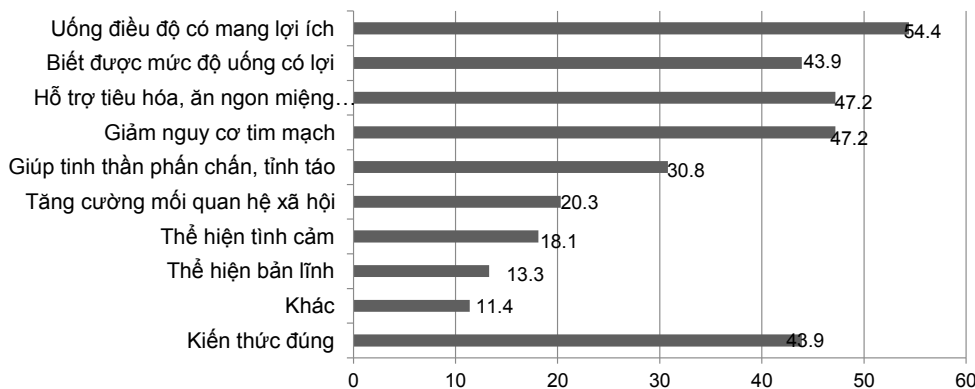
Đặc điểm của nam giới trong độ tuổi lao động

Các đối tượng được lựa chọn phân bố tương đối đều nhau ở các nhóm tuổi (15-24;25-34;35-44; 45-60), trong khoảng từ 20-30% cho mỗi nhóm tuổi. Phần lớn các đối tượng

nghiên cứu đã có vợ (55,8%), chưa lập gia đình (29,7%), góa/ly thân/ly dị (14,5%). Trình độ học vấn có tỉ lệ cao là nhóm từ cấp 2 đến cấp 3 (61,7%), có nghề nghiệp lao động chân tay (82,2%), có thu nhập trên 1,1 triệu đồng/tháng (88,1%). Nam giới có số người sống chung trong gia đình từ 4 người chiếm tỉ lệ 42,5% và có hút thuốc lá hàng ngày là cao (45%). Có 14,7% nam giới đang mắc các bệnh (Gan, tiêu hóa, tim mạch, huyết áp, thần kinh) theo kết luận của bác sĩ.

4. Kiến thức về sử dụng rượu bia

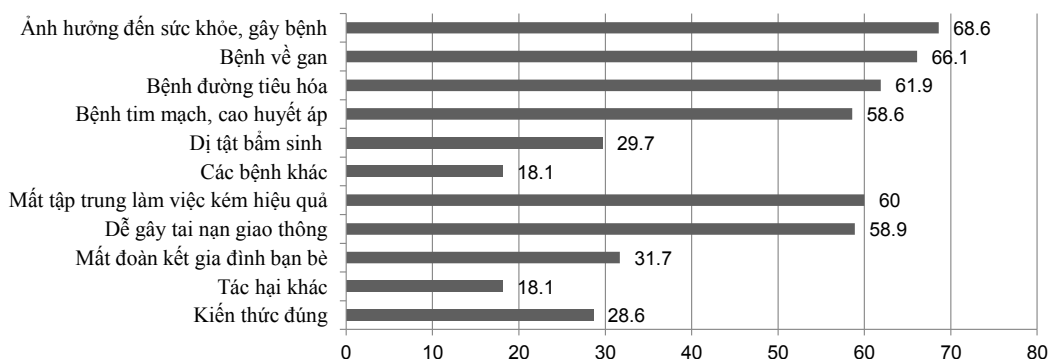
Biểu đồ 2: Kiến thức về tác dụng có lợi của rượu bia



Có 54,4% đối tượng nghiên cứu cho rằng uống rượu bia điều độ sẽ mang lại lợi ích và các lợi ích được nhắc đến nhiều là: Hỗ trợ tiêu hóa, ăn ngon miệng hơn; giảm nguy cơ tim

mạch. Có một số đối tượng cho rằng để thể hiện tình cảm 18,1%; thể hiện bản lĩnh 13,3%. Kiến thức đúng về tác dụng có lợi của rượu bia chỉ chiếm tỉ lệ 43,9%.

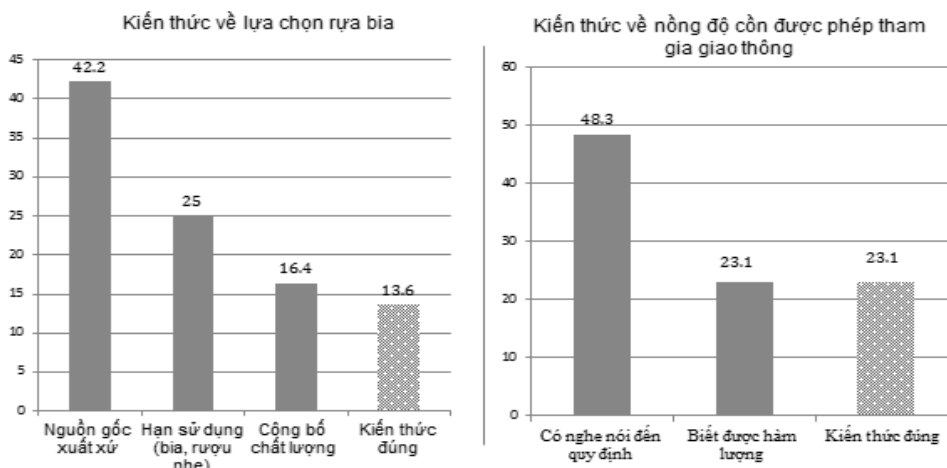
Biểu đồ 3: Kiến thức về tác dụng có hại của rượu bia



Tương tự như kiến thức về tác dụng có lợi, có 31,4% (113/360) nam giới cho rằng rượu bia không có tác hại gì và 68,6 % nam giới cho rằng có gây ảnh hưởng đến sức khỏe và gây bệnh, trong đó các bệnh về gan (66,1%), bệnh đường tiêu

hóa (61,9%), bệnh tim mạch, huyết áp (58,6%) được nhắc đến nhiều nhất. Tuy nhiên kiến thức đúng về tác dụng có hại của rượu bia là thấp 28,6% .

Biểu đồ 4: Kiến thức về lựa chọn rượu bia và nồng độ cồn được phép khi tham gia giao thông

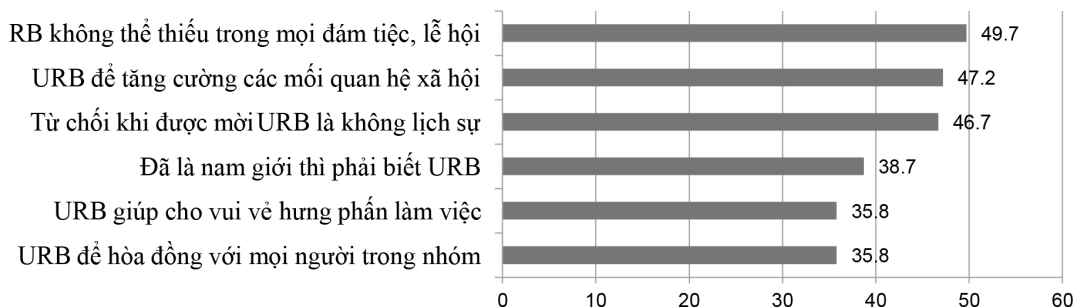


Chỉ có 13,6% đối tượng nghiên cứu có kiến thức đúng về lựa chọn rượu bia, đối tượng nghiên cứu chủ yếu quan tâm đến nguồn gốc xuất xứ, ít quan tâm đến sản phẩm rượu có còn hạn sử dụng hoặc đã được công bố chất lượng hay chưa.

Chỉ có 23,1% đối tượng nghiên cứu có kiến thức đúng về nồng độ cồn được phép khi tham gia giao thông.

Thái độ đối với các quan điểm về sử dụng rượu bia

Biểu đồ 5: Thái độ đối với các quan điểm sử dụng rượu bia

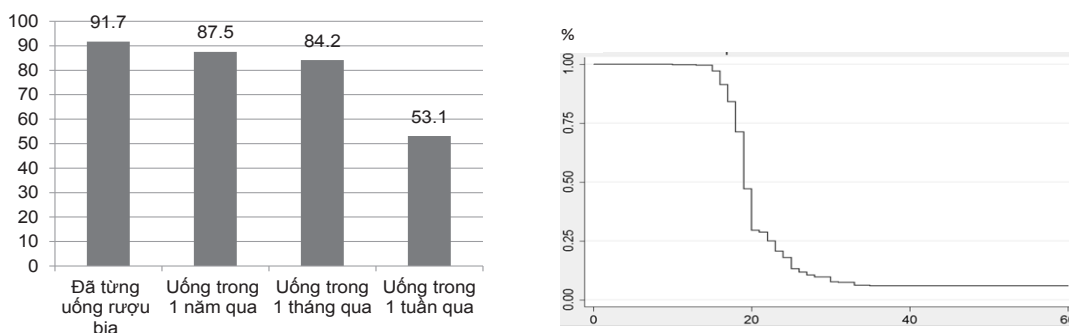


Có gần 50% các đối tượng ủng hộ các quan điểm “Rượu bia là một phần không thể thiếu trong mọi đám tiệc, lễ hội”, “Uống rượu, bia để tăng cường các mối quan hệ xã hội”, “Uống rượu, bia giúp cho vui vẻ hưng phấn làm việc”. Điều

này cũng phù hợp với thực tế vì ở Việt Nam việc sử dụng là rất phổ biến.

Thực trạng sử dụng rượu bia

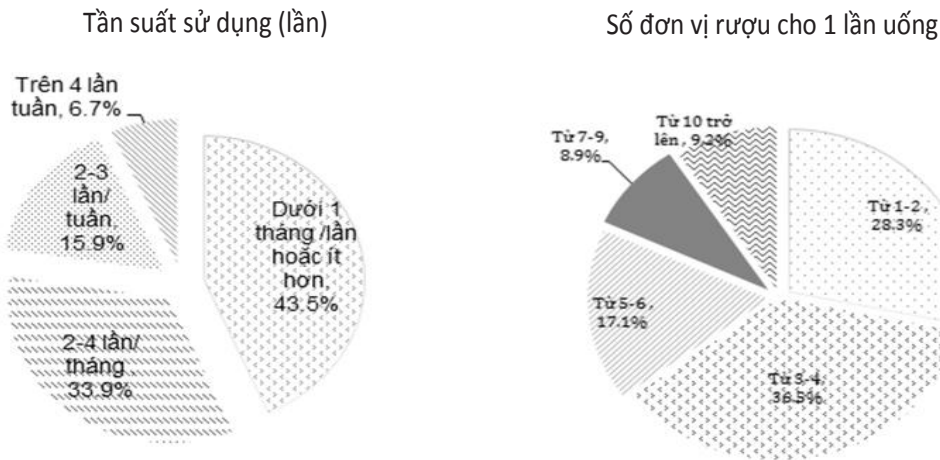
Biểu đồ 6: Tình hình sử dụng rượu bia và tuổi bắt đầu sử dụng rượu bia



Kết quả trên cho thấy hành vi uống rượu bia là phổ biến và kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Kết quả phân tích sống còn Kaplan – Meier cho thấy có gần 50% đối tượng bắt đầu uống rượu bia khi chưa đủ 19

tuổi. So với trên thế giới thì độ tuổi này là trẻ hơn (Mỹ:13,1; châu Âu: 13,6), so với nghiên cứu trước đây tại Việt Nam thì độ tuổi này trẻ hơn, nghiên cứu của Bộ Y tế là 26 tuổi [2],[1].

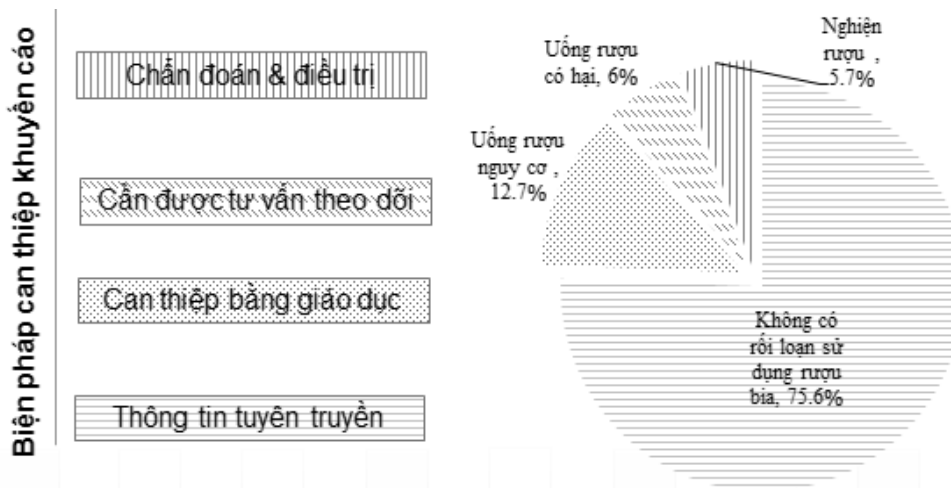
Biểu đồ 7: Tần suất và số lượng sử dụng rượu bia



Tần suất sử dụng từ 4 lần/tuần trở lên chiếm tỉ lệ 6,7%, có 137 đối tượng sử dụng rượu bia với tần suất ít (sử dụng rượu bia dưới 1 tháng/lần hoặc ít hơn) chiếm tỉ lệ 43,5%. Số lượng

đơn vị rượu uống trung bình cho 1 lần uống chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 3 hoặc 4 đơn vị rượu chuẩn (36,5%), đặc biệt tỉ lệ uống từ 6 đơn vị rượu chuẩn trở lên (Quá chén) chiếm tỉ lệ 35,2%.

Biểu đồ 8: Rối loạn sử dụng rượu bia và biện pháp can thiệp



Trong tổng số 315 nam giới có uống rượu bia trong năm qua, dựa vào điểm AUDIT xác định được: 77 (24,4%) đối tượng RLSDRB hay còn gọi là lạm dụng rượu bia, trong đó uống rượu mức nguy cơ (12,7%); uống rượu mức có hại (6%) và nghiện rượu là 5,7%. Kết quả nghiên cứu này là tương đương với kết quả nghiên cứu của Kim Bảo Giang tại huyện Thanh Oai, Hà Nội, năm 2011 [4]. Tuy nhiên, so với kết quả của một số nghiên cứu trước những năm 2003 [5] kết quả nghiên cứu này là cao hơn. Có 12,7% đối tượng nằm trong vùng nguy cơ II, tức là cần can thiệp bằng giáo dục; 6% nằm

trong vùng III cần được tư vấn theo dõi và 5,7% nằm trong phân vùng IV cần được chẩn đoán và điều trị nghiện rượu [8].

Rối loạn sử dụng rượu bia theo thái độ

Với những quan điểm về sử dụng rượu bia ở Biểu đồ 5, kết quả phân tích đơn biến cho thấy thái độ có mối liên quan mạnh với RLSDRB (p<0,05). Tuy nhiên, thái độ là cái khó can thiệp, chỉ có thể hy vọng cải thiện được thái độ thông qua việc cung cấp kiến thức. Do đó, để cải thiện tình trạng sử dụng rượu bia thì mấu chốt vẫn là công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho nhóm đối tượng này.



Rối loạn sử dụng rượu bia và các yếu tố liên quan**Bảng 3. Rối loạn sử dụng rượu bia và các yếu tố liên quan**

Các đặc tính	PR	(KTC95%)	p
Kiến thức đúng về tác dụng có lợi	0,3	(0,1-0,7)	0,009
Kiến thức về nồng độ cồn khi tham gia giao thông	0,27	(0,07-1,04)	0,057
Kiến thức đúng về lựa chọn rượu bia	3	(0,8-10,6)	0,08
Góa vợ/ Ly thân/ly dị	1		
Chưa lập gia đình	0,8	(0,7-1,1)	0,37
Có vợ	0,37	(0,2-0,6)	<0,001
Hút thuốc lá hàng ngày	3,5	(1,8-6,8)	<0,001
Số người sống chung trên 4 người	3	(1,5-5,7)	0,001
Có bệnh theo kết luận của bác sĩ	0,4	(0,1-1,01)	0,054

Kết quả phân tích phân tầng cho thấy các biến số gây nhiễu là: Trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, số người sống chung và hút thuốc lá. Do đó, các biến số được đưa vào phân tích đa biến bao gồm: (1) Biến số độc lập bao gồm 4 biến số: Kiến thức đúng về tác dụng có lợi của rượu bia, kiến thức đúng về tác hại của rượu bia, kiến thức đúng về lựa chọn rượu bia, kiến thức đúng về nồng độ cồn được phép khi tham gia giao thông, (2) Biến số kiểm soát bao gồm: Trình độ học vấn (có tính khuynh hướng), tình trạng hôn nhân, số người sống chung, hút thuốc lá và tình trạng bệnh. Kết quả phân tích đa biến, chúng tôi xác định được mô hình tốt nhất (Bảng 3), có kết quả như sau:

Nam giới có kiến thức đúng về tác dụng có lợi có tỉ lệ rối loạn sử dụng rượu bia bằng 0,3 lần so với người có kiến thức sai về tác dụng có lợi của rượu bia [PR=0,3, KTC95% (0,1-0,7); p=0,009]. Điều này có thể là do, người có kiến thức đúng sẽ biết được mức độ uống rượu bao nhiêu là có lợi và bao nhiêu là có hại nên họ kiểm soát việc uống rượu của mình tốt hơn.

Nam giới hút thuốc lá ngày có tỉ lệ rối loạn sử dụng rượu bia gấp 3,5 lần so với người không hút hoặc thỉnh thoảng mới hút [PR=3,5; KTC 95% (1,8-6,8); p<0,001]. Điều này có thể lý giải trong vũ trường, quán bar, quán nhậu người ta thường hút thuốc lá và uống rượu bia nhiều hơn những nơi khác. Một nghiên cứu thử nghiệm trên người tình nguyện của Trường đại học Y Duke, Mỹ vào năm 2004 [7] cũng cho thấy có mối liên quan này.

Nam giới có số người sống chung trong gia đình từ 4

người trở lên có tỉ lệ rối loạn sử dụng rượu bia gấp 3 lần so với nhóm có số người sống cùng từ 1-4 người [PR=3; KTC95% (1,5-5,7); p=0,001]; Nam giới có vợ có tỉ lệ rối loạn sử dụng rượu bia bằng 0,38 lần so với nam giới góa vợ/ ly thân/ ly dị [PR=0,37; KTC95% (0,2-0,6); p<0,001];

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức đúng về lựa chọn rượu bia, kiến thức về nồng độ cồn được phép khi tham gia giao thông, tình trạng bệnh với rối loạn sử dụng rượu bia (p>0,05).

KẾT LUẬN

Các mẫu rượu truyền thống (100%) tại thời điểm nghiên cứu là không đạt chất lượng theo quy định, các chỉ tiêu vượt quá hàm lượng tối đa cho phép là: Aldehyde, Furfural và Methanol.

Phần lớn nam giới trong độ tuổi lao động chưa có kiến thức đúng và đầy đủ về tác dụng có lợi của rượu bia, kiến thức về tác hại của rượu bia, kiến thức về lựa chọn rượu bia, kiến thức về nồng độ cồn được phép khi tham gia giao thông;

Tỉ lệ rối loạn sử dụng rượu bia là 24,4%. Trong đó, uống rượu có nguy cơ là 12,7%; Uống rượu ở mức có hại là 6%; Nghiện rượu là 5,7%;

Có mối liên quan giữa kiến thức đúng về tác dụng có lợi của rượu bia, hút thuốc lá, số người sống chung và tình trạng hôn nhân với rối loạn sử dụng rượu bia.

KIẾN NGHỊ

Đối với nhà quản lý và các cấp chính quyền có liên quan

Công tác truyền thông:

- Thông báo danh sách các cửa hàng bán rượu không đạt chất lượng trên các phương tiện truyền thông để người tiêu dùng kịp thời nắm bắt thông tin và chọn được những sản phẩm rượu an toàn;

- Nội dung truyền thông cho cộng đồng cần tập trung nhiều hơn vào các nội dung như: mức độ uống rượu bia như thế nào là có lợi, cách lựa chọn rượu bia, hàm lượng rượu bia được phép khi tham gia giao thông;

- Đối tượng truyền thông cần tập trung vào nhóm người có góa vợ, ly thân, ly dị, hút thuốc lá nhiều và các gia đình đông người sống chung;

Công tác thanh, kiểm tra:

Tăng cường thanh, kiểm tra các cơ sở kinh doanh rượu bia. Không cho phép các cửa hàng bán các loại rượu không rõ nguồn gốc xuất xứ, chưa công bố chất lượng và không có nhãn mác.

Công tác giám sát nguy cơ ô nhiễm:

Định kỳ tổ chức giám sát ô nhiễm các độc tố Aldehyde,

Furfurol, Methanol.

Xây dựng chương trình chuyên sâu về phòng chống lạm dụng rượu bia trong cộng đồng như: Can thiệp bằng giáo dục, can thiệp tư vấn theo dõi tình trạng sức khỏe và chuẩn đoán và điều trị nghiện rượu.

Đối với cơ sở kinh doanh:

Cửa hàng kinh doanh rượu chỉ được phép bán những sản

phẩm rượu bia đã được chứng nhận công bố chất lượng, có nguồn gốc xuất xứ và nhãn mác đầy đủ.

Về phía người tiêu dùng:

Trước thực trạng rượu bia không đảm bảo chất lượng như hiện nay, người tiêu dùng chỉ nên chọn mua những sản phẩm rượu, bia đã được chứng nhận về chất lượng của cơ quan quản lý, có nguồn gốc xuất xứ rõ ràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2006) *Báo cáo đánh giá tình hình lạm dụng rượu bia tại Việt Nam*, Viện Chính sách và chiến lược, Báo cáo nghiên cứu khoa học Hà Nội, tr.6-8.
2. Bộ Y tế, Tổng Cục thống kê, UNICEF, WHO (2006) *Báo cáo điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam*, Nhà xuất bản Thống kê Hà Nội, tr 66-70.
3. Đỗ Văn Dũng (2009) *Phương pháp nghiên cứu sức khỏe cộng đồng*, Đại học Y Dược Tp.HCM, Hồ Chí Minh, tr.73-298.
4. Kim Bảo Giang, Hoàng Văn Minh (2011) "Tình hình sử dụng và lạm dụng rượu/bia của người dân huyện Thanh Oai, Hà Nội và một số yếu tố liên quan". *Tạp chí Y học Thực hành*, Bộ Y tế, 764 (Số 5-2011), tr.50-54.
5. Nguyễn Văn Việt (2002) *Báo cáo kỹ yếu Hội thảo chính sách phòng chống lạm dụng rượu bia*, Ủy ban các vấn đề xã hội, Quốc hội, Hà Nội, tr.1-10.
6. Vũ Thị Mai Anh (2007) *Thực trạng sử dụng rượu bia và một số yếu tố liên quan đến lạm dụng rượu bia của nam giới trong độ tuổi lao động tại xã Việt Đoàn, huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh*, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng tr.1-63.
7. Duke University Medical Center (2004) "Alcohol Boosts Smoking's Effects". *Health Insurance Newsletter*, No 6 (345), pp.1.
8. Thomas F.Babor, John C.Higgins-Biddle, John B.Saunders, Maristela G.Monteiro (2007) *The Alcohol Use Disorders identification Test*, WHO, page 1-41.



SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI PHÒNG KHÁM BÁC SĨ GIA ĐÌNH, BỆNH VIỆN QUẬN 2 THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Văn Khanh¹, Phạm Lê An¹, Nguyễn Quỳnh Trúc², Đinh Văn Quỳnh², Nguyễn Văn Tập²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hài lòng người bệnh tại phòng khám Bác sĩ Gia đình Bệnh viện quận 2 thành phố Hồ Chí Minh năm 2016. **Phương pháp:** Điều tra ngang 425 bệnh nhân có sử dụng dịch vụ khám bác sĩ gia đình tại Bệnh viện quận 2. **Kết quả:** Người dân hài lòng về dịch vụ bác sĩ gia đình tại Bệnh viện quận 2, điểm hài lòng trung bình ở mức tương đối cao, điểm hài lòng trung bình về phương tiện hữu hình đạt 4,86; về khả năng đáp ứng dịch vụ đạt 4,50; về năng lực phục vụ của nhân viên y tế đạt 4,91; về danh tiếng, uy tín của bệnh viện đạt 5,64; về sự đồng cảm của nhân viên y tế đạt 4,00; sự tin cậy vào bác sĩ gia đình đạt 4,36; về chi phí đạt 4,37. Có tới 97,3% người dân đồng ý tiếp tục sử dụng dịch vụ bác sĩ gia đình trong tương lai, 97,5% đồng ý sẽ giới thiệu dịch vụ cho người thân quen. Phòng khám bác sĩ gia đình cần thực hiện nhiều biện pháp cải tiến nhằm tăng sự đáp ứng được nhu cầu ngày càng cao của người dân.

Từ khóa: Hài lòng người bệnh, phòng khám bác sĩ gia đình, Bệnh viện quận 2.

ABSTRACT

SATISFACTION OF PATIENTS AT THE FAMILY DOCTOR CLINIC, HOSPITAL DISTRICT 2, HO CHI MINH CITY

Object: Evaluate satisfaction of patient at the family Doctor Clinic District 2, Ho Chi Minh city, 2016. **Methods:** Surveys of 425 patients using family doctor services at District 2 Hospital. **Results:** Patients are relatively satisfied with the service of family doctor's clinic at District 2 Hospital, satisfaction scores is medium; total satisfaction average score of specially on tangible medias is 46,7; about ability to response the service is 24,4, the capacity of the health care worker is 34,2; the sympathy of the medical staff is 27,1, the trust in the family doctor is 29,3; about cost is 29,2. However, up to

97,3% agree to continue using family doctor services in the future, 97,5% agree to recommend services to relatives. The family doctor's office need enhance of quality improvement activities to response some expectations of the patients.

Keyword: Satisfaction of patient, family doctor's clinic; District 2rd hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng dịch vụ là yếu tố quan trọng, quyết định sự tồn tại của bệnh viện [3]. Ngày nay, sự hài lòng của bệnh nhân được xem là một tiêu chí quan trọng dùng để đo lường sự đáp ứng của các cơ sở y tế đối với những mong đợi của bệnh nhân và đã được Bộ Y tế đưa vào nội dung kiểm tra công tác bệnh viện hàng năm [1]. Một số nghiên cứu ở Việt Nam đã cho thấy bệnh nhân chưa thật sự hài lòng về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại các bệnh viện công lập. Tuy vậy chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về dịch vụ y tế tại các cơ sở đang thực hiện mô hình xã hội hóa y tế, đặc biệt là dịch vụ khám bác sĩ gia đình. Để đánh giá và có các biện pháp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đáp ứng sự hài lòng bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Khảo sát sự hài lòng của người bệnh tại phòng khám Bác sĩ gia đình, Bệnh viện Quận 2 năm 2016”.

II. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân trên 16 tuổi khám ngoại trú tại phòng khám Bác sĩ gia đình, Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu được tính theo công thức:

1. Bệnh viện Quận 2

2. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

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

$Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$ là trị số của phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%. $\alpha=0,05$ là xác suất sai lầm loại I, $d=0,05$ là sai số cho phép. $p = 0,56$; dựa vào nghiên cứu tại huyện Lai Vung tỉnh Đồng Tháp năm 2014 của Nguyễn Văn Năm, tỷ lệ hài lòng bệnh nhân là 56% [5]. Dự trừ mất mẫu 10%. Như vậy, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 416 người dân. Thực tế khảo sát 423 người dân.

Phương pháp: Phỏng vấn người bệnh bằng phiếu khảo sát hài lòng người bệnh thiết kế sẵn.

Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata-13. Mô tả và phân tích kết quả nghiên cứu qua các bảng và tính tỷ lệ phần trăm. Sử dụng kiểm định χ^2 để so sánh các tỷ lệ.

2.3. Chỉ số nghiên cứu: Mức độ hài lòng bệnh nhân được đánh giá theo 7 thành tố gồm phương tiện hữu hình, sự đáp ứng, sự đồng cảm, sự tin cậy, năng lực phục vụ, danh tiếng/ uy tín, chi phí, dựa trên mô hình SERVQUAL. Mức độ hài lòng được tính theo thang điểm 7 tương ứng với 7 mức độ (hoàn toàn không hài lòng, rất không hài lòng, không hài lòng, trung lập, hài lòng, rất hài lòng, hoàn toàn hài lòng). Điểm hài lòng trung bình theo từng thành tố là tổng điểm hài lòng trung bình của các yếu tố thuộc thành tố đó.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đảm bảo quyền lợi của bệnh nhân và bảo mật thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ - NGHIÊN CỨU:

3.1 Một số của bệnh nhân sử dụng dịch vụ khám bác sĩ gia đình

Đặc điểm của bệnh nhân sử dụng dịch vụ bác sĩ gia đình: Tỷ lệ giới nam 62,3% và nữ 37,7%. Đa số có học vấn trung học cơ sở và trung học phổ thông với 83,9%; trung cấp, cao đẳng 11,4%; tỷ lệ đang hoặc đã từng có gia đình 75,4%.

Về số người thân tham tỷ lệ tham gia sử dụng dịch vụ khám bác sĩ gia đình cùng một số người thân đạt 63,6%; cả gia đình sử dụng dịch vụ khám bác sĩ gia đình đạt 16,1%. Về nguồn thông tin giới thiệu đến với dịch vụ bác sĩ gia đình, tỷ lệ biết được dịch vụ bác sĩ gia đình từ người thân và bạn bè, hàng xóm là 68,2%; qua thông tin bệnh viện, tư vấn là 23,6%; quan báo đài, truyền thông là 8,2%.

3.2 Hài lòng của người bệnh sử dụng dịch vụ khám bác sĩ gia đình

Bảng 1. Mức độ hài lòng về phương tiện, trang thiết bị cơ sở vật chất bệnh viện (n=423)

Hài lòng về phương tiện hữu hình	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Trang thiết bị chẩn đoán hiện đại qua quảng cáo	4,77	0,62
Bác sĩ, y tá, nhân viên mặc đồng phục lịch sự	4,97	0,20
Khu vực công cộng sạch sẽ, không có rác	4,97	0,22
Nhà vệ sinh sạch sẽ, có nước và xà phòng	4,81	0,66
Giờ khám, chẩn đoán, xét nghiệm linh hoạt	4,56	0,89
Vị trí gần khu chẩn đoán, nhà thuốc	4,94	0,30
Có chỗ ngồi chờ khám cho bệnh nhân và thân nhân	4,97	0,18

Điểm hài lòng trung bình về phương tiện hữu hình đạt 4,86; trong đó về trang thiết bị chẩn đoán đạt $4,77 \pm 0,62$; về nhân viên y tế mặc đồng phục đạt $4,97 \pm 0,20$; về khu vực công cộng đạt $4,97 \pm 0,22$; về giờ khám, chẩn đoán, xét nghiệm đạt $4,56 \pm 0,89$; về vị trí khoa khám bệnh $4,94 \pm 0,30$; về chỗ ngồi chờ khám đạt $4,97 \pm 0,18$.

Bảng 2. Đánh giá của bệnh nhân về đáp ứng bệnh viện (n=423)

Hài lòng về đáp ứng của bệnh viện	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Khám ngay khi đến lượt	4,95	0,30
NVYT dành thời gian trả lời, hướng dẫn	4,98	0,26
Bác sĩ luôn giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi	4,84	0,50
Bộ phận tiếp nhận trả lời điện thoại	3,22	0,56

Điểm hài lòng người bệnh trung bình về các đáp ứng của bệnh viện đạt 4,50; trong đó: Hài lòng về việc được khám ngay khi đến lượt đạt $4,95 \pm 0,30$; nhân viên y tế dành thời gian trả lời, hướng dẫn đạt $4,98 \pm 0,26$; nhân viên y tế giúp đỡ, tạo điều kiện cho bệnh nhân $4,84 \pm 0,50$; về bộ phận tiếp nhận trả lời điện thoại chỉ đạt $3,22 \pm 0,56$

Bảng 3. Đánh giá của bệnh nhân về sự đồng cảm của nhân viên y tế (n=423)

Hài lòng về sự đồng cảm	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Bác sĩ khi khám ân cần, lắng nghe ý kiến	3,61	0,87
Bác sĩ luôn động viên, an ủi và giải thích kỹ lưỡng	4,97	0,23
Thường xuyên sinh hoạt câu lạc bộ	3,18	0,47
Không tự di chuyển được, bác sĩ đến khám tại nhà	3,31	0,68
Bác sĩ khám kỹ và cho lời khuyên phù hợp	4,95	0,34

Điểm hài lòng trung bình về sự đồng cảm của nhân viên y tế đạt 4,00; trong đó về việc bác sĩ khám ân cần, lắng nghe ý kiến đạt 3,61±0,87; bác sĩ luôn động viên, an ủi và giải thích kỹ lưỡng đạt 4,97±0,23; về sinh hoạt câu lạc bộ đạt 3,18±0,47; về bác sĩ đến nhà khám bệnh đạt 3,31±0,68; bác sĩ khám kỹ và đưa ra lời khuyên phù hợp đạt 4,95±0,34.

Bảng 4. Mức độ tin cậy của bệnh nhân đối với bệnh viện (n=423)

Tin cậy của bệnh nhân	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thăm khám, nhận kết quả theo đúng lịch hẹn	4,94	0,31
Định kỳ tầm soát ung thư, bệnh mãn tính	4,96	0,24
Thắc mắc với nhân viên, đơn vị giải quyết thiện chí	3,92	0,91
Lập hồ sơ theo dõi ngay lần khám đầu tiên	4,70	0,64
Có xin lỗi khi nhân viên không đúng lịch khám	3,30	0,57

Điểm hài lòng trung bình về sự tin cậy của bệnh nhân với bệnh viện đạt 4,36; trong đó về việc được thăm khám, nhận kết quả đúng lịch hẹn đạt 4,94±0,31; về định kỳ tầm soát ung thư, bệnh mãn tính đạt 4,96±0,24; thắc mắc với nhân viên, đơn vị được giải quyết thiện chí đạt 3,92±0,92; về lập hồ sơ theo dõi ngay lần khám đầu tiên đạt 4,70±0,64; về được xin lỗi khi nhân viên không đúng hẹn là 3,30±0,57.

Bảng 5. Đánh giá của bệnh nhân về năng lực phục vụ của nhân viên y tế (n=423)

Hài lòng về năng lực phục vụ nhân viên y tế	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Bác sĩ tư vấn phương pháp điều trị và phòng bệnh	4,99	0,08
Bác sĩ xác định được các vấn đề ở giai đoạn sớm	4,99	0,10
Có lưu trữ hồ sơ đầy đủ và bảo mật	4,82	0,53
Ân cần, tươi cười chào hỏi bệnh nhân	5,00	0,07
Chuyển khám chuyên khoa nếu nghiêm trọng	4,76	0,61

Điểm hài lòng trung bình về năng lực phục vụ của nhân viên y tế đạt 4,91; trong đó về tư vấn cho bệnh nhân là 4,99±0,08; về xác định vấn đề ở giai đoạn sớm đạt 4,99±0,10; về lưu trữ hồ sơ bệnh án đầy đủ, bảo mật đạt 4,82±0,53; về thái độ ân cần, tươi cười chào hỏi đạt 5,00±0,07; về được chuyển khám chuyên khoa nếu nghiêm trọng đạt 4,76±0,61.

Bảng 6. Danh tiếng, uy tín bệnh viện (n=423)

Hài lòng về danh tiếng, uy tín	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thường xuyên tổ chức khám từ thiện	4,38	0,83
Đăng ký thăm khám dài hạn	4,25	0,64
Tham gia khám bệnh do người thân/bạn bè giới thiệu	6,78	0,63
Giới thiệu dịch vụ	6,77	0,62
Đường dây nóng, hộp thư góp ý	6,00	1,17

Điểm hài lòng trung bình về danh tiếng, uy tín bệnh viện đạt 5,64; trong đó, về tổ chức khám từ thiện đạt 4,38±0,83; đăng ký khám dài hạn ở bệnh viện đạt 4,25±0,64; về tham gia khám bệnh do người thân quen giới thiệu đạt 6,78±0,63; về giới thiệu dịch vụ đạt 6,77±0,62; về đường dây nóng góp ý đạt 6,00±1,17.

Bảng 3.7. Đánh giá của bệnh nhân về chi phí điều trị (n=423)

Hài lòng về chi phí	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thu phí khám, chẩn đoán phù hợp với điều kiện	4,60	0,77
Thanh toán phí khám, chẩn đoán linh hoạt	4,86	0,47
Mức tăng phí khám, chuẩn đoán hàng năm hợp lý	3,92	0,96
Có chính sách giảm phí cho hoàn cảnh đặc biệt	3,50	0,79
Có khám bảo hiểm y tế	4,96	0,27

Điểm hài lòng trung bình về chi phí đạt 4,37; trong đó về việc thu phí khám, chẩn đoán phù hợp đạt 4,60±0,77; phương thức thanh toán linh hoạt đạt 4,86±0,47; về mức tăng phí khám chữa bệnh hằng năm hợp lý đạt 3,92±0,96; về chính sách giảm phí cho người có hoàn cảnh đặc biệt đạt 3,50±0,79; về khám bảo hiểm y tế đạt 4,96±0,27.

Bảng 3.8. Đánh giá hài lòng về chất lượng dịch vụ khám bác sĩ gia đình (n=423)

Nội dung	Tần số (n=425)	Tỷ lệ (%)
Tiếp tục sử dụng dịch vụ	412	97,1
Giới thiệu dịch vụ cho bạn bè, người thân	414	97,5

Tỷ lệ mong muốn tiếp tục sử dụng dịch vụ khám bác sĩ gia đình trong tương lai là 97,1%; quyết định sẽ giới thiệu dịch vụ cho người thân quen đạt 97,5%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (62,3% so với 37,7%). Về số người thân tham gia, tỷ lệ tham gia sử dụng dịch vụ khám bác sĩ gia đình cùng một số người thân đạt 47,3%; cả gia đình sử dụng dịch vụ khám bác sĩ gia đình đạt 21,2%. Tỷ lệ biết được dịch vụ bác sĩ gia đình từ người thân và bạn bè, hàng xóm là 72,1%; qua thông tin bệnh viện, tư vấn là 25,1%

Hài lòng của bệnh nhân về phương tiện hữu hình: Qua khảo sát về điểm số trung bình hài lòng về phương tiện hữu hình của phòng khám BSGĐ Bệnh viện Quận 2 đa số người dân đánh giá điểm trung bình hài lòng ở mức tương đối cao với 4,86 điểm, trong đó, về trang thiết bị chẩn đoán đạt 4,77±0,62; về nhân viên y tế mặc đồng phục đạt 4,97±0,20; về khu vực công cộng đạt 4,97±0,22; về giờ khám, chẩn đoán, xét nghiệm đạt 4,56±0,89; về vị trí khoa khám bệnh 4,94±0,30; về chỗ ngồi chờ khám đạt 4,97±0,18. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phùng Thị Hồng Hà tại Bệnh viện Việt Nam Cu Ba Đồng Hới - Quảng Bình [4]. Tuy vậy, về yếu tố nhà vệ sinh sạch sẽ, có nước rửa tay và xà phòng thì người dân đánh giá chưa cao, ngày nay, yếu tố môi trường công cộng và nhà vệ sinh bệnh viện là yếu tố tích cực ảnh hưởng đến hài lòng của người dân.

Hài lòng của bệnh nhân về đáp ứng về dịch vụ khám bác sĩ gia đình

Điểm hài lòng người bệnh trung bình về các đáp ứng của bệnh viện tương đối cao đạt 4,50. Hài lòng về việc được khám ngay khi đến lượt đạt 4,95±0,30; nhân viên y tế dành thời gian trả lời, hướng dẫn đạt 4,98±0,26; nhân viên y tế giúp đỡ, tạo điều kiện cho bệnh nhân 4,84±0,50. Kết quả cho thấy người dân hài lòng về khả năng đáp ứng này; tuy nhiên

sự hài lòng về bộ phận tiếp nhận trả lời điện thoại còn hạn chế, điểm trung bình chỉ đạt 3,22±0,56. Nghiên cứu của tác giả Al-Tannir [6] cũng cho kết quả tương tự.

Hài lòng của bệnh nhân về đồng cảm của bác sĩ gia đình

Sự đồng cảm của NVYT tại phòng khám BSGĐ Bệnh viện Quận 2 được người dân đánh giá chưa cao, điểm trung bình chỉ đạt 4,00 điểm. Điểm hài lòng trung bình về việc bác sĩ khám ân cần, lắng nghe y kiến đạt 3,61±0,87; bác sĩ luôn động viên, an ủi và giải thích kỹ lưỡng đạt 4,97±0,23; về sinh hoạt câu lạc bộ đạt 3,18±0,47; về bác sĩ đến nhà khám bệnh đạt 3,31±0,68; bác sĩ khám kỹ và đưa ra lời khuyên phù hợp đạt 4,95±0,34. So với kết quả nghiên cứu tại 3 Bệnh viện đa khoa hạng I thuộc Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh của tác giả Lê Thanh Chiến [2], thì nghiên cứu này có điểm trung bình thấp hơn. Đặc biệt, người dân chưa hài lòng về việc bác sĩ sẽ đến khám tận nhà nếu người dân không thể di chuyển được và tổ chức sinh hoạt câu lạc bộ bệnh nhân, cần xem xét việc đến khám tại nhà đối với những người dân không di chuyển được và cần tăng cường sinh hoạt các câu lạc bộ bệnh nhân về các bệnh mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp...

Bệnh nhân tin cậy ở bác sĩ gia đình

Điểm hài lòng trung bình về tin cậy của người dân với dịch vụ khám bác sĩ gia đình đạt 4,36; trong đó, về việc được thăm khám, nhận kết quả đúng lịch hẹn đạt 4,94±0,31; về định kỳ tầm soát ung thư, bệnh mạn tính đạt 4,96±0,24; về lập hồ sơ theo dõi ngay lần khám đầu tiên đạt 4,70±0,64. Như vậy người dân tương đối hài lòng về việc tổ chức thăm khám, trả kết quả đúng hẹn và việc tầm soát các bệnh mạn tính. Tuy vậy điểm hài lòng trung bình về việc thắc mắc với nhân viên, đơn vị được giải quyết thì còn thấp, chỉ đạt 3,92±0,92; về được xin lỗi khi nhân viên không đúng hẹn chỉ đạt 3,30±0,57. Được lập hồ sơ bệnh án ngay lần khám đầu tiên là vấn đề mà người dân hài lòng nhất, lập hồ sơ bệnh án cho người dân ngay lần đầu đến khám tạo một cảm giác tin cậy vì bệnh tình của họ được quan tâm theo dõi xuyên suốt, liên tục, toàn diện và lâu dài. Người dân đến cơ sở y tế khám bệnh đều mong muốn được bày tỏ những vấn đề của bản thân, được nhân viên y tế chia sẻ, thấu hiểu, giải đáp, tư vấn, điều trị hợp lý.

Hài lòng của bệnh nhân về năng lực phục vụ

Hài lòng của người dân về năng lực phục vụ tại phòng khám BSGĐ ở mức cao đạt 4,91 điểm, trong đó về tư vấn cho bệnh nhân là 4,99±0,08; về xác định vấn đề ở giai đoạn sớm đạt 4,99±0,10; về lưu trữ hồ sơ bệnh án đầy đủ, bảo mật đạt 4,82±0,53; về thái độ ân cần, tươi cười chào hỏi đạt 5,00±0,07; về được chuyển khám chuyên khoa nếu nghiêm trọng đạt 4,76±0,61. Dịch vụ khám bác sĩ gia đình được



đánh giá là có năng lực phục vụ tốt thể hiện qua các mặt tư vấn cho người dân và gia đình về phương pháp điều trị và phòng bệnh trong buổi khám; xác định các vấn đề của người dân trong giai đoạn sớm; phòng khám có lưu trữ hồ sơ đầy đủ và bảo mật; NVYT luôn luôn ân cần, tươi cười chào hỏi người dân và nếu vượt quá khả năng bác sỹ sẽ chuyển sang chuyên khoa. Những yếu tố này cần được tăng cường.

Hài lòng của bệnh nhân về danh tiếng bệnh viện

Điểm hài lòng trung bình về danh tiếng, uy tín bệnh viện ở mức cao đạt 5,64 điểm; trong đó một số khía cạnh đạt điểm cao, về tham gia khám bệnh do người thân quen giới thiệu đạt 6,78±0,63; về giới thiệu dịch vụ đạt 6,77±0,62; về đường dây nóng góp ý đạt 6,00±1,17. Tuy nhiên, về vấn đề thường xuyên tổ chức khám từ thiện và đăng ký khám bệnh dài hạn thì người dân chỉ đánh giá là tạm hài lòng, điểm số đạt 4,38±0,83 và 4,25±0,64. Thực tế, tổ chức các buổi khám từ thiện có ý nghĩa quan trọng nhằm chia sẻ, truyền đạt kiến thức, giáo dục sức khỏe cho người dân, giúp tự chăm sóc, phòng ngừa và nâng cao sức khỏe chính bản thân và gia đình của họ.

Hài lòng của bệnh nhân về chi phí

Chi phí khám bệnh là một trong những yếu tố ảnh hưởng rất nhiều đến mức độ cũng như khả năng hài lòng của bệnh nhân. Kết quả điểm hài lòng trung bình về chi phí đạt 4,37

điểm, trong đó về việc thu phí khám, chẩn đoán phù hợp đạt 4,60±0,77; phương thức thanh toán linh hoạt đạt 4,86±0,47; về mức tăng phí khám chữa bệnh hằng năm hợp lý đạt 3,92±0,96; về chính sách giảm phí cho người có hoàn cảnh đặc biệt đạt 3,50±0,79; về khám bảo hiểm y tế đạt 4,96±0,2 tương đương kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Nam Cu Ba Đồng Hới, Quảng Bình” [4]. Tuy nhiên, trong phần đánh giá điểm trung bình hài lòng về chi phí, thì yếu tố có khám bảo hiểm y tế là người dân đánh giá hài lòng thấp nhất.

KẾT LUẬN

Người dân hài lòng về dịch vụ bác sỹ gia đình tại Bệnh viện Quận 2, điểm hài lòng trung bình ở mức tương đối cao, điểm hài lòng trung bình về phương tiện hữu hình đạt 4,86; về khả năng đáp ứng dịch vụ đạt 4,50; về năng lực phục vụ của nhân viên y tế đạt 4,91; về danh tiếng, uy tín của bệnh viện đạt 5,64; về sự đồng cảm của nhân viên y tế đạt 4,00; sự tin cậy vào bác sỹ gia đình đạt 4,36; về chi phí đạt 4,37. Có tới 97,3% người dân đồng ý tiếp tục sử dụng dịch vụ bác sỹ gia đình trong tương lai, 97,5% đồng ý sẽ giới thiệu dịch vụ cho người thân quen. Phòng khám bác sỹ gia đình cần thực hiện nhiều biện pháp cải tiến nhằm tăng sự đáp ứng được nhu cầu ngày càng cao của người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2013), Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện ban hành kèm theo quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 03 tháng 12 năm 2013 của Bộ Y tế, tr.1-6.
2. Lê Thanh Chiến, Nguyễn Văn Hưng, Phạm Văn Thao (2012) "Sự hài lòng của người bệnh về khám, chữa bệnh tại 3 bệnh viện Đa khoa hạng I thuộc Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh và hiệu quả một số biện pháp can thiệp (2010 - 2012)". Luận án Tiến sĩ. 2016 Học viện quân Y Hà Nội.
3. Phạm Trí Dũng, Lê Thị Thu Hà, Bùi Thị Thu Hương, Lý Thị Ngọc Trinh (2011) "Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh ngoại trú về dịch vụ khám, chữa bệnh tại khoa khám bệnh của ba bệnh viện hạng III". Y học Thực hành, 756, tr.25-28.
4. Phùng Thị Hồng Hà, Trần Thị Thu Hiền (2012) "Đánh giá sự hài lòng của khách hàng sử dụng dịch vụ y tế tại Bệnh viện Việt Nam Cu Ba Đồng Hới – Quảng Bình". Tạp chí Khoa học - Đại học Huế, 72b (3).
5. Nguyễn Văn Năm (2014) " Báo cáo tổng hợp kết quả khoa học công nghệ đề tài: Đánh giá sự hài lòng của người dân đến khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế công lập trên địa bàn huyện Lai Vung tỉnh Đồng Tháp năm 2014", Sở Y tế Đồng Tháp
6. Al-Tannir M, Alharbi AI, Alfawaz AS, Zahran RI, AlTannir M (2016) "Saudi adults satisfaction with community pharmacy services". Springer Plus, 5 (1).

LIÊN QUAN GIỮA VÉCTƠ TRUYỀN BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE, SỐT RÉT VỚI BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU TẠI TỈNH GIA LAI

Nguyễn Trọng Chính¹, Nguyễn Văn Chuyên¹, Nguyễn Văn Ba¹, Nguyễn Bá Tùng²

TÓM TẮT:

Kết quả phân tích mối liên quan giữa vectơ truyền bệnh sốt xuất huyết dengue và sốt rét với biến đổi khí hậu tại tỉnh Gia Lai cho thấy: sự biến đổi về lượng mưa và nhiệt độ theo mùa là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới sự phát triển của vectơ sốt xuất huyết dengue. Vào mùa mưa, các chỉ số về mật độ muỗi cái *Aedes aegypti* có xu hướng tăng cao hơn ($r = 0,65$). Đối với vectơ truyền bệnh sốt rét, sự biến đổi về nhiệt độ và độ ẩm ảnh hưởng tới sự phát triển của muỗi *Anopheles*. Số lượng muỗi *Anopheles* có mối tương quan nghịch với nhiệt độ ($r = -0,83$) và tương quan thuận với độ ẩm và lượng mưa trung bình ($r = 0,68$ và $r = 0,62$).

SUMMARY:

THE RELATION BETWEEN VECTOR BORN OF DENGUE FEVER AND MALARIA TRANSFERRING VECTOR AND CLIMATE CHANGE IN GIA LAI PROVINCE

Result from analysis on the relationship between dengue hemorrhagic fever and malaria transferring vector and climate change in Gia Lai province has shown that: seasonal variations in rainfall and temperature are important factors which influence on the development of dengue fever vector. In rainy seasons, statistics of *Aedes aegypti* female mosquito's density tend to increase ($r = 0,65$). For malaria vector, the change in temperature and humidity affect the growth of *Anopheles* mosquito. *Anopheles* mosquito population has a negative correlation with temperature ($r = -0,83$) and a positive correlation with average humidity and rainfall ($r = 0,68$ and $0,62$).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến đổi khí hậu, đặc biệt là hiện tượng nóng lên toàn cầu làm mở rộng những vùng có nhiệt độ trung bình trên 16°C

là yếu tố khiến vùng phân bố của muỗi truyền bệnh sốt xuất huyết và sốt rét ngày càng mở rộng. Bệnh sốt xuất huyết và sốt rét là những bệnh lưu hành chủ yếu ở các khu vực nhiệt đới có nguy cơ lan rộng ra trên phạm vi toàn cầu [6],[7]. Dự báo đến năm 2080 số người mắc bệnh sốt rét sẽ tăng thêm 260-320 triệu người và sẽ có thêm 6 triệu người mắc bệnh sốt xuất huyết [5],[8]. Tổ chức Y tế thế giới đã xác định có 14 dịch bệnh chính có liên quan đến BĐKH, bao gồm bệnh sốt rét, dịch tả, viêm não mô cầu, sốt xuất huyết,... [7],[8].

Việt Nam là một trong các quốc gia chịu ảnh hưởng nặng nề của biến đổi khí hậu và là vùng lưu hành nhiều dịch bệnh như sốt rét, sốt xuất huyết dengue (SXHD), tiêu chảy, viêm đường hô hấp cấp... Trong đó, bệnh SXHD và sốt rét là hai bệnh thường có khả năng phát triển mạnh thành dịch [1],[2]. Tại Việt Nam, số mắc và chết do SXHD gia tăng kể từ năm 1994 trở lại đây, bệnh đã và đang trở thành vấn đề y tế nghiêm trọng. Tình hình diễn biến của dịch ngày càng lan rộng và phức tạp [1],[2]. Hơn nữa, SXHD không chỉ ảnh hưởng lên sức khỏe cá nhân mà còn là vấn đề y tế công cộng cần quan tâm, có ảnh hưởng tới kinh tế và xã hội. Hiện tại trên thế giới chưa có vắc xin phòng bệnh và cũng chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, do đó biện pháp ngăn ngừa hiệu quả duy nhất chính là kiểm soát vectơ truyền bệnh [4].

Mục nghiên cứu: Phân tích ảnh hưởng của biến đổi khí hậu tới vectơ truyền bệnh sốt xuất huyết và sốt rét Gia Lai.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

* **Đối tượng nghiên cứu:** Vectơ truyền bệnh sốt xuất huyết, sốt rét.

* **Địa điểm nghiên cứu**

- Nghiên cứu vectơ truyền bệnh sốt xuất huyết được tiến hành tại 7 huyện có tỷ lệ mắc sốt xuất huyết cao nhất của tỉnh

1. Học viện Quân y. Tác giả chính: Nguyễn Văn Chuyên. ĐT: 0983.407.484 - Email: nguyenvanchuyenk40@gmail.com

2. Bộ Tư lệnh Công binh

Gia Lai, gồm: Tp. Pleiku, huyện Krông Pa, Đức Cơ, huyện Kbang, Thị xã An Khê, huyện Phú Thiện và huyện Chu Puh. Đây là những huyện có Tỷ lệ mắc sốt xuất huyết/100.000 dân cao nhất trong 6 năm gần nhất (2009-2014) và >60.

- Nghiên cứu vectơ truyền bệnh sốt rét: Nghiên cứu được tiến hành tại huyện Krông Pa là “điểm nóng” về sốt rét trong mấy năm gần đây với tỷ lệ ký sinh trùng được phát hiện và số người mắc sốt rét cao nhất cả nước. Toàn bộ 14 xã, thị trấn nằm trong phân vùng sốt rét lưu hành nặng của Bộ Y tế. Năm 2013, toàn huyện có 2.073 bệnh nhân sốt rét, đến năm 2014 có 2.210 bệnh nhân (tăng 6,6%). Tỷ lệ ký sinh trùng sốt rét được phát hiện là 2.048 (năm 2013) và 2.191 (năm 2014), tăng 6,9%.

* Thời gian nghiên cứu: 3/2015-4/2016

2.2. Nội dung nghiên cứu

- Thu thập dữ liệu khí hậu tại các địa điểm nghiên cứu.
- Thu thập dữ liệu vectơ truyền bệnh và bệnh sốt rét, sốt xuất huyết dengue tại các địa điểm nghiên cứu.
- Phân tích mối quan hệ giữa vectơ truyền bệnh sốt rét, sốt xuất huyết dengue và biến đổi khí hậu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Nghiên cứu tập tính, phân bố vectơ truyền bệnh sốt xuất huyết

Phối hợp với Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Gia Lai tiến hành điều tra, đánh giá tập tính và phân bố vectơ truyền bệnh sốt xuất huyết và sốt rét.

- Điều tra, thu thập bọ gậy và muỗi
- Xác định phân bố, tập tính muỗi, xác định các chỉ số:

chỉ số DI (số muỗi cái *Aedes aegypti* trung bình trong 1 đơn vị khảo sát), chỉ số HI (tỷ lệ nhà có muỗi cái *Aedes aegypti* trưởng thành), chỉ số BI (số nhà có phát hiện bọ gậy *Aedes aegypti*), chỉ số CI (%) (dụng cụ chứa nước phát hiện thấy loăng quăng), số lượng muỗi *Anopheles epiroticus* thu thập được [3].

2.3.2. Phân tích mối liên quan giữa biến đổi khí hậu và tập tính, phân bố vectơ truyền bệnh sốt xuất huyết dengue, sốt rét

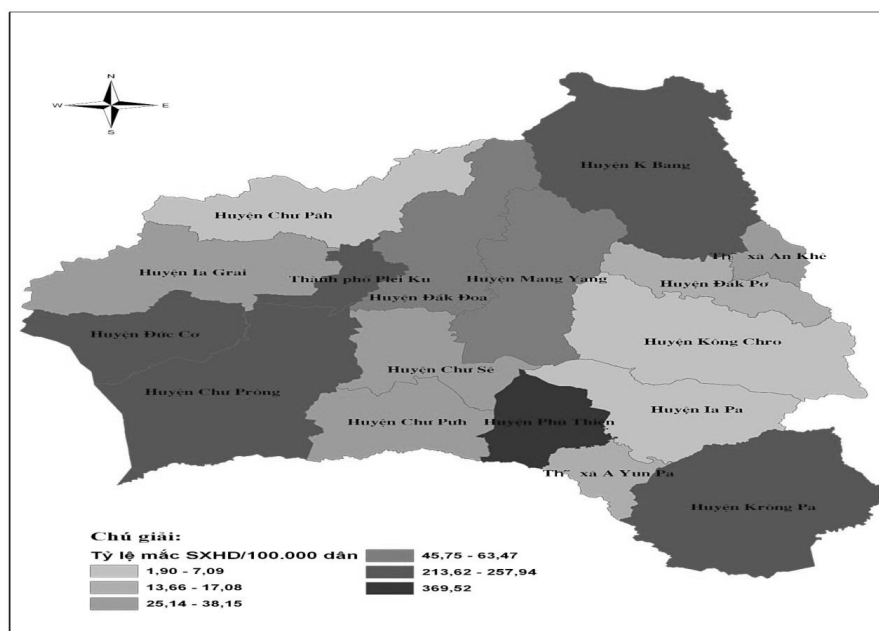
Sử dụng hệ số tương quan r phân tích số liệu nhiệt độ, độ ẩm và lượng mưa với số lượng muỗi thu thập từ tháng 3 năm 2015 đến tháng 4 năm 2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Hai bệnh do muỗi truyền tương đối phổ biến ở Việt Nam là bệnh sốt xuất huyết và bệnh sốt rét. Bệnh sốt xuất huyết do muỗi *Aedes* truyền. Tại thành phố thường do muỗi *Aedes aegypti* truyền và tại nông thôn thường do *Aedes albopictus* truyền [1]. Bệnh sốt rét do muỗi *Anopheles* truyền. Tại vùng rừng núi phía Bắc thường do An. *Minimus* truyền. Tại vùng rừng phía Nam thường do An. *Dirus* truyền [2]. Tại vùng nước lợ phía Bắc thường do An. *Subpictus* truyền và tại vùng nước lợ phía Nam thường do An. *Sundaicus* truyền [2]. Thay đổi khí hậu ảnh hưởng rất nhiều đến phát triển của muỗi. Sự phát triển của muỗi quyết định khả năng truyền bệnh và dẫn tới sự tăng giảm của bệnh.

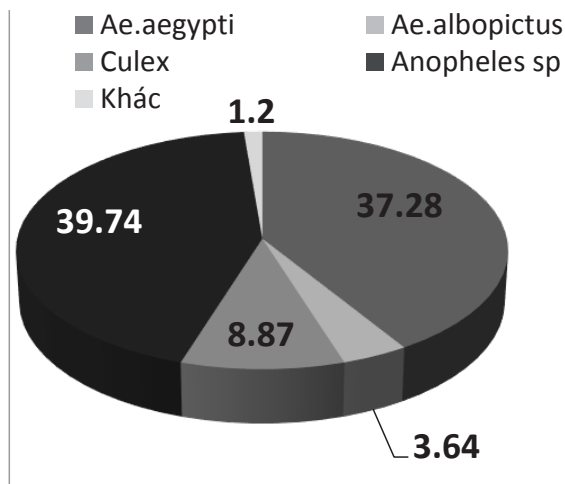
3.1. Liên quan giữa BĐKH và vectơ truyền bệnh sốt xuất huyết dengue

Hình 3.1. Phân bố số mắc SXHD theo huyện/thị xã/thành phố tại tỉnh Gia Lai (2009-2014)

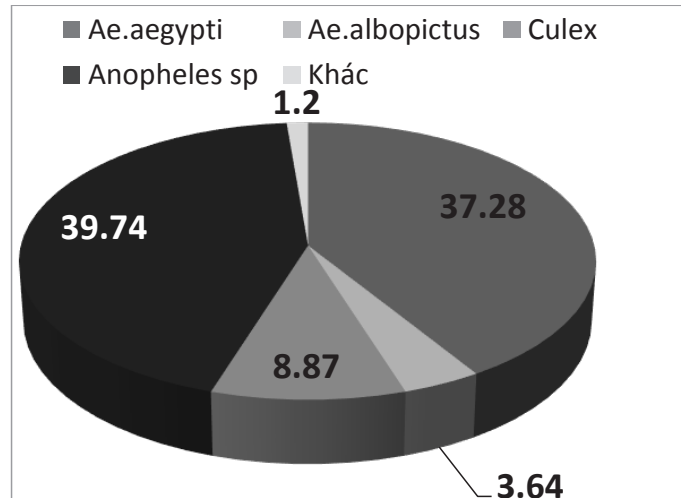


Trong giai đoạn 2009-2014, SXHD ghi nhận ở 17 huyện/thị xã/thành phố của tỉnh Gia Lai ở hầu hết các năm. Tại Tp. Pleiku có tỷ lệ mắc trung bình cao nhất (236,29/1000.000 dân), kế đến là huyện Đức Cơ (130,59/100.000 dân), Phú Thiện (119,99/100.000 dân); thấp hơn cả là huyện Chư Pah (5,78/100.000 dân). Đáng chú ý, năm 2010 số ca mắc cao nhất ở Tp. Pleiku (970,9/100.000 dân) và thị xã An Khê (859,7/100.000 dân), huyện Kbang cũng có số mắc khá cao (325,5/100.000 dân), các huyện khác có số mắc thấp hơn. Năm 2013, huyện Phú Thiện có số ca mắc cao nhất (369,6/100.000 dân), kế đến là huyện Krông Pa (257,9/100.000 dân), huyện Đức Cơ (256,9/100.000 dân), tp Pleiku (254,4/100.000 dân), huyện KBang (236,0/100.000 dân), các huyện còn lại có số mắc thấp hơn. Riêng thị xã An Khê, ngoại trừ năm 2010 có tỷ lệ mắc rất cao, nhưng có tới 4 năm không ghi nhận bệnh nhân SXHD.

Hình 3.2. Phân loại muỗi vào mùa khô



Hình 3.3. Phân loại muỗi vào mùa mưa



Kết quả nghiên cứu tại 7 huyện /thị xã của tỉnh Gia Lai cho thấy, vào mùa khô, loại muỗi chiếm chủ yếu là muỗi Anopheles sp (39,74%), muỗi Ae.aegypti chiếm thứ 2 (37,28%). Muỗi Culex chiếm thứ 3 (8,87%) và thấp nhất là muỗi Ae.albopictus (3,64%). Còn lại 10,47% số muỗi bắt được là các loài muỗi khác.

Kết quả nghiên cứu vào mùa mưa tỷ lệ muỗi Ae.aegypti vào mùa này tăng khá cao (41,1%), tỷ lệ muỗi Anopheles sp cao thứ 2 (39,8 %), muỗi Ae.albopictus chỉ chiếm khoảng 2,8%, còn lại 8,2% là muỗi Culex và 8,1% là các loại muỗi khác.

Bảng 3.1. Sự phân bố Ae. aegypti tại Gia Lai theo tháng

Tháng	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Chỉ số Breteau (BI)	7,9	12,6	8,0	29,3	34,1	44,7	126,5	32,4	35,9	29,7	24,6	18,9
Chỉ số nhà có loăng quăng	5,7	8,3	11,1	18,9	220,9	25,6	58,5	23,1	24,1	18,8	14,9	10,2
Tỉ lệ % DCCN có loăng quăng	2,1	3,4	4,3	7,6	8,7	9,6	28,6	7,8	7,8	6,6	4,8	3,8
Chỉ số mật độ loăng quăng	0	0,1	0	0	0	0,8	0	0	0	0	0	0
Chỉ số mật độ muỗi (DI)	0,1	1,7	0,4	0,6	0,8	1,3	20,3	1,0	1,1	0,8	0,6	0,7
Chỉ số nhà có muỗi (HI)	5,6	4,3	12,1	16,9	24,7	28,7	29,9	25,1	27,9	18,9	14,6	12,5

Kết quả phân tích số liệu thống kê từ năm 2003 -2013 cho thấy, loài muỗi truyền bệnh sốt xuất huyết tại Gia Lai là Ae. aegypti.

Kết quả phân tích số liệu về sự phân bố của Ae. aegypti theo tháng cho thấy, số lượng loăng quăng và muỗi Ae.

aegypti tăng cao vào những tháng mùa mưa và giảm thấp vào những tháng mùa khô. Số lượng muỗi bọ gậy và muỗi Ae. aegypti thường bắt đầu tăng cao từ tháng 4, đạt đỉnh vào tháng 7, sau đó giảm dần và thấp nhất vào tháng 1.

Bảng 3.2. Chỉ số về mật độ muỗi cái trưởng thành và mật độ bọ gậy *Ae.aegypti* theo mùa

Chỉ số	Mùa	Krông Pa	Tp. Pleiku	Đức Cơ	Kbang	Thị xã An Khê	Phú Thiện	Chu Puh
DI	Mùa khô	0,20	0,22	0,25	0,46	0,35	1,2	0,9
	Mùa mưa	0,32	0,32	0,35	0,46	0,56	1,02	1,32
HI (%)	Mùa khô	70	72	76	80	82	88	84
	Mùa mưa	64	68	70	84	83	86	87
BI	Mùa khô	14	16	16	17	17	20	21
	Mùa mưa	15	18	18	18	18	22	23
CI (%)	Mùa khô	12,6	13,5	14,6	19,1	21,1	23,2	31,7
	Mùa mưa	4,3	5,8	7,6	12,6	9,2	17,2	24,4

- Chỉ số mật độ muỗi cái trưởng thành và mật độ bọ gậy *Ae.aegypti* vào mùa khô, cho thấy: chỉ số DI và HI của Krông Pa, Tp. Pleiku và huyện Đức Cơ là thấp nhất; Chỉ số DI của Kbang, huyện Phú Thiện và huyện Chu Puh cao hơn; Chỉ số BI cao nhất ở huyện Chu Puh, tiếp đến là huyện Phú Thiện, thị xã An Khê, thấp nhất là Kbang (11%) và huyện đảo Krông Pa (14%); Chỉ số CI (%) cao nhất là ở huyện Chu Puh (31,7%) tiếp đến là huyện Chu Puh (23,2%), thấp nhất là huyện đảo Krông Pa (12,6%). Chỉ số DI ở huyện Chu Puh cao nhất, thấp nhất là huyện đảo Krông Pa và Tp. Pleiku.

- Chỉ số mật độ muỗi cái trưởng thành và mật độ bọ gậy *Ae.aegypti* vào mùa mưa: chỉ số HI cao ở Kbang, thị xã An Khê, huyện Phú Thiện và huyện Chu Puh. Các huyện Krông Pa, Tp. Pleiku và Đức Cơ thấp hơn. Sự chênh lệch về chỉ số này cho thấy, các huyện Thị xã An Khê, huyện Phú Thiện, huyện Chu Puh và Kbang có độ phổ biến vectơ SXH cao hơn.

Chỉ số BI và CI (%) cao nhất ở huyện Chu Puh (23%, 24,4%) và huyện Phú Thiện (22%, 17,2%). Thấp nhất ở huyện đảo Krông Pa (15%, 4,3%) và huyện Tp. Pleiku (18%, 5,8%).

Phân tích mối liên quan giữa sự gia tăng vectơ SXH/SD và hiện tượng biến đổi khí hậu: nhóm nghiên cứu tiến hành khảo sát sự thay đổi của các yếu tố nhiệt độ và lượng mưa theo từng tháng. Sử dụng mô hình của Dana Focks cho thấy, sự biến đổi về lượng mưa và nhiệt độ theo mùa được cho là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới sự phát triển của vectơ SD/SXHD. Theo kết quả của nhóm nghiên cứu thì có sự chênh lệch về 2 chỉ số DI và HI của các Huyện trong mùa mưa và mùa khô. Vào mùa mưa, thì các chỉ số về mật độ muỗi cái *Aedes aegypti* có xu hướng tăng cao hơn ($r = 0,65$).

Bảng 3.3. Mô hình hồi quy giữa chỉ số về mật độ muỗi cái *Aedes aegypti* và điều kiện thời tiết khí hậu ở Gia Lai

Biến khí hậu	Chỉ số về mật độ muỗi cái <i>Aedes aegypti</i>			
	Phương trình hồi quy	R-	F-sta	Prob
Nhiệt độ trung bình tháng 3	$y = -14,82x^2 + 830,4x -$	0,74	5,78	0,066*
Nhiệt độ trung bình tháng 11	$y = 17,42x^2 - 944x +$	0,85	11,28	0,023**
Nhiệt độ tối thấp tháng 3	$y = -17,05x^2 + 856,9x -$	0,75	6,09	0,061*
Nhiệt độ tối thấp tháng 11	$y = 23,53x^2 - 1155x +$	0,86	12,29	0,02**
Nhiệt độ tối cao tháng 4	$y = -8,639x^2 + 582,3x -$	0,87	13,5	0,017**
Lượng mưa trung bình tháng 8	$y = -0,004x^2 + 1,438x -$	0,78	7,24	0,047**

Nguồn: kết xuất từ Minitab

Ghi chú: *,** lần lượt là các mức ý nghĩa về mặt thống

kê tương ứng $\alpha = 10\%, 5\%$. Hệ số $F_{2,4}$ lý thuyết = 4,32; 6,94 tương ứng lần lượt với $\alpha = 10\%, 5\%$.

Nhiệt độ (trung bình tháng 3 và tháng 11, tối thấp tháng 3 và tháng 11, tối cao tháng 4) và tổng lượng mưa (tháng 8) được sử dụng để xây dựng công thức đánh giá mối liên quan giữa các hiện tượng thời tiết khí hậu với véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết. Các phương trình có dạng đường cong hàm mũ bậc 2, phương sai của mỗi phương trình đều trên 70%.

Các mối tương quan tuyến tính có ý nghĩa thống kê cao ($r_2 > 0,7$, F thực nghiệm $>$ F lý thuyết, $P < 0,066$, d.f = 6).

Kết quả nghiên cứu cho thấy thay vì tương quan rõ rệt với yếu tố khí hậu của cả năm thì véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết lại thường chỉ phụ thuộc vào yếu tố khí hậu của một số tháng quan trọng trong năm. Trong khoảng thời gian ngắn, sự gia tăng nhiệt độ trong các tháng quan trọng tuy là không đáng kể (xấp xỉ 0,5oC) nhưng rõ rệt hơn so với sự thay đổi nhiệt độ hàng năm.

Các kết quả phân tích cho thấy, véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết tại Gia Lai gia tăng từ tháng 5 đến tháng 11. Tuy nhiên, mối tương quan lại xuất hiện sớm với nhiệt độ của các tháng trước đó. Tháng 3 và tháng 4 là các tháng cách đầu mùa dịch 2-3 tháng gây ảnh hưởng lên véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết đầu mùa. Điều này cho thấy mối tương quan trễ (pha lag) của

yếu tố khí hậu đối với véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết.

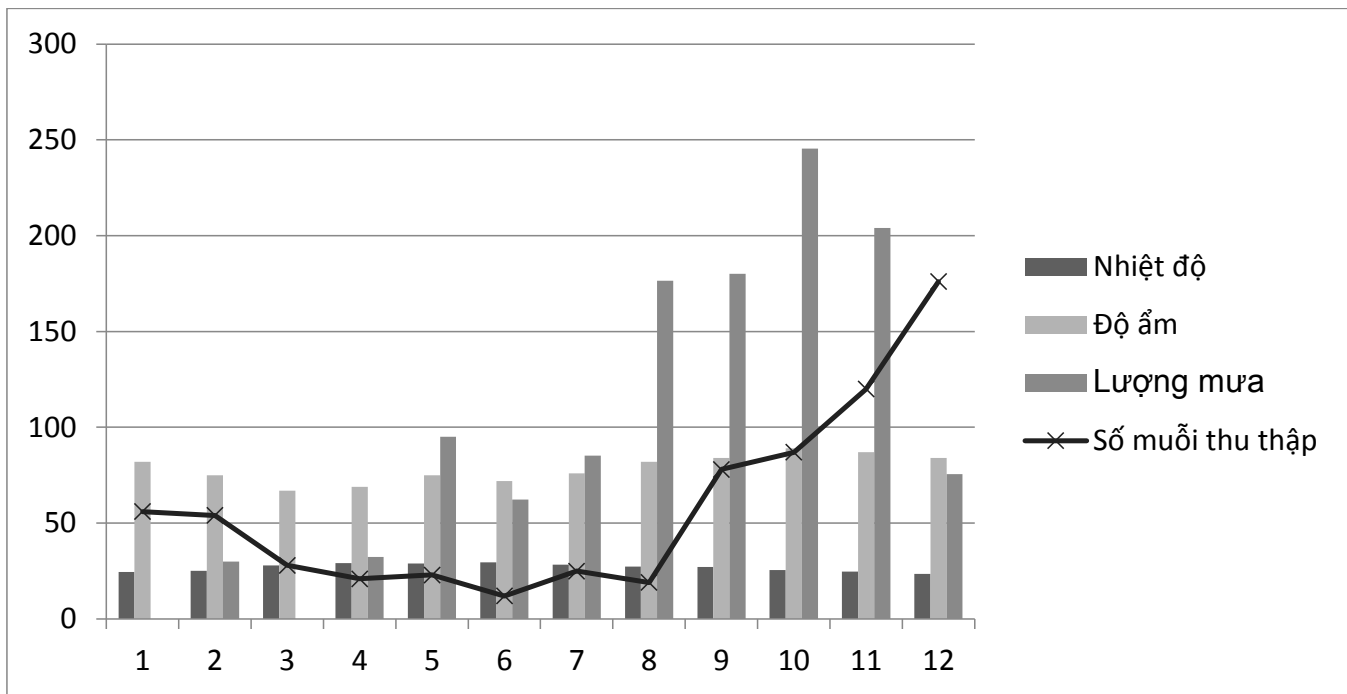
Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có mối tương quan cao giữa lượng mưa tháng 8 với các chỉ số chỉ mật độ véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết. Đây là tháng có lượng mưa cao nhất và nằm giữa mùa mưa ở Gia Lai. Yếu tố mưa và véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết có sự tương quan trễ (pha lag) khoảng 1 tháng. Khoảng thời gian trễ này cũng phù hợp với vòng đời của muỗi *Aedes Aegypti* [5].

3.2. Liên quan giữa biến đổi khí hậu và véc tơ truyền bệnh sốt rét

Trong phạm vi nghiên cứu, đề tài chỉ tiến hành nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của điều kiện thời tiết, khí hậu tới véc tơ truyền bệnh sốt rét tại huyện Krông Pa. Đây là huyện có sốt rét cao nhất của tỉnh Gia Lai.

Kết quả khảo sát cho thấy, véc tơ chính truyền sốt xuất huyết tại huyện Krông Pa là *An.minimus*, *An.dirus*. Vec tơ phụ: *An.aconitus*, *An.jeyporiensis*, *An.maculatus*, *An.subpictus*, *An.sinensis*, *An.vagus*, *An.indefinitus*, *An.campestris*. Trong phạm vi nghiên cứu của đề tài, chúng tôi chỉ tiến hành phân tích mối liên quan giữa *Anopheles* với các điều kiện thời tiết, khí hậu của địa phương.

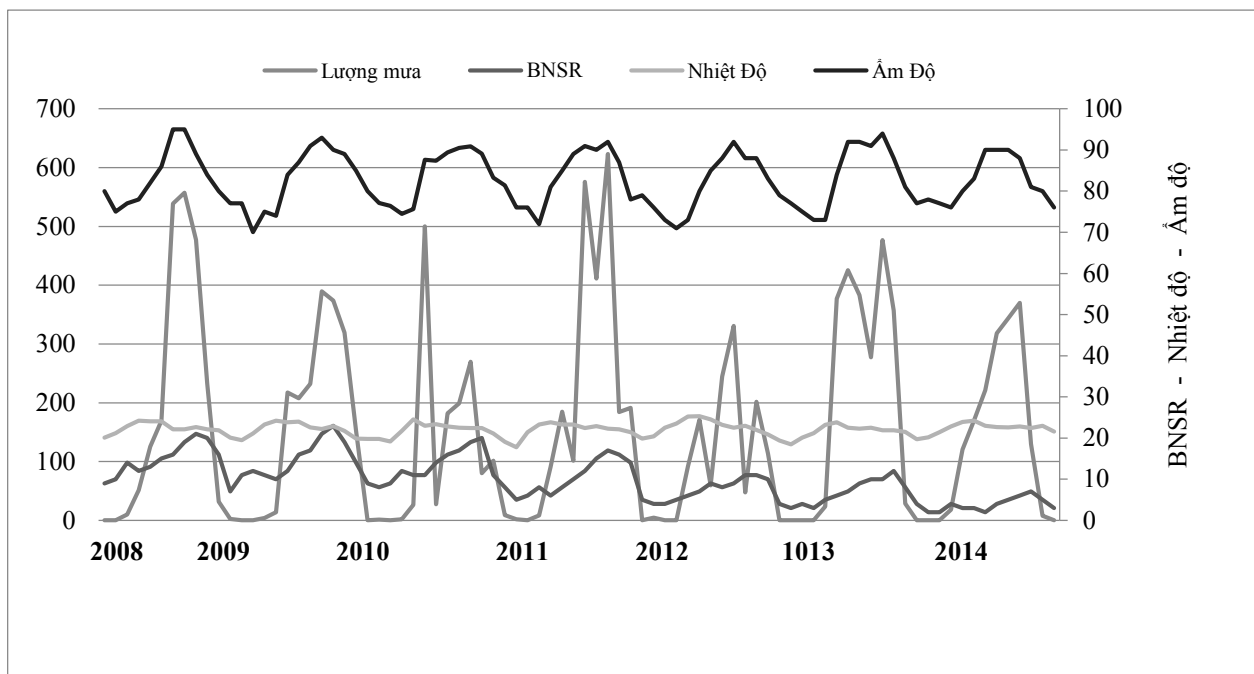
Hình 3.4. Sự biến động số lượng muỗi *Anopheles* theo nhiệt độ, độ ẩm và lượng mưa



Nhiệt độ tháng giảm từ tháng 10 năm 2013 đến tháng 2 năm 2014, lượng mưa tăng từ tháng 8 đến tháng 11 năm 2013, độ ẩm tăng từ tháng 8 năm 2013 đến tháng 1 năm 2014, số lượng muỗi *Anopheles* thu thập tăng từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2013. Sử dụng hệ số tương quan phân tích số

liệu nhiệt độ, lượng mưa, độ ẩm và số lượng muỗi thu thập từ tháng 3 năm 2013 đến tháng 2 năm 2014 xác định: có sự tương quan nghịch giữa nhiệt độ và số lượng muỗi thu thập ($r = -0,83$), có mối tương quan thuận giữa lượng mưa, độ ẩm và số lượng muỗi ($r = 0,62$ và $r = 0,68$).

Hình 3.5. Sự biến động bệnh sốt rét tại của Gia Lai theo nhiệt độ, độ ẩm và lượng mưa



Số ca bệnh nhân sốt rét mới phát hiện tại Gia Lai trong 7 năm (2008-2014) có mối tương quan thuận với lượng mưa trung bình năm, độ ẩm và tương quan nghịch với nhiệt độ của địa phương.

IV. KẾT LUẬN

Có mối liên quan giữa véc tơ sốt xuất huyết dengue và hiện tượng biến đổi khí hậu. Sự biến đổi về lượng mưa và nhiệt độ theo mùa là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới sự phát triển của véc tơ sốt xuất huyết dengue. Có sự chênh lệch về 2 chỉ số DI và HI của các huyện trong mùa mưa và mùa khô. Vào mùa mưa, các chỉ về mật độ muỗi cái *Aedes aegypti* có xu

hướng tăng cao hơn ($r = 0,65$). Có mối tương quan trễ (pha lag) giữa các yếu tố nhiệt độ, lượng mưa với véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết tại tỉnh Gia Lai. Giữa các chỉ số đánh giá mật độ véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết và yếu tố lượng mưa có sự tương quan trễ 1 tháng và 2 tháng với yếu tố nhiệt độ.

Có mối liên quan giữa sự gia tăng véc tơ *Anopheles* truyền bệnh sốt rét và hiện tượng biến đổi khí hậu. Có sự tương quan nghịch ($r = -0,83$) giữa nhiệt độ và số lượng muỗi *Anopheles* thu thập. Giữa lượng mưa trung bình, độ ẩm và số lượng muỗi *Anopheles* có mối tương quan thuận ($r = 0,62$ và $r = 0,68$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2006), Giám sát, chẩn đoán và điều trị bệnh Sốt Dengue/Sốt xuất huyết Dengue, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Mạnh Hùng, Nguyễn Quang Thiệu, Lê Xuân Hùng và CS (2011), “Phân vùng dịch tễ sốt rét can thiệp tại Việt Nam năm 2009”, Công trình khoa học báo cáo tại hội nghị kỷ sinh trùng lần thứ 38, Nxb Y học, Hà Nội, tr. 15-29.
3. Viện Paster TPHCM (2009), Tài liệu hướng dẫn tập huấn điều tra công trùng.
4. Gubler, D.J (1997), Dengue and dengue hemorrhagic fever; its history and resurgence as a global public health problem, IN Kuno, D. G. G. (Ed.) Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever, CAB International, New York.
5. Gubler, D. J. (1998), "Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever", Clinical Microbiology Reviews, 11(3), pp. 480-496.
6. WHO (2008), Asia- Pacific Dengue program managers meeting, World Health Organization.
7. WHO (2008), Protecting health from climate change - World Health Day 2008, 2008: Geneva.
8. WHO (2003), Climate change and human health – Risks and responses, Geneva 2003.

ĐẶC ĐIỂM GEN KHÁNG THUỐC CỦA KÝ SINH TRÙNG SỐT RÉT KHU VỰC TÂY NGUYÊN

Nguyễn Văn Chuyên¹, Nguyễn Văn Ba¹, Nguyễn Bá Tùng², Nguyễn Trọng Chính¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu vector truyền bệnh và ký sinh trùng sốt rét tại một số tỉnh khu vực Tây Nguyên năm 2016 cho thấy:

- Có 4 loài KSTSR gây bệnh ở người, trong đó *P. falciparum* chiếm 60,0%; *P. vivax* chiếm 35,0%; *P. malariae* chiếm 3,0%; *P. ovale* chiếm 2,0%. Tỷ lệ nhiễm đơn *P. falciparum* chiếm 50,0%; nhiễm đơn *P. vivax* chiếm 20,0%; nhiễm đơn *P. Malariae* chiếm 8,0%; nhiễm phối hợp 2 loài là 19,0%; nhiễm phối hợp 3 loài là 3,0%.

Tỷ lệ *P.falciparum* mang gen *Pfprt* đột biến kháng chloroquin là 46,74%. Đáp ứng in vitro với chloroquin IC50 = 51,18 – 233,37 nM, mức độ kháng có xu hướng giảm dần từ 1/2014 (IC50 = 266,85 ± 87,63nM) đến 12/2014 (IC50 = 213,33 ± 78,78 nM).

Tỷ lệ *P.falciparum* mang gen *Pfdhfr* đột biến kháng pyrimethamin là 85,33%. Đáp ứng in vitro với pyrimethamin IC50 = 72,12 – 1768,25 nM, mức độ kháng có xu hướng giảm dần từ 1/2014 (IC50 = 1965,71 ± 1539,64nM) đến 12/2014 (IC50 = 1625,00 ± 1170,15nM). *P.falciparum* nhạy cycloguanil tỷ lệ cao 77,0% đáp ứng in vitro IC50 = 18,22 -128,22nM.

Tỷ lệ *P.falciparum* mang gen *Pfmdr1* đột biến 184F (ảnh hưởng rất ít đến tính kháng của *P.falciparum* với mefloquin và artemisinin) là 15,0%. Đáp ứng in vitro của *P.falciparum* với mefloquin ở nồng độ rất thấp IC50 = 153,71 - 943,16 nM với artesunat IC50 = 23,62 ± 12,54nM.

Từ khóa: Ký sinh trùng sốt rét; Gen; Đột biến

ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF DRUG - RESISTANT GENES IN MALARIA PARASITES IN TAY NGUYEN

Research vector and Plasmodium in in the Highland-scommunity in 2016 showed that:

- There are four species of malaria parasites cause disease in humans, which accounted for 60.0% of *P. falciparum*;

Vivax accounted for 35.0%; *P. malariae* accounted for 3.0%; *P. ovale* infection was 2.0%. *P. falciparum* infection rates accounted for 50.0% shares; *P. vivax* infections accounted for 20.0% shares; *P. malariae* single infections accounted for 8.0%; 2 species mixed infections was 19.0%; 3 species mixed infections was 3.0%.

- The proportion of *P. falciparum* genes carry mutations *Pfprt* chloroquine resistance is 46.74%. Meet with chloroquine in vitro IC50 = 51.18 to 233.37 nM, resistance levels tend to decrease since 1/2014 (IC50 = 266.85 ± 87,63nM) and 12/2014 (IC50 = 213.33 ± 78 , 78 nM).

- The proportion of *P. falciparum* genes carry mutations *pfdhfr* pyrimethamine resistance was 85.33%. Meet in vitro with IC50 = pyrimethamin 72,12 to 1768,25 nM, resistance levels tend to decrease since 1/2014 (IC50 = 1965.71 ± 1539,64nM) and 12/2014 (IC50 = 1625.00 ± 1170 , 15nm). *Falciparum* sensitivity high rate 77.0% cycloguanil meet -128,22 nM vitro IC50 = 18,22.

- The proportion of *P. falciparum* genes carry mutations *Pfmdr1* 184F (very little influence of *P. falciparum* resistance to mefloquine and artemisinin with) is 15.0%. Response of *P. falciparum* in vitro with mefloquine in very low concentrations IC50 = 153.71 to 943.16 nMwith artesunate IC50 = 23.62 ± 12,54nM.

Keywords: Plasmodium; Gen; Mutation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt rét là bệnh nhiễm ký sinh trùng sốt rét (KSTSR) cấp tính, gây dịch do muỗi truyền [2]. Bệnh được lây truyền từ người sang người bởi trung gian truyền bệnh là muỗi Anophen, là một trong những bệnh do ký sinh trùng lây truyền qua động vật chân đốt lây lan nhanh nhất. Bệnh có thể gây thành dịch lớn và có tỷ lệ tử vong tương đối cao [2].

Chương trình phòng chống sốt rét là một trong số các chương trình y tế thành công ở Việt Nam. Bệnh sốt rét đã

1. Học viện Quân y. Tác giả chính: Nguyễn Văn Chuyên. ĐT: 0983.407.484 - Email: nguyenvanchuyenk40@gmail.com

2. Bộ tư lệnh Công binh

được khống chế, thu hẹp phạm vi lưu hành bệnh, nhiều nơi không còn sốt rét lưu hành [1]. Tuy nhiên, tại một số địa phương khu vực Tây Nguyên, sốt rét vẫn tồn tại dai dẳng, hàng năm vẫn ghi nhận các ca mắc mới tại chỗ [3]. Nguyên nhân của tình trạng này là do tác động sự tác động của hiện tượng biến đổi khí hậu và tình trạng kháng thuốc của ký sinh trùng sốt rét [3],[4]. Do vậy, việc nghiên cứu đặc điểm gen kháng thuốc của KSTSR là rất cần thiết. Kết quả nghiên cứu là cơ sở khoa học giúp nâng cao hiệu quả công tác phòng và điều trị bệnh trong tình hình mới hiện nay. Xuất phát từ những vấn đề trên, nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu:

Mô tả đặc điểm thành phần loài và gen kháng thuốc của ký sinh trùng sốt rét khu vực Tây Nguyên, năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Đối tượng nghiên cứu: Ký sinh trùng sốt rét.
- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 5 tỉnh khu vực Tây Nguyên, gồm: Lâm Đồng, Đắk Lắk, Gia Lai, Kon Tum, Đắk Nông.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu và kỹ thuật sử dụng

Đề tài sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang dịch tễ học. Đồng thời, một số phương pháp, kỹ thuật cụ thể sau cũng được sử dụng trong quá trình triển khai thực hiện đề tài:

2.2.1. Phương pháp lấy mẫu

Lựa chọn bệnh nhân và lấy mẫu bệnh phẩm theo Quyết định số 3232/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ký ngày 30 tháng 8 năm 2013 về việc Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh sốt rét.

2.2.2. Kỹ thuật chẩn đoán ký sinh trùng sốt rét

* Phương pháp tách tinh khiết DNA

Áp dụng phương pháp của Kain K.C, Lannar và cộng sự (1995) tách tinh khiết DNA bằng Chelex100

* Phản ứng PCR.

Vật liệu Hóa chất dùng để tách chiết DNA của hãng Sigma Hoá chất dùng cho phản ứng PCR:

+ dATP, dTTP, dCTP, dGTP (Abgene)

+ Tag polymerase (Abgene)

+ Primer (mỗi): PLU5, PLU6 (Poligo), FAL, VIV, MAL, OVA (Sigma)

Lam kính, thuốc nhuộm giêmsa

Giấy thấm Whatman 3MM

Nested 1: Phản ứng PCR để nhân bản gen đặc hiệu của Plasmodium.

Mỗi sử dụng là Plu5, Plu6 Trình tự mỗi:

Plu5 5'-CCT GTT GTT GCC TTA AAC TTC -3'

Plu6 5'-TTA AAA TTG TTG CAG TTA AAA CG-3'

Điều kiện phản ứng:

950C – 5 phút (1 chu kỳ)

940C – 1 phút

580C – 2 phút

720C – 2 phút (25 chu kỳ)

720C – 8 phút (1 chu kỳ)

Nested 2: Phản ứng PCR nhân bản gen đặc hiệu cho từng loài *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale*. Sử dụng các cặp mồi đặc hiệu cho từng loài. Trình tự mồi:

FAL1 5'-TTA AAC TGG TTT GGG AAA ACC AAA TAT ATT-3'

FAL2 5'-ACA CAA TGA ACT CAA TCA TGA CTA CCC GTC-3'

VIV1 5'-CGC TTC TAG CTT AAT CCA CAT AAC TGA TAC-3'

VIV2 5'-ACT TCC AAG CCG AAG CAA AGA AAG TCC TTA-3'

MAL1 5'-ATA ACA TAG TTG TAC GTT AAG AAT AAC CGC-3'

MAL2 5'-AAA ATT CCC ATG CAT AAA AAA TTA TAC AAA-3'

OVA1 5'-ATC TCT TTT GCT ATT TTT TAG TAT TGG AGA-3'

OVA2 5'-GGA AAA GGA CAC ATT AAT TGT ATC CTA GTG-3'

Thành phần phản ứng như Nested 1, chỉ khác DNA khuôn được lấy từ sản phẩm của Nested 1. Điều kiện phản ứng như Nested 1, chỉ khác từ bước 2 đến bước 4 được lặp lại 30 chu kỳ.

Bảng 2.1. Kích thước sản phẩm PCR

Phản ứng PCR (Nested 2)	Kích thước sản phẩm PCR
<i>P. falciparum</i>	204 bp
<i>P. vivax</i>	120 bp
<i>P. malariae</i>	145 bp
<i>P. ovale</i>	800 bp

* Phương pháp phân tích kết quả:

Sản phẩm PCR được phân tích kết quả bằng kỹ thuật chạy điện di trên gelagarose 2% có chứa ethidium bromide. Kích thước sản phẩm PCR đặc hiệu từng loài như bảng trên.

* Kỹ thuật ứng dụng trong nghiên cứu xác định gene kháng thuốc

- Kỹ thuật sinh học phân tử:

+ Xác định chủng loại ký sinh trùng sốt rét.

- + Xác định kiểu gen *P.falciparum*: MSP1, MSP2, GLURP.
- + Xác định kiểu gen của *P. vivax*: PvMSP1, PvMSP 3.
- + Tìm những dấu ấn phân tử liên quan đến tính kháng thuốc:
 - Xác định *P.falciparum* mang gen Pfcrt đột biến kháng chloroquin bằng kỹ thuật PCR - RFLP và sequencing DNA.
 - Xác định *P.falciparum* mang gen Pfdhfr đột biến kháng pyrimethamin bằng kỹ thuật PCR - RFLP và sequencing DNA.
 - Xác định *P.falciparum* mang gen Pfmdr1 đột biến đa kháng thuốc bằng kỹ thuật sequencing DNA.
 - Xác định *P.vivax* mang gen Pvdhfr đột biến kháng pyrimethamin bằng kỹ thuật PCR-RFLP và sequencing DNA.
- Kỹ thuật thử nghiệm in vitro - micro đánh giá tính nhạy cảm của *P.falciparum* với các thuốc: CQ, MEF, AS, PYR, CYC bằng sử dụng microscoper test (soi kính hiển vi), isotopic test (đồng vị phóng xạ).

2.3. Phân tích và sử lý số số liệu

Số liệu thu thập từ phiếu điều tra và kết quả lâm sàng xét nghiệm được thống kê trên Microsoft office Excel - 2013, sử lý số liệu bởi phần mềm SPSS 22.0.

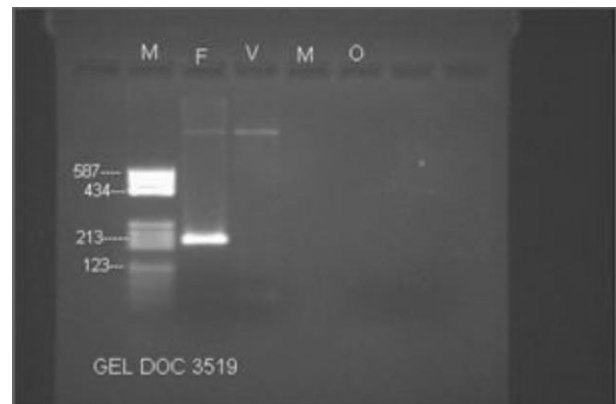
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3. 1. Đặc điểm ký sinh trùng sốt rét

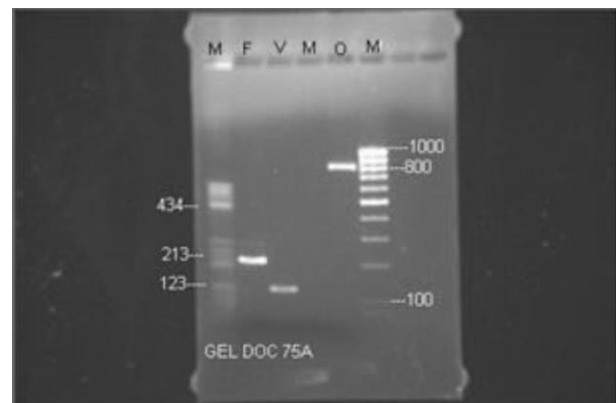
Tổng số mẫu thu thập được là 500 mẫu. Số mẫu phân tích bằng kỹ thuật Nested PCR là 500 mẫu.

Kết quả có 100 mẫu (+). Thành phần cơ cấu và tỷ lệ nhiễm phối hợp KST (xem bảng dưới). Hình ảnh điện di sản phẩm PCR của những bệnh nhân nhiễm đơn *P.falciparum*, nhiễm đơn *P. vivax*, nhiễm đơn *P. malarie*, nhiễm phối hợp 2 loài, nhiễm phối hợp 3 loài được biểu hiện trên các hình 1, 2, 3, 4 và 5. Trên hình ảnh điện di kích thước sản phẩm PCR đặc hiệu cho từng loài *Plasmodium*.

Hình 3.1. Hình ảnh điện di nhiễm đơn *P. falciparum*
(Nguyễn Thị H, 55 tuổi, Gia Lai)



Hình 3.2. Hình ảnh điện di nhiễm phối hợp *P. falciparum*, *P. vivax* và *P. ovale*
(Trần Thị T, 35 tuổi, Kon Tum)



Bảng 3.1. Thành phần loài KST

Kỹ thuật	Nhiễm đơn n (%)			Phối hợp n (%)		Tổng số
	P.f	P.v	P.m	P.f+P.v	P.f+P.v +P.o	
Nested PCR	50 (50,0)	20 (20,0)	8 (8,0)	19 (19,0)	3 (3,0)	100
Giemsa	62 (62,0)	25 (25,0)	3 (3,0)	10 (10,0)	0 (0,0)	100

Cho thấy tại khu vực nghiên cứu tồn tại 4 loài KSTSR (*P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malarie*, *P. ovale*). Trong đó, tỷ lệ nhiễm đơn *P. falciparum* là cao nhất (50,0%).

Bảng 3.2. Tỷ lệ thành phần loài KSTSR tại khu vực nghiên cứu (n=100)

Kỹ thuật	P.f (%)	P.v (%)	P.m (%)	P.o (%)	Tổng cộng (%)
Nested PCR	60,0	35,0	3,0	2,0	100
Giemsa	63,0	35	2,0	0	100

Nhận xét:

- Trong tổng số 100 ca KSTSR (+) lấy được tại khu vực nghiên cứu, chúng tôi thấy có tất cả 4 loài KSTSR (*P.falciparum*, *P.vivax*, *P.malarie*, *P.ovale*). Tỷ lệ *P.falciparum* chiếm cao nhất kể đến là *P.vivax*.



- Về cơ cấu KSTSR, tỷ lệ nhiễm đơn *P. falciparum* là 50,0%; tỷ lệ nhiễm đơn *P. vivax* là 20,0%. Tỷ lệ nhiễm phối hợp 2 loài *P. falciparum* và *P. vivax* là 19,0%.

- Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy không có sự khác biệt nhiều giữa 2 kỹ thuật Giemsa và Nested PCR ($p=0,85$) về cơ cấu KST SR. Tuy nhiên trong số 100 ca KSTSR (+) có 12 ca có sự khác biệt giữa kết quả Giemsa và NestedPCR.

Còn lại 6 ca là thiếu loài trong nhiễm phối hợp. Có thể là trong nhiễm phối hợp có 1 loài trội hơn còn loài kia mật độ quá thấp, dưới ngưỡng phát hiện của kính hiển vi. Theo nghiên cứu “Áp dụng các kỹ thuật sinh học phân tử để nghiên cứu thành phần cơ cấu loài của KSTSR tại tỉnh Quảng Bình 2004-2005” của Đoàn Hạnh Nhân, Nông Thị Tiến cho

thấy so với kỹ thuật nhuộm Giem sa, kỹ thuật PCR phát hiện được tỷ lệ nhiễm phối hợp cao hơn (30% so với 4,6%) [2].

- Kỹ thuật PCR là kỹ thuật có tính chính xác nhưng đòi hỏi mức độ chuyên hóa cao và chi phí tốn kém tuy nhiên nó cũng góp phần vào việc tìm biện pháp phòng chống sốt rét có hiệu quả.

3. 2. Đặc điểm KSTSR mang gen đột biến kháng thuốc và một số đột biến trên gen kháng

3.2.1. Đặc điểm *P.falciparum* mang gen *Pfprt* đột biến và một số đột biến trên gen *Pfprt* kháng với chloroquin

- So sánh kết quả xác định *P.falciparum* mang gen *Pfprt* đột biến bằng kỹ thuật PCR - RFLP, sequencing và in vitro.

Bảng 3.3. Cấu trúc gen *Pfprt* và đáp ứng in vitro với chloroquin (một số phân lập ví dụ)

TT	Phân lập	PCR-RFLP	Sequencing				In vitro	
			74	75	76	S/R	IC ₅₀ (nM)	S/R
1	V21	R	<u>I</u>	<u>E</u>	<u>T</u>	R	231,26	R
2	V34	R	<u>I</u>	<u>E</u>	<u>T</u>	R	216,35	R
3	V5	R	<u>I</u>	<u>E</u>	<u>T</u>	R	212,73	R
4	V3	R	<u>I</u>	<u>D</u>	<u>T</u>	R	192,42	R
5	V19	R	<u>I</u>	<u>D</u>	<u>T</u>	R	185,26	R
6	V9	R	<u>I</u>	<u>D</u>	<u>T</u>	R	168,64	R
7	V8	S	M	N	K	S	121,93	S
8	V10	S	M	N	K	S	98,67	S
9	V11	S	M	N	K	S	52,81	S
10	V2	S	M	N	K	S	14,26	S
11	V40	S	M	N	K	S	13,72	S

* I, E/D, T amino acid của gen mã hoá đột biến

* Thứ tự sắp xếp theo mức độ kháng từ cao xuống thấp

- Kết quả PCR - RFLP, sequencing và in vitro là đồng nhất. Đột biến gen *Pfprt* tại codon 76 có ý nghĩa quyết định đến tính kháng, đột biến tại codon 74, 75 ảnh hưởng tới mức độ kháng của *P.falciparum* với chloroquin.

- Các phân lập *P.falciparum* mang gen *Pfprt* đột biến, kháng chloroquin theo mức độ khác nhau. Gen *Pfprt* mã hoá tổng hợp amino acid có cấu trúc:

I E T kháng ở mức cao (IC₅₀ = 241,16 ± 54,55 nM), I D T ở mức độ thấp hơn (IC₅₀ = 177,9 ± 12,99 nM).

3.2.2. Đặc điểm *P.falciparum* mang gen *Pfdhfr* đột biến và một số đột biến trên gen *Pfdhfr* kháng với antifolat

- Đáp ứng in vitro của *P. falciparum* với pyrimethamin và cycloguanil

Bảng 3.4. Đáp ứng in vitro của *P. falciparum* với pyrimethamin, cycloguanil

Thuốc	Kháng		Nhạy	
	Số lượng	IC ₅₀ (nM)	Số lượng	IC ₅₀ (nM)
PYR	75	1768,25±1266,55	22	72,12±23,68
CYC	25	128,22±88,63	77	18,22±14,12

* Ngưỡng kháng: PYR là 100 nM; CYC là 40nM

- Kết quả in vitro cho thấy *P.falciparum* nhạy với cycloguanil tỷ lệ cao (77,0%) và ngược lại kháng cao với pyrimethamin (75,0%), sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

- So sánh kết quả xác định *P.falciparum* mang gen *Pfdhfr* đột biến bằng kỹ thuật PCR - RFLP, sequencing và in vitro.

Bảng 3.5. Cấu trúc gen Pfdhfr và đáp ứng in vitro với pyrimethamin (một số phân lập ví dụ)

TT	Phân lập	PCR-RFLP	Sequencing				In vitro	
			74	75	76	S/R	IC ₅₀ (nM)	S/R
1	V9	R	<u>N</u>	<u>R</u>	<u>I</u>	R	2721,16	R
2	V3	R	<u>N</u>	<u>R</u>	<u>I</u>	R	1042,37	R
3	V2	R	<u>N</u>	<u>R</u>	N	R	313,52	R
4	V11	R	<u>N</u>	<u>R</u>	N	R	312,43	R
5	V4	R	<u>N</u>	<u>R</u>	N	R	298,54	R
6	V12	R	<u>N</u>	C	N	R	254,71	R
7	V10	S	S	C	<u>I</u>	S	36,58	S
8	V5	S	S	C	N	S	31,15	S
9	V8	S	S	C	N	S	25,32	S
10	V32	S	S	C	N	S	24,41	S
11	V36	S	S	C	N	S	22,41	S

* N, R, I amino acid của gen mã hoá đột biến

* Thứ tự các mẫu được sắp xếp theo mức độ kháng giảm dần.

- Đột biến gen *Pfdhfr* tại codon 108 có ý nghĩa quyết định đến tính kháng *pyrimethamin* của *P.falciparum*.

- Đột biến gen *Pfdhfr* ở codon 59 và 51 ảnh hưởng tới mức độ kháng *pyrimethamin* của *P.falciparum*.

- Những phân lập *P.falciparum* đa đột biến (108N, 59R, 51I) mức độ kháng cao hơn so với những phân lập mang 2 đột biến (108N, 59R) và cao hơn những phân lập chỉ có 1 đột biến đơn thuần (108N). Vì vậy bên cạnh những phân lập kháng rất cao (2721,16 nM) có những phân lập kháng rất thấp (254,71 nM), thấp hơn 10,68 lần.

3.2.3. Đặc điểm *P.falciparum* mang gen *Pfmdr1* đột biến và một số đột biến tại gen *Pfmdr1* đa kháng thuốc

Kết quả phân tích tỷ lệ *P.falciparum* mang gen *Pfmdr1* đột biến đa kháng cho thấy:

- Đột biến 86Y của gen *Pfmdr1* ảnh hưởng đến tính kháng của *P.falciparum* với *mefloquin*, *artemisinin* không phát hiện thấy.

- Đột biến 184F của gen *Pfmdr1* ảnh hưởng rất ít đến tính kháng *P.falciparum* với *mefloquin*, *artemisinin* là 6/40 (15,0%).

- Đáp ứng in vitro của *P.falciparum* với *mefloquin* IC₅₀ = 153,71 - 943,16 nM, với *artesunate* IC₅₀ = 23,62 ± 12,54 nM.

IV. KẾT LUẬN

1. Thành phần loài ký sinh trùng sốt rét

Phân tích 100 mẫu có KSTSR (+) tại các điểm nghiên cứu cho thấy có 4 loài KSTSR gây bệnh ở người, trong đó *P.falciparum* chiếm 60,0%; *P.vivax* chiếm 35,0%; *P.malariae* chiếm 3,0%; *P.ovale* chiếm 2,0%. Tỷ lệ nhiễm đơn *P.falciparum* chiếm 50,0%; nhiễm đơn *P.vivax* chiếm 20,0%; nhiễm đơn *P.Malariae* chiếm 8,0%; nhiễm phối hợp 2 loài là 19,0%; nhiễm phối hợp 3 loài là 3,0%.

2. Đặc điểm ký sinh trùng sốt rét mang gen đột biến kháng thuốc và một số đột biến trên gen kháng

* Đặc điểm *P.falciparum* mang gen đột biến kháng chloroquin

Tỷ lệ *P.falciparum* mang gen *Pfcr* đột biến kháng chloroquin là 46,74%. Đặc điểm đột biến trên gen kháng đã chi phối đáp ứng in vitro với *chloroquin* IC₅₀ = 51,18 - 233,37 nM, mức độ kháng có xu hướng giảm dần từ 1/2014 (IC₅₀ = 266,85 ± 87,63nM) đến 12/2014 (IC₅₀ = 213,33 ± 78,78 nM).

* Đặc điểm *P.falciparum* mang gen đột biến kháng antifolat.

Tỷ lệ *P.falciparum* mang gen *Pfdhfr* đột biến kháng *pyrimethamin* là 85,33%. Đặc điểm đột biến trên gen kháng đã chi phối đáp ứng in vitro với *pyrimethamin* IC₅₀ = 72,12 - 1768,25 nM, mức độ kháng có xu hướng giảm dần từ 1/2014 (IC₅₀ = 1965,71 ± 1539,64nM) đến 12/2014 (IC₅₀ = 1625,00 ± 1170,15nM). *P.falciparum* nhạy *cycloguanil* tỷ lệ cao 77,0% đáp ứng in vitro IC₅₀ = 18,22 - 128,22nM.



* **Đặc điểm *P.falciparum* mang gen đột biến đa kháng thuốc.**

Tỷ lệ *P.falciparum* mang gen *Pfmdr1* đột biến 184F (ảnh hưởng rất ít đến tính kháng của *P.falciparum* với *mefloquin*

và *artemisinin*) là 15,0%. Đáp ứng in vitro của *P.falciparum* với *mefloquin* ở nồng độ rất thấp $IC_{50} = 153,71 - 943,16 \text{ nM}$. Với *artesunat* $IC_{50} = 23,62 \pm 12,54 \text{ nM}$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bùi Đức Chính, Wim Van Bortel và cs (2008), Đánh giá ảnh hưởng của màn tẩm hóa chất diệt côn trùng tới quần thể *An.epiroticus* đã kháng hóa chất ở miền Tây Nam Bộ. *Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng số 6, năm 2008*, Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương.
2. Đoàn Hạnh Nhân, Nông Thị Tiến và cs (2007), “Một số yếu tố xã hội học liên quan đến lan truyền sốt rét dai dẳng tại huyện Đăkrông và Hướng Hóa, tỉnh Quảng Trị”. *Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng số 4, năm 2007*. Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương.
3. Lê Xuân Hợi và cộng sự (2008), “Đã đánh giá thực trạng công tác giám sát vector và biện pháp phòng chống vector sốt rét khu vực Nam Bộ - Lâm Đồng từ năm 2002 - 2008”. *Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng số 6, năm 2008*, Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương.
4. Phạm Văn Tường (2001), “Lồng ghép chăm sóc sức khỏe ban đầu trong phòng chống sốt rét tại huyện đảo Phú Quốc, tỉnh Kiên Giang”, *Tạp chí Y học Việt Nam*.

MÔ HÌNH KẾT HỢP QUÂN DÂN Y TẠI XÃ IA- PÚCH, GIA LAI

Nguyễn Minh Hưng¹, Nguyễn Văn Ba², Nguyễn Văn Chuyên², Nguyễn Trọng Chính²

TÓM TẮT:

Kết hợp quân - dân y là nhu cầu thực tế và thiết yếu của xã Ia – Púch. Mô hình không chỉ để phát huy sức mạnh tổng hợp của quân y và dân y trong chăm sóc sức khỏe bộ đội và nhân dân mà còn là nhiệm vụ quan trọng trong bảo vệ chủ quyền biên giới quốc gia. Nghiên cứu đã xây dựng được “Mô hình Đội điều trị quân - dân y tại xã Ia – Púch, huyện Chư Prông tỉnh Gia Lai”, gồm các nội dung: Xác định nhiệm vụ, tổ chức, biên chế, trang bị và hoạt động của đội điều trị; Nhân viên y tế huấn luyện thực hành 5 kỹ thuật cấp cứu; Nhân viên y tế được tập huấn cách thức thu dung nạn nhân, cấp cứu nạn nhân khi xảy ra thiên tai, thảm họa, dịch bệnh; Đào tạo cho nhân viên y tế cách xử trí các tình huống cấp cứu; Nhân viên y tế được đào tạo thực hành được một số kỹ thuật cấp cứu tối khẩn cấp trên động vật.

SUMMARY:

COMBINATION BETWEEN MILITARY AND CIVILIAN MEDICAL MODEL AT IA – PUCH, CHU PRONG DISTRICT, GIA LAI PROVINCE

The combination between military and civilian medical is of essential and practical need of Ia – Puch village. This model not only maximize united strengths of military and civilian medical in army's health care but also is an important mission in protecting national boundary sovereignty. This study has successfully built up “Model of military – civilian treatment team at Ia – Puch village, Chu Prong district, Gia Lai province”, which includes the following contents: Defining task, organization structure, team's size, team supporting facilities and operation; Training course for medical staff to practice 5 emergency techniques, Training course for medical staff to acquire fully how to collect victims, practice first aid in case of disaster, catastrophe and epidemic; Training medical staff on how to manage emergency situation; Medical staff

are trained to practice some extreme emergency rescue techniques on animals.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các xã biên giới Tây Nguyên điều kiện giao thông đi lại khó khăn, dân cư thưa thớt, tản mạn, điều kiện kinh tế chậm phát triển, tỷ lệ hộ nghèo cao từ 45 – 70%, là nơi tập trung chủ yếu người dân tộc thiểu số chiếm tỷ lệ 65 – 100%, trình độ dân trí thấp, nhiều phong tục tập quán lạc hậu, mê tín dị đoan vẫn tồn tại, điều kiện CSSK, KCB và tiếp cận với cơ sở y tế, dịch vụ y tế có chất lượng gặp nhiều khó khăn do đường xá xa xôi cách trở [5],[6].

Toàn tuyến biên giới bộ của Tây Nguyên có 28 xã biên giới thuộc 12 huyện của 4 tỉnh (Đắk Lắk, Đắk Nông, Gia Lai và Kon Tum) với chiều dài 530 km đường biên giới (với Lào 142 km, Campuchia 388 km) [1],[2],[3],[4]; có 43 đồn Biên phòng đóng quân trên địa bàn 28 xã biên giới, trung bình 1 xã có 1 đồn biên phòng [5]. Qua khảo sát thực tế tại các xã biên giới cho thấy hầu hết các trạm y tế của các xã đều có kết hợp với quân y đồn biên phòng trên địa bàn để chăm sóc sức khỏe nhân dân như khám chữa bệnh thông thường, cấp phát thuốc miễn phí, tiêm chủng mở rộng, vệ sinh, phòng chống dịch bệnh, truyền thông – giáo dục sức khỏe. Đồng thời qua công tác chăm sóc sức khỏe các trạm y tế còn thực hiện công tác tuyên truyền, vận động đồng bào vùng biên giới hiểu rõ và chấp hành tốt đường lối, chủ trương, chính sách của Đảng, Nhà nước về biên giới, góp phần giữ dân, giữ đất, giữ vững chủ quyền an ninh biên giới quốc gia.

Tuy nhiên, qua khảo sát thực tế cũng cho thấy, ở hầu hết các xã biên giới vẫn chưa thành lập ban quân dân y xã theo quy định của Thông tư 08/2005/ TTLT-BYT-BQP ngày 16/3/2005 của liên Bộ Y tế - Bộ Quốc phòng. Do đó, sự phân công trách nhiệm cụ thể chưa có tính ràng buộc trách nhiệm cao, nhất là khi có tình huống thảm họa, thiên tai, dịch bệnh

1. Bộ khoa học và công nghệ

2. Học viện quân Y

xây ra [1],[2],[3],[4].

Xã Ia – Púch, huyện Chư Prông là một xã biên giới miền núi; Diện tích: 267,46 km²; Dân số: 5.200 người; có 3 thành phần dân tộc chính (Jarai, Thái và dân tộc Kinh); Có đường biên giới với Campuchia; xã có 6 thôn, thôn xa nhất cách trung tâm xã 7 km; Trung tâm xã cách biên giới 10km, cách trung tâm huyện Chư Prông 40 km (1,5 giờ ô tô), cách thành phố Pleiku 60 km (2,5 giờ ô tô) [4]. Các đơn vị Quân đội đóng quân trên địa bàn: 01 đồn biên phòng. Hệ thống y tế (cả quân y và dân y): Trạm y tế xã: có 5 giường nội trú, gồm 1 BS, 1 YS, 1 nữ hộ sinh, 3 y tá; Các thôn/bản: mỗi nơi 1 - 2 y tá thôn/bản. Đồn Biên phòng có 02 YS. Quân y sĩ đồn biên phòng Ia – Púch tham gia khám chữa bệnh cho nhân dân và cấp thuốc miễn phí với số lượng có hạn. Cả 2 đơn vị quân dân y này nằm cạnh nhau (100m), có liên hệ với nhau trong cấp cứu và chuyển tuyến bệnh nhân. Song chưa có thành lập ban quân dân y và chưa có kết hợp quân dân y (KHQDY) chặt chẽ trong khám chữa bệnh, phòng chống dịch bệnh và xử trí cấp cứu nạn nhân hàng loạt. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu:

1) Mô tả thực trạng hoạt động kết hợp quân dân y và nhu cầu CSSK của nhân dân, bộ đội tại các xã biên giới khu vực Tây Nguyên.

2) Xây dựng và đánh giá hiệu quả bước đầu mô hình Đội điều trị quân - dân y tại xã Ia – Púch, huyện Chư Prông, tỉnh Gia Lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

* Đối tượng nghiên cứu điều tra thực trạng

- Các cơ sở quân y, dân y trên địa bàn các xã biên giới.
- Cán bộ, nhân viên quân y, dân y địa bàn các xã biên giới nghiên cứu
- Bộ đội và nhân dân địa bàn các xã biên giới nghiên cứu
- Lãnh đạo chính quyền, ban ngành đoàn thể quân, dân tại địa bàn các xã biên giới nghiên cứu.
- Cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, vật tư y tế, quân y của TYT xã, cơ sở quân y tại địa bàn xã biên giới nghiên cứu
- Các báo cáo về kết quả hoạt động KHQDY trên địa bàn xã biên giới từ năm 2011 – 2015.

* Đối tượng nghiên cứu can thiệp xây dựng mô hình

Nghiên cứu xây dựng “Mô hình Đội điều trị quân - dân y xã Ia – Púch, huyện Chư Prông, tỉnh Gia Lai”. Mô hình Đội điều trị quân - dân y xã Ia – Púch là sự phối kết hợp hoạt động chuyên môn giữa các lực lượng quân y và dân y trên địa bàn xã, nòng cốt là Trạm y tế xã, Bệnh xá đồn biên phòng Ia – Púch để sẵn sàng đáp ứng có hiệu quả các tình huống y tế khẩn cấp trên địa bàn xã.

* Đối tượng huấn luyện xây dựng mô hình:

Toàn bộ cán bộ, nhân viên y tế xã Ia – Púch, quân y đồn biên phòng Ia – Púch.

* Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tại 28 xã biên giới thuộc 12 huyện của 4 tỉnh Tây Nguyên (Kon Tum, Gia Lai, Đắk Lắk, Đắk Nông). Trọng tâm là xã Ia – Púch, huyện Chư Prông, tỉnh Gia Lai.

- Thời gian nghiên cứu: Từ năm 2011 – 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng, phân tích số liệu thứ cấp và nghiên cứu can thiệp cộng đồng không có đối chứng.

* Phương pháp nghiên cứu

- Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu nghiên cứu:
+ 320 người dân bị ốm đau trong 2 tuần qua kể từ ngày điều tra tại xã Ia – Púch, huyện Chư Prông, tỉnh Gia Lai được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên trong danh sách khám chữa bệnh tại TYT xã Ia – Púch và Bệnh xá đồn biên phòng Ia – Púch.

+ Toàn bộ cán bộ, nhân viên quân y, dân y trên địa bàn xã, gồm:

Tổng số: 13 người, cụ thể:

Y tế xã Ia - Púch: 11 người (5 nhân viên y tế xã, gồm 1BS, 2YS, 2YT; 6 nhân viên y tế thôn).

Quân y đồn biên phòng Ia – Púch: 2 YS.

- Nội dung và các chỉ số nghiên cứu:

+ Đặc điểm tự nhiên, hành chính, dân cư, kinh tế, xã hội, dân số, dân tộc, nghề nghiệp, thu nhập bình quân đầu người, nhà ở, học vấn... của xã biên giới nghiên cứu

+ Đặc điểm và hoạt động khám chữa bệnh, CSSK cho người dân, bộ đội của các cơ sở quân, dân y trên địa bàn xã nghiên cứu.

+ Hoạt động kết hợp quân dân y trên địa bàn xã nghiên cứu...

- Công cụ, phương pháp, kỹ thuật thu thập thông tin:

+ Phiếu số 1: Mẫu điều tra thống kê về điều kiện tự nhiên, kinh tế, xã hội, y tế tại địa bàn xã nghiên cứu.

+ Phiếu số 2: Mẫu điều tra các trường hợp ốm đau trong hai tuần quan (kể từ ngày điều tra).

+ Phiếu số 3: Mẫu điều tra, phỏng vấn nhân viên y tế dân y, quân y tại xã nghiên cứu.

+ Phiếu số 4: Mẫu điều tra, phỏng vấn cán bộ lãnh đạo, ban ngành đoàn thể có liên quan đến công tác y tế của xã nghiên cứu.

+ Phiếu số 5: Mẫu điều tra, thu thập các trường hợp khám chữa bệnh từ sổ khám chữa bệnh lưu và hồ sơ bệnh án lưu tại cơ sở quân, dân y trên địa bàn xã nghiên cứu.

+ Phiếu số 6: Mẫu điều tra, thu thập các hoạt động kết hợp quân dân y tại địa bàn xã nghiên cứu.

- Tổ chức điều tra thực trạng tại địa bàn nghiên cứu:

Trước khi triển khai các hoạt động nghiên cứu, tổ chức tập huấn cho các điều tra viên về phương pháp thu thập số liệu và phỏng vấn đối tượng để thu thập thông tin.

Cán bộ nghiên cứu tại thực địa là các bác sĩ của Học viện Quân y, Quân y bộ đội Biên phòng tỉnh.

2.3. Nội dung, phương pháp, tổ chức huấn luyện

*** Căn cứ để xây dựng nội dung huấn luyện**

- Căn cứ chức năng, nhiệm vụ và phân tuyến kỹ thuật của Bộ Y tế cho Trạm y tế xã có bác sĩ và của Bộ Quốc phòng cho bệnh xá đồn biên phòng Ia – Púch.

- Qua khảo sát thực tế cho thấy thực hành 5 kỹ thuật cấp cứu, thực hành xử trí cấp cứu tối khẩn cấp các vết thương/chấn thương, thực hành tổ chức triển khai thu dung, cấp cứu nạn nhân hàng loạt trong thảm họa của cán bộ, nhân viên y tế xã Ia – Púch, quân y đồn biên phòng Ia – Púch rất yếu và có nhu cầu đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn các lĩnh vực trên.

- Kết hợp quân - dân y trong chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân và bộ đội là truyền thống và là nét đặc thù của Ngành Y tế Việt Nam. Trong thời bình, kết hợp quân dân y đi vào chiều sâu xây dựng tiềm lực y tế quốc phòng, xây dựng khu vực phòng thủ, sẵn sàng ứng phó kịp thời các tình huống quân sự cũng như thiên tai, thảm họa, dịch bệnh.

- Kế hoạch huấn luyện xây dựng mô hình kết hợp quân dân y tại xã Ia – Púch đã được sự đồng thuận, nhất trí và ủng hộ cao của Sở Y tế Gia Lai, UBND và Trung tâm y tế huyện Chư Prông, UBND, Trạm y tế xã Ia – Púch, Bộ Chỉ huy Bộ đội Biên phòng tỉnh Gia Lai, Phòng Quân y Bộ Tư lệnh bộ đội biên phòng, Chỉ huy Đồn Biên phòng Ia – Púch, Phòng Quân y Quân đoàn 3.

*** Đối tượng huấn luyện xây dựng mô hình**

Toàn bộ cán bộ, nhân viên y tế xã Ia – Púch và quân y sĩ đồn biên phòng Ia – Púch.

*** Nội dung, tổ chức và giảng viên huấn luyện**

- Giảng viên Bộ môn Tổ chức và Chỉ huy quân y (HVQY):
+ Lý thuyết: Nhiệm vụ, tổ chức biên chế, trang bị và cơ chế hoạt động của bệnh xá kết hợp quân dân y.

+ Thực hành: Tổ chức triển khai, lề lối làm việc của từng bộ phận.

+ Tổ chức thu dung nạn nhân hàng loạt trong thảm họa.

+ Kỹ năng truyền thông – giáo dục sức khỏe cho cộng đồng.

- Giảng viên Bộ môn Ngoại dã chiến Bệnh viện QY 103 (HVQY):

+ Lý thuyết: Nguyên tắc xử trí bước đầu vết thương, chấn thương, trong đó có vết thương do hỏa khí (vết thương/

chấn thương phần mềm, vết thương/chấn thương kín, hờ; vết thương/chấn thương sọ não, ngực, bụng, chậu, tứ chi, gãy xương lớn, mạch máu, hàm mặt...)

+ Thực hành: Huấn luyện 5 kỹ thuật cấp cứu và chuyển thương tại thực địa trong cấp cứu thảm họa.

+ Thực hành xử trí một số vết thương/chấn thương cụ thể trên động vật (mỏ chó) như: Mở khí quản trong điều kiện dã chiến, khâu kín vết thương ngực hờ; chọc hút máu, khí phế mạc; chọc hút bàng quang; thắt, buộc mạch máu trong vết thương mạch máu ngoài; cắt lọc vết thương phần mềm, cắt cụt chi thể gần lia...)

- Bác sĩ Trung tâm y tế huyện Sa Thầy

+ Lý thuyết lâm sàng: Sản khoa (cấp cứu tai biến sản khoa, chăm sóc thai nghén ở tuyến y tế cơ sở). Nhi khoa (chẩn đoán và xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp, tiêu chảy ở tuyến y tế cơ sở). Xử trí ban đầu khi xảy ra dịch bệnh. Các biện pháp cách ly bệnh nhân.

+ Lý thuyết y tế dự phòng: Giám sát dịch bệnh truyền nhiễm ở tuyến y tế cơ sở.

- Phương pháp huấn luyện

Huấn luyện lý thuyết và thực hành, trong đó thực hành là chủ yếu.

+ Huấn luyện lý thuyết: Lên lớp lý thuyết trong hội trường.

+ Huấn luyện thực hành: Thực hành 5 kỹ thuật cấp cứu. Thực hành cấp cứu, cứu chữa ngoại khoa trên động vật (mỏ chó).

Trong huấn luyện thực hành, xây dựng khung tập mẫu về tổ chức biên chế, trang bị; phân công chức trách, nhiệm vụ cụ thể cho từng cá nhân để tổ chức huấn luyện. Bảo đảm tất cả cán bộ, nhân viên y tế, quân y được luân phiên thay nhau tập và kiến tập.

+ Thực hành mổ động vật (mỏ chó) để xử trí một số kỹ thuật cấp cứu tối khẩn cấp.

+ Xây dựng tình huống giả định tại hiện trường có người bị thương, bị nạn, xảy ra dịch bệnh trên địa bàn xã, sau đó thực hành tổ chức triển khai các hoạt động cấp cứu, thu dung, phân loại và tổ chức vận chuyển nạn nhân về Trạm y tế xã, Quân y đồn biên phòng Ia – Púch và tuyến sau theo chỉ định cứu chữa, điều trị.

*** Đánh giá kết quả huấn luyện xây dựng mô hình**

Tổ chức cho Đội điều trị quân - dân y diễn tập thực binh: Tổ chức ra tình huống đầu bài diễn tập, tiến hành thu dung, phân loại, cấp cứu vận chuyển nạn nhân (có nạn nhân giả); xử lý cấp cứu, cứu chữa người bị thương bị nạn (mổ động vật - mỏ chó) xử lý cấp cứu tối khẩn cấp trên động vật như cầm máu, khâu kín vết thương ngực hờ, mở khí quản, xử lý vết thương gãy xương, xử lý vết thương phần mềm; xử trí khi xảy ra dịch bệnh, tổ chức cách ly và chuyển tuyến điều trị.

Đánh giá kết quả triển khai các hoạt động thu dung, phân



loại, cấp cứu, vận chuyển nạn nhân, bệnh nhân của toàn đội. Đánh giá các động tác kỹ thuật cá nhân và hiệp đồng tập thể. Nhận xét và rút kinh nghiệm.

Người đánh giá, kiểm tra: Giảng viên Bộ môn TCCHQY, Bộ môn Ngoại khoa dã chiến (BVQY 103), HVQY, Bộ môn Truyền nhiễm BV 103.

Triển khai các biện pháp điều trị, dự phòng, cách ly khi xảy ra dịch bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Căn cứ để đề xuất mô hình

- KHQDY đã trở thành truyền thống tốt đẹp của quân và dân, của ngành Y tế nhân dân và ngành quân y, là quan điểm chỉ đạo của Đảng về công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới (Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị); KHQDY là một trong những chương trình y tế quốc gia đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt từ năm 2006.

- KHQDY tại các xã biên giới là nhu cầu thực tế khách quan từ 3 phía (Quân y các đơn vị quân đội đóng quân, làm nhiệm vụ trên địa bàn xã, Quân y Đồn Biên phòng làm nhiệm vụ bảo vệ biên giới quốc gia trên địa bàn xã và Trạm y tế xã biên giới) không chỉ để phát huy sức mạnh tổng hợp của quân y và dân y trong CSSK bộ đội và nhân dân mà còn là một nội dung công tác quan trọng của đồn biên phòng, để thông qua đó nắm dân, nắm địa bàn, vận động nhân dân thực hiện tốt các chủ trương, chính sách của Đảng, Nhà nước về bảo vệ chủ quyền biên giới quốc gia.

- Xuất phát từ nhu cầu CSSK, của người dân địa phương, bộ đội, công nhân viên quốc phòng (CNVQP) đóng quân, làm nhiệm vụ trên địa bàn xã. Thực tế những năm qua Quân y sĩ Đồn Biên phòng Ia – Púch đã phối kết hợp với Trạm y tế xã Ia – Púch tổ chức các hoạt động KCB cho quân và dân trên địa bàn và thực hiện các chương trình y tế đang triển khai tại địa phương đạt kết quả khá tốt. Điều này chứng tỏ các cơ sở quân, dân y có đủ nguồn lực, kinh nghiệm trong việc tổ chức các hoạt động KHQDY trong thời gian tới.

+ Quân y sĩ Đồn Biên phòng Ia – Púch có năng lực, kỹ năng và kinh nghiệm vận động nhân dân thực hiện nếp sống vệ sinh phòng bệnh, từ bỏ các ghù tục lạc hậu và mê tín dị đoan, chấp hành đường lối chính sách, pháp luật của đảng, Nhà nước trong giữ gìn trật tự, an ninh xã hội và bảo vệ chủ quyền biên giới quốc gia.

+ Trạm y tế xã Ia – Púch có trách nhiệm thực hiện nhiệm vụ bảo vệ, CSSK nhân dân trên địa bàn xã theo quy định của Nhà nước, Bộ Y tế. Cán bộ của TYT phần lớn là người dân tộc ở địa phương am hiểu hoàn cảnh và phong tục tập quán, lối sống của đồng bào dân tộc thiểu số nên rất thuận lợi trong việc

vận động người dân và làm công tác y tế dự phòng.

- Qua điều tra thống kê từ hồ sơ lưu, sổ khám chữa bệnh của Bệnh xá Đồn Biên phòng Ia – Púch và Trạm y tế xã Ia – Púch trong 5 năm (2011-2015) cho thấy mô hình bệnh tật của người dân, bộ đội, CNVQP trên địa bàn xã mắc một số bệnh/chứng bệnh nhiễm trùng, KST chiếm tỷ lệ cao có chiều hướng gia tăng như: Nhiễm KST đường ruột (giun, sán), lỵ a míp, sốt rét, Æa chầy; các bệnh về da và tổ chức dưới da, viêm phế quản – phổi, tai mũi họng, chấn thương... đây là những bệnh thông thường nhưng rất dễ phát triển thành dịch, biến chứng nguy hiểm cho người mắc bệnh và cộng đồng nhưng có thể phòng bệnh được, nếu như biết phát huy sức mạnh của KHQDY để tổ chức tuyên truyền vận động, hướng dẫn cho người dân, bộ đội thực hiện nếp sống vệ sinh, phòng bệnh sẽ làm thay đổi được mô hình bệnh tật trong cộng đồng.

- Địa bàn các xã biên giới tiếp giáp với Campuchia luôn là địa bàn có tính nhạy cảm cao. Do đó, mô hình KHQDY phải được phát triển ở mức độ cao hơn để đáp ứng được yêu cầu nhiệm vụ khi có tình huống tác chiến xảy ra tại các xã tuyến biên giới. Khi có chiến sự xảy ra, TYT xã biên giới có thể phải di chuyển vào sâu đất liền, xa biên giới để phục vụ chính quyền và nhân dân sơ tán, nên TYT KHQDY lúc này tiếp quản toàn bộ cơ sở hạ tầng, một phần hay toàn bộ trang thiết bị, vật tư y tế của TYT để tổ chức cứu chữa thương binh, bệnh binh và dân quân tự vệ ở lại chiến đấu bảo vệ làng bản biên giới.

- Qua điều tra trình độ và năng lực chuyên môn của Trạm y tế xã Ia – Púch, Quân y sĩ Đồn Biên phòng Ia – Púch cho thấy trình độ chuyên môn về ngoại khoa rất yếu nhất là ngoại khoa dã chiến; trình độ tổ chức các phân đội quân, dân y cấp chiến thuật, khả năng cơ động để giải quyết các tình huống khẩn cấp về y tế trên địa bàn xã khi có thảm họa xảy ra là rất lúng túng và chưa được đào tạo, huấn luyện; Kỹ năng và phương pháp tổ chức tuyên truyền, vận động, giáo dục sức khỏe cho đồng bào các dân tộc thiểu số trong việc thực hiện nếp sống vệ sinh phòng bệnh của cán bộ, nhân viên y tế, quân y là rất hạn chế; kỹ năng xử trí khi xảy ra dịch bệnh còn kém. Do đó, những năm qua cả Trạm y tế xã, Bệnh xá Đồn Biên phòng Ia – Púch đều tập trung vào KCB là chủ yếu nên một số bệnh nhiễm trùng, nhiễm KST không những không khống chế được mà còn có chiều hướng gia tăng.

- Về cơ bản, mô hình KHQDY tại các xã biên giới vẫn phải lấy TYT xã để làm nơi kết hợp. Vì TYT xã là cơ sở y tế Nhà nước có đầy đủ cơ sở pháp lý trong hoạt động KCB kể cả KCB BHYT, trong triển khai thực hiện các chương trình y tế quốc gia theo quy định của pháp luật. Hơn nữa hầu hết các TYT xã và Bệnh xá QDY đã có bác sĩ và đủ thành phần cơ cấu chuyên môn, có sẵn nhà trạm và trang thiết bị theo hướng chuẩn quốc gia.

3.2. Các hoạt động can thiệp đã triển khai thực hiện

tại địa bàn xã Ia – Púch năm 2015 và 2016

- Đã xác định được nhiệm vụ, tổ chức biên chế, biểu trang bị và cơ chế hoạt động của Đội điều trị quân dân y xã Ia - Púch.

- Đã tổ chức huấn luyện và diễn tập thực binh với tình huống có thảm họa, dịch bệnh, triển khai thu dung, phân loại, cấp cứu, vận chuyển nạn nhân, bệnh nhân (có nạn nhận chấn thương, bị thương giả) và tổ chức triển khai cấp cứu tối khẩn cấp về ngoại khoa (có triển khai mổ chớ – động vật thực nghiệm) và điều trị, xử trí, cách ly khi có dịch bệnh.

- Đã tổ chức tập huấn kỹ năng truyền thông – GDSK, tuyên truyền, vận động nhân dân, bộ đội, đồng bào các dân tộc thiểu số thực hiện nếp sống vệ sinh phòng bệnh cho cá nhân, gia đình, cộng đồng, đặc biệt là các bệnh liên quan đến cơ quan tiêu hoá, ăn uống, vệ sinh môi trường, phòng chống sốt rét....

- Hoạt động của đội y tế cơ động quân dân y năm 2015 và 2016:

+ Hàng tháng Bệnh xá cử người luân phiên xuống các thôn phối hợp với nhân viên y tế thôn, Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên tổ chức tuyên truyền vận động nhân dân thực hiện các biện pháp vệ sinh phòng bệnh cho cá nhân, gia đình và cộng đồng, tập trung vào các bệnh: Ía chảy, lỵ, giun, sán, ngoài da, ngộ độc ăn uống, sốt rét, vận động không để tại nhà để bảo đảm an toàn cho mẹ và con bằng các hình thức tập trung các đối tượng, chủ hộ gia đình có nguy cơ cao và hay xảy ra ốm đau đến nhà ông/bà thôn trưởng để tuyên truyền, vận động, tư vấn – GDSK hoặc đến tận hộ gia đình để tuyên truyền vận động, kèm theo là phát tờ rơi, tờ gấp cho người dân.

+ Hàng tuần xuống cộng đồng phối hợp với thôn trưởng, NVYT thôn, Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên tổ chức cho người dân tổng vệ sinh môi trường đường làng, trong nhà, sân vườn, bếp, nhà vệ sinh, vệ sinh nguồn nước, vệ sinh bữa ăn gia đình, hướng dẫn ngủ màn, phòng tránh muỗi đốt.

+ Đã xuống các thôn phun thuốc diệt muỗi, tắm màn, phát thuốc tẩy giun cho người dân tại các hộ gia đình có người đã hoặc đang mắc bệnh hoặc có nguy cơ cao.

3.3. Đánh giá kết quả và hiệu quả hoạt động của Bệnh xá quân dân y xã Ia – Púch

*** Kết quả xây dựng và huấn luyện Đội điều trị quân dân y xã Ia - Púch**

Bước đầu đã huấn luyện và xây dựng được “Đội điều trị quân dân y xã Ia - Púch”, huyện Chư Prông, Gia Lai.

Xác định được nhiệm vụ, tổ chức biên chế, trang bị và cơ chế hoạt động của Đội điều trị quân dân y xã Ia - Púch:

1) **Nhiệm vụ:** Đội điều trị quân dân y xã Ia - Púch có nhiệm vụ:

+ Thực hiện cấp cứu đầu tiên, bổ sung cấp cứu và cứu chữa tối khẩn cấp cho người bị thương, bị nạn. Tiến hành phân loại người bị thương, bị nạn theo yêu cầu cứu chữa và vận chuyển. Tiến hành điều trị ban đầu, tổ chức cách ly khi

xây ra dịch bệnh.

+ Tổ chức các tổ cấp cứu cơ động đến các địa điểm có nạn nhân (người bị thương, bị nạn, bị bệnh) để cấp cứu (5 kỹ thuật cấp cứu, cấp cứu nội, ngoại, sản nhi...).

+ Tổ chức các đợt hoạt động chăm sóc, bảo vệ sức khỏe cho nhân dân và lực lượng vũ trang trên địa bàn.

2) **Tổ chức, biên chế:** Với nhiệm vụ trên, nhân lực của Đội điều trị quân dân y xã Ia - Púch được huy động từ Trạm y tế xã Ia - Pùch, Quân y đồn Biên phòng Ia - Púch, gồm 10 người trong đó:

+ 01 Bác sỹ - đội trưởng.

+ 03 Y sỹ .

+ 06 Y tá/Điều dưỡng.

Đội được tổ chức thành 03 tổ cấp cứu, mỗi tổ có: 01 Y sỹ và 02 Y tá/Điều dưỡng.

3) **Trang bị:** Trang bị của Đội điều trị quân dân Y xã Ia - Púch được huy động từ Trạm y Tế xã Ia - Púch, Quân y đồn biên phòng Ia - Púch, gồm: các trang bị dụng cụ chuyên môn (dụng cụ khám bệnh, chẩn đoán, điều trị; thuốc, băng băng...), các trang bị, vật tư y tế khắc phục vụ triển khai hoạt động của đội điều trị.

4) **Cơ chế hoạt động:** Theo điều động của Ban quân dân y xã, huyện, Đội điều trị quân dân y nhanh chóng tổ chức lực lượng, phương tiện cơ động đến địa bàn có tình huống về y tế kết hợp với lực lượng y tế tại chỗ (y tế thôn/bản, chữ thập đỏ, y tế cơ quan, trường học, y tế tư nhân...) để thực hiện nhiệm vụ.

Sau khi huấn luyện lý thuyết xong, tổ chức huấn luyện thực hành 5 kỹ thuật cấp cứu cho từng cá nhân và tổ chức huấn luyện bố trí, triển khai đội điều trị trong lều bạt: vị trí, tổ chức triển khai, lề lối làm việc của tổ Phân loại, tổ Phẫu thuật. Tiến hành thực hành cấp cứu nạn nhân theo tình huống giả định.

*** Kết quả tổ chức triển khai thực hành cấp cứu nạn nhân tại hiện trường giả định:**

1) **Kết cấu tình huống nạn nhân:**

- Đội Y tế điều trị được giao nhiệm vụ cấp cứu và bổ sung cấp cứu cho 20 nạn nhân với đủ các mức độ (nặng, vừa, nhẹ) với tính chất (là vết thương, chấn thương nội tạng, phần mềm) và vị trí tổn thương (đầu, mặt, cổ, tứ chi, bụng chậu...).

- Kết cấu tình huống tại hiện trường tập trung nạn nhân:

+ Khoảng 10 nạn nhân đã được tập trung tại khu vực, triển khai diễn tập. Trong đó 1 số nạn nhân đã được băng xong nhưng không đúng kỹ thuật và số nạn nhân còn lại chưa được cấp cứu.

+ Khoảng 10 nạn nhân còn lại tiếp tục được bộ phận cứu hộ, cứu nạn đưa đến (bằng cáng, diu, tự đi).

2) **Kết quả thực hành tổ chức cấp cứu nạn nhân:**

- Bác sỹ đội trưởng:

+ Quán triệt nhiệm vụ chung, bao quát toàn bộ khu vực tập trung nạn nhân, phân công nhiệm vụ cho các tổ.



+ Tổ chức tiếp nhận, phân luồng nạn nhân về các tổ, giúp đỡ các tổ cấp cứu khi cần thiết.

+ Kiểm tra tình trạng nạn nhân và chất lượng cấp cứu của các tổ.

+ Tổ chức vận chuyển nạn nhân về tuyến sau.

- Các tổ cấp cứu: Có 3 tổ cấp cứu, mỗi tổ có 1 Y sĩ, 2 y tá/điều dưỡng.

+ Y sĩ:

. Bao quát khu vực nạn nhân được phân công, nhanh chóng phát hiện ra những nạn nhân nặng cần cấp cứu trước và những nạn nhân chưa cần cấp cứu ngay.

. Cùng Y tá cấp cứu 1 số ca nặng (cổ định gãy xương lớn,...)

. Ra mệnh lệnh điều trị cho những nạn nhân vừa, nặng.

. Hướng dẫn cáng thương chuyển nạn nhân về tuyến sau theo thứ tự ưu tiên, phương tiện vận chuyển, tư thế vận chuyển.

+ Y tá:

. Sử dụng các biện pháp, trang bị cấp cứu và bổ sung cấp cứu cho nạn nhân.

. Thực hiện mệnh lệnh chuyên môn của bác sĩ, Y sĩ.

. Tham gia hậu tổng nạn nhân về sau khi được phân công.

Đánh giá của tổ giáo viên: Về cơ bản điều trị đã thực hành thành thạo 5 kỹ thuật cấp cứu. Bác sĩ đội trưởng biết cách bao quát, phân loại nạn nhân theo ưu tiên cứu chữa, vận chuyển và phân công nhiệm vụ kịp thời cho các tổ. Thực hành cấp cứu nạn nhân của các tổ lúc đầu còn lúng túng, chưa hoạt động nhịp nhàng, trùng lặp các động tác cấp cứu trên một nạn nhân, động tác cá nhân thực hành 5 kỹ thuật cấp cứu thực hiện tốt, băng bó, cố định gãy xương đúng kỹ thuật, chắc chắn và đảm bảo thời gian.

*** Kết quả thực hành xử trí cấp cứu tối khẩn cấp trên động vật bị thương (thực hành mổ chó):**

- Bác sĩ:

+ Thực hành mở khí quản: Thực hiện đúng kỹ thuật trong thời gian 5 phút.

+ Thực hành khâu kín vết thương ngực hở: Khâu đúng kỹ thuật, bảo đảm được thời gian quy định.

+ Thực hành chọc hút bàng quang: Thực hiện đúng kỹ thuật.

+ Thực hành khâu, thắt mạch máu trong vết thương mạch máu ngoài: đạt yêu cầu

+ Thực hành chọc hút khí, máu phế mạc: Còn lúng túng và chưa đạt yêu cầu kỹ thuật.

- Y sĩ phụ cho bác sĩ:

Còn lúng túng trong khâu chuẩn bị bệnh nhân trước khi tiến hành phẫu thuật, thủ thuật như chuẩn bị dụng cụ, tiếp dụng cụ, bày dụng cụ, chải sand...

Cả bác sĩ, Y sĩ yếu về kỹ thuật vô cảm, gây mê.

IV. KẾT LUẬN

- Kết hợp quân dân y tại xã biên giới Ia - Púch là nhu cầu thực tế khách quan từ 3 phía (Quân y các đơn vị quân đội đóng quân, làm nhiệm vụ trên địa bàn xã, Quân y Đồn Biên phòng làm nhiệm vụ bảo vệ biên giới quốc gia trên địa bàn xã và Trạm y tế xã biên giới) không chỉ để phát huy sức mạnh tổng hợp của quân y và dân y trong chăm sóc sức khỏe bộ đội và nhân dân mà còn là một nội dung công tác quan trọng của đồn biên phòng để thông qua đó nắm dân, nắm địa bàn, vận động nhân dân thực hiện tốt các chủ trương, chính sách của Đảng, Nhà nước về bảo vệ chủ quyền biên giới quốc gia.

- Mô hình Đội điều trị quân dân y xã Ia - Púch được xây dựng dựa trên nhu cầu khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe của người dân, bộ đội đóng quân trên địa bàn xã.

Các hoạt động của mô hình tập trung vào khám chữa bệnh, truyền thông – giáo dục sức khỏe và tiến hành một số biện pháp phòng bệnh tại cộng đồng như vận động nhân dân làm vệ sinh môi trường sống, tắm màn, phun thuốc muối, hướng dẫn các biện pháp vệ sinh phòng bệnh cá nhân, gia đình và cộng đồng.

- Bước đầu đã huấn luyện và xây dựng được “Mô hình Đội điều trị quân dân y tại xã Ia - Púch” với các nội dung:

+ Xác định được nhiệm vụ, tổ chức biên chế, trang bị và cơ chế hoạt động của đội điều trị.

+ Các đối tượng được huấn luyện thực hành thành thạo 5 kỹ thuật cấp cứu.

+ Biết bố trí, triển khai lều thu dung, cấp cứu nạn nhân và nắm chắc lề lối công tác của từng cá nhân trong tổ cấp cứu.

+ Xử trí được tình huống giả định cấp cứu nạn nhân hàng loạt.

+ Thực hành xử trí được một số kỹ thuật cấp cứu tối khẩn cấp trên động vật bị thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Địa lý y tế quân sự tỉnh Gia Lai năm 2010.
2. Địa lý y tế quân sự tỉnh Đắk Lắk năm 2010.
3. Địa lý y tế quân sự tỉnh Đắk Nông năm 2010.
4. Địa lý y tế quân sự tỉnh Kon Tum năm 2010.
5. Địa lý y tế quân sự Tây Nguyên năm 2003.
6. Địa lý quân sự Quân khu 5 năm 1997.

HỆ THỐNG GIỚI HẠN - SỬA ĐỔI R-M IIG HỖ TRỢ CHO VIỆC TẠO RA CÁC PROTEIN CÓ TÍNH ĐẶC HIỆU MỚI

Lê Thị Kim Tuyến¹

TÓM TẮT

Hệ thống giới hạn sửa đổi R-M II tồn tại ở thể giới vi khuẩn gồm có hai chức năng quan trọng là cắt giới hạn và methyltransferase. Enzym giới hạn II đã có vai trò thiết yếu cho sự thúc đẩy của sinh học phân tử. Tiếp theo là các methyltransferase đã trở thành enzym mà các nhà khoa học quan tâm đến, vì có thể có vai trò quan trọng trong quá trình điều hòa gen. Sau khi ADN được tổng hợp, trong các thay đổi ngoại di truyền (epigenetic) tạo ra các tín hiệu mở đóng gen, sự methyl hóa acid nucleic thông qua toàn bộ genom là rất phổ biến. Tiếp tục sàng lọc và phân tích các hệ thống R-MII ở vi khuẩn là cần thiết để phục vụ nghiên cứu sự điều hòa gen. Sự khám phá mới của các hệ thống R-M IIG mang cả hai chức năng cắt giới hạn và methyl hóa trên một protein duy nhất đã cho phép cải tiến sàng lọc enzym trong GenBank. Việc xác định tính đặc hiệu của một họ enzym R-M IIG tái tổ hợp cho phép tìm ra một số quy luật về tương tác giữa acid amin và nucleotid nhận biết. Trên cơ sở đó, protein có tính đặc hiệu mới đã được tạo ra thành công.

Từ khóa: Hệ thống R-M II; enzym giới hạn; methyltransferase; xác định tính đặc hiệu; nghiên cứu in silico.

SUMMARY:

RESTRICTION-MODIFICATION SYSTEM IIG ALLOWS ENGINEERING OF NEW PROTEIN SPECIFICITIES

Restriction-Modification RM II systems, specific of the bacterial kingdom, have two important enzymatic functions which are restriction endonuclease and methyltransferase. Restriction enzymes had already an essential role in the development of the molecular biology. Now scientists are interested in methyltransferases for their role in the gene regulation process. After the DNA synthesis, among the epigenetic modifications that could lead to turn the genes on and off, the methylation throughout the genom is usual. Thus, screening of R-M II systems in bacteria is still

necessary to provide more tools for the DNA research. The new discovery of the R-M II G systems bearing the two endonuclease and methyltransferase on one unique protein has allowed the possibility to be screened in Genbank. From the specificity determination of recombined R-M IIG enzymes belonging to the same family, some rules could have been deduced to know the interactions between the amino acids and the nucleotides recognized. On that basis, proteins with new specificities has been successfully engineered.

Key words: R-M II system; restriction enzyme; methyltransferase; specificity determination; in silico research.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ khi khám phá các enzym giới hạn II vào năm 1968, chức năng cắt ADN ở các vị trí đặc hiệu đã cho phép phân tích ADN genom, một đại phân tử gồm vài triệu nucleotid ở các loài vi khuẩn và vài tỷ nucleotid ở các tế bào cao cấp. Các enzym giới hạn đã trở thành những công cụ có ích đã thúc đẩy sự phát triển của ngành sinh học phân tử [1], [2]. Có ba phương pháp nổi bật nhất được thiết lập nhờ có enzym này: 1) Bản đồ giới hạn ADN và tạo ra những dấu vết ADN đặc hiệu như dấu vân tay, không chỉ cho phép phân biệt giữa các loài sinh vật với nhau mà còn có thể phân biệt 2 cá thể cùng một loài; 2) Phương pháp sản xuất protein tái tổ hợp dùng chức năng cắt đặc hiệu ADN để gắn gen vào vector nhằm biến nạp vào một vi trùng dễ mọc như *Escherichia coli* được dùng như một nhà máy sản xuất protein. 3) ADN genom được cắt giới hạn tạo ra những đoạn ADN đủ nhỏ để được giải trình tự, khi ghép lại với nhau đưa ra trình tự của toàn bộ ADN genom khổng lồ.

Trước đây, enzyme giới hạn chỉ được coi như là những công cụ dùng trong nghiên cứu. Nhưng nó tồn tại dưới hình thức là một hệ thống giới hạn - sửa đổi với methyltransferase cùng một tính đặc hiệu. Hiện nay, các methyltransferase còn được quan tâm nhiều hơn vì nó tham gia vào các biến đổi

1. Trường đại học Thăng Long, Hà Nội - Email: ltkimtuyen@thanglong.edu.vn

» Ngày nhận bài: 05/02/2017 | » Ngày phản biện: 18/02/2017 | » Ngày duyệt đăng: 25/02/2017

ngoại di truyền (epigenetic), trên cơ sở đó việc tìm ra các hệ thống R-M II có tính đặc hiệu mới cần phải. Việc khám phá các protein R-M IIG làm thay đổi cách sàng lọc các protein có tính đặc hiệu mới với hiệu quả cao, thậm chí cho phép hiểu được quy luật tương tác giữa acid amin và nucleotide nhận biết. Quy luật được suy ra lần đầu tiên ở một họ protein giống MmeI và cho phép tạo ra các enzyme có tính đặc hiệu mới bằng đột biến gen tương tự ở các chỗ qui định.

Nghiên cứu sàng lọc enzyme giới hạn theo phương pháp cổ điển đến khả năng tạo ra enzyme mới bằng phương pháp đột biến gen được trình bày từng giai đoạn sau.

II. NỘI DUNG

2.1. Quá trình sàng lọc enzyme giới hạn II nhiều đặc hiệu khác nhau

New England Biolabs là công ty đầu tiên vừa sản xuất enzym giới hạn II vừa sàng lọc những enzym có tính đặc hiệu mới. Từ 1968 đến 2005, một số phòng thí nghiệm ở nhiều nước, trong đó có Việt Nam [3], [4] đã cùng tham gia sàng lọc các enzym giới hạn từ các vi khuẩn thiên nhiên. Phương pháp đã dùng phổ biến gồm có giai đoạn mọc vi khuẩn thuần chủng, thử phản ứng dịch thô của tế bào phá vỡ với ADN chuẩn. Sự có mặt của enzym giới hạn hoạt tính được khẳng định khi thấy băng ADN cắt giới hạn. Phương pháp này không hiệu quả bằng phương pháp sinh học phân tử, dùng ADN dò để tìm gen. Nhưng những gen của enzym đã được tìm ra trong thời gian đó có độ giống nhau ít về trình tự, do vậy rất khó được nhận ra trực tiếp trên cả genom. Tuy nhiên enzym giới hạn II luôn thuộc một hệ thống sửa đổi-giới hạn II (R-M II) gồm một enzym giới hạn và một methyltransferase thường được mã bởi hai gen nằm sát gần nhau trên genom. Chính gen methyltransferase có những đặc điểm trình tự cho phép phân biệt các gen này trong cả genom [5]. Do đó, có thể phát hiện ra gen enzym giới hạn một cách gián tiếp, khi dò gen methyltransferase trước, biết rằng gen enzym giới hạn nằm sát bên cạnh, bên phải hoặc bên trái.

New England Biolabs đã sản xuất hơn 250 enzym giới hạn có tính đặc hiệu khác nhau được phân phối khắp thế giới [6]. Danh sách này chủ yếu gồm enzym nhận ra trình tự nucleotid xuôi ngược và có số lượng enzym nhiều, không cần thiết bổ sung vào enzym mới khác nếu chỉ nhằm mục đích có thêm công cụ cho các phương pháp sinh học phân tử. Tuy nhiên, việc tiếp cận với enzym giới hạn không chấm dứt được vì nó là bộ phận không tách rời được của một hệ thống R-M. Hiện nay, các nghiên cứu thời sự thiên về sự điều hòa của các gen, hiểu được các cơ chế khiến protein được sản xuất ở mức độ cần thiết và đúng thời điểm để bảo đảm sự sống của tế bào. Cụ thể hơn, sự rối loạn trong quá trình

điều hòa này có thể giải thích nguyên nhân của một số bệnh ung thư. Các loại điều hòa dẫn đến sự đóng mở của gen vậy cần phải có tín hiệu đặc biệt. Trình tự nucleotid của toàn bộ ADN genom cho phép xác định vị trí và tính chất các gen của một tế bào, tuy nhiên, sau khi ADN tổng hợp, có những thay đổi ngoại di truyền (epigenetic) xảy ra được giả thuyết là tham gia vào sự điều hòa gen. Trong các hiện tượng ngoại di truyền, sự methyl hóa của nucleotid rất phổ biến, do vậy các methyltransferase chiếm một vai trò quan trọng. Vì lý do này, việc sàng lọc và phân tích các hệ thống R-M ở vi khuẩn tiếp tục có lợi ích nhằm tạo ra khả năng tìm những công cụ mới phục vụ việc nghiên cứu ADN.

Sự phát hiện họ protein R-M IIG có trình tự giống nhau nhưng nhận ra các trình tự nucleotid khác nhau đã thay đổi cách sàng lọc các hệ thống giới hạn-sửa đổi nhanh và hiệu quả hơn.

2.2. Các protein R-M IIG mang cả hai chức năng sửa đổi và giới hạn

Gần đây, một họ enzym giới hạn đã được khám phá, với đặc điểm khác so với enzym giới hạn cổ điển. Đại diện của họ enzym được tìm đầu tiên này là MmeI thuộc vi khuẩn *Methylophilus methylotrophus*. MmeI được mô tả như là một protein duy nhất mang hai chức năng giới hạn và methyl hóa ADN, nhận biết trình tự không đối xứng 5'-TCCRAC-3' cắt 20/18 N ngoài trình tự nhận biết. Nó có những đặc tính của endonuclease và methyltransferase tạo ra N6-methyl adenine, được nhận xét thông qua trình tự protein tại 3 khu vực chức năng:

- Ở phần đầu có đoạn cố định P(D)...(D/E)XK đánh dấu được vị trí hoạt động của sự phân hủy liên kết phosphodiester trên acid nucleic, đặc điểm này thuộc về các endonuclease phụ thuộc vào kim loại. Cụ thể ở đây là VD70 (9X)E80MK82;

- Ở giữa có những đoạn cố định đặc hiệu của các methyltransferase tạo ra N6-methyl adenine, gồm có motif I, G312AHYTS, motif X, F359FDPACGCGNFL và motif IV, G480NPPF.

- Ở cuối, có vùng TRD (Target Recognition Domain) nhận ra trình tự nucleotid đích, trường hợp của MmeI là 5'-TCCRAC-3'.

Hệ thống R-M này chỉ có một protein mang hai chức năng cùng lúc (được phân loại là R-M II G) là đơn giản hóa quá trình tự bảo vệ của vi khuẩn chống sự xâm nhập của ADN lạ. Với các hệ thống R-M II cổ điển, chức năng cắt và sửa đổi được mang trên 2 protein khác nhau, tức là mỗi protein có một vùng TRD riêng. Như vậy, khi xảy ra đột biến, làm thay đổi trình tự nhận biết đặc hiệu của endonuclease, thì khả năng có cùng thay đổi xảy ra với methyltransferase gần như không. Điều này dẫn đến sự chết của tế bào chủ vì ADN bị

cắt ở những trình tự nucleotid mới nhận biết và không được methyl hóa. Trong khi đó, MmeI chỉ có một vùng chung TRD nhận ra ADN ở trình tự nucleotid đặc hiệu. Khi đột biến xảy ra trong vùng TRD duy nhất này làm thay đổi trình tự nhận biết, lúc đó chức năng giới hạn và sửa đổi dựa vào vùng TRD chung mới và tiếp tục phối hợp với nhau để đảm bảo ADN genom tế bào chủ được bảo vệ trong khi ADN lạ không được bảo vệ sẽ bị phân hủy.

2.3. Nghiên cứu tương tác acid amin và nucleotide ở họ MmeI

Ở thể giới vi khuẩn, đột biến có thể xảy ra với tỷ lệ cao và chúng ta có thể đặt giả thuyết rằng trong thiên nhiên, các gen tương tự với MmeI có thể có những đột biến khác nhau trong vùng TRD dẫn đến các trình tự nucleotid khác nhau được nhận biết. Sự khám phá của họ enzyme giống MmeI có thể chứng minh một phần nào rằng giả thuyết này là đúng. Dựa trên các phần mềm so sánh trình tự acid amin của MmeI để khai thác các trình tự đã được công bố ở GenBank, kết quả liệt kê nhiều enzyme giả định giống MmeI, có độ giống nhau cao, thuộc về nhiều vi khuẩn khác nhau. Các tác giả [7] xin các ADN genom trong danh sách này, để phân tích

gen giả định mã cho enzyme thuộc họ MmeI. Gen được nhân lên bằng PCR và sản phẩm ADN khuếch đại được clon vào *Escherichia coli*. Khi tế bào tái tổ hợp biểu hiện enzyme giới hạn, các tính đặc hiệu được xác định cho thấy có nhiều trình tự được nhận ra (Bảng 1).

Như vậy, mỗi protein phân tích có một vùng TRD nhận ra một trình tự nucleotid riêng biệt. Khi đối chiếu các trình tự acid amin của vùng TRD với các trình tự nucleotid được nhận ra, có những kết quả nổi bật. Số thứ tự của các nucleotid trong trình tự nhận biết 6 nucleotid được ghi như sau: nucleotid cuối cùng là số 6 và nucleotid đầu tiên là 1. Trong họ MmeI, các protein nhận biết nucleotid thứ 5 đều là A. Những quy luật đơn giản có thể được suy ra với nucleotid 6, là C hoặc G (Hình 1). Một đôi acid amin được quan sát có tương quan cao với nucleotid số 6 này. Ở vị trí tương tự MmeI R808, nucleotid C được nhận ra bởi một arginine (R) và nucleotid G được nhận ra bởi aspartate (D). Ở vị trí tương tự MmeI E806 acid amin thứ 2 là glutamate (E) có một vai trò nhận ra nucleotid C với tỷ lệ 9/10 protein; acid amin thứ 2 có vai trò nhận ra nucleotid G là lysine (K) với cùng một tỷ lệ.

Bảng 1 : Danh sách các enzyme hạn chế họ MmeI đã xác định tính đặc hiệu

Name	Recognition (cleavage)	Source organism	Accession	gDNA source
ApyPI	ATCG AC (20/18)	<i>Arcanobacterium pyogenes</i>	FJ773371	Stephen Billington
AquII	GCCG AC (20/18)	<i>Agmenellum quadruplicatum</i> PR-6	YP_001733624	ATCC 2726
AquIII	GAGG AG (20/18)	<i>Agmenellum quadruplicatum</i> PR-6	YP_001735369	ATCC 27264
AquIV	GRGG AG (20/18)	<i>Agmenellum quadruplicatum</i> PR-6	YP_001735547	ATCC 27264
CdpI	GCGG AG (20/18)	<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	NP_940094	ATCC 700971
CstMI	AAGG AG (20/18)	<i>Corynebacterium striatum</i> M82B	NP_862240	Andreas Tauch
DraRI	CAAG AC (20/18)	<i>Deinococcus radiodurans</i> R1	FJ773373	ATCC 13939
DrdIV	TACG AC (20/18)	<i>Deinococcus radiodurans</i> NEB479	FJ768705	NEB479
EsaSSI	GACC AC (20/18)	Environmental sample Sargasso Sea	EAJ03172	gene synthesis
MaqI	CRTTC AC (20/18)	<i>Marinobacter aquaeolei</i> VT8	YP_956924	ATCC 700491
MmeI	TCC AC (20/18)	<i>Methylophilus methylotrophus</i>	ACC85607	NEB1189
NhaXI	CAAG AG (20/18)	<i>Nitrobacter hamburgensis</i> X14	YP_579008	Dan Arp
NlaCI	CATC AC (19/17)	<i>Neisseria lactamica</i> ST640 Sange	Sanger Center Server ^a	Ronald Chalmers
NmeAIII	GCCG AG (21/19)	<i>Neisseria meningitidis</i> Z2491	FJ773372	Mark Achtman
PlaDI	CATC AG (21/19)	<i>Parvibaculum lavamentivorans</i>	YP_001413872	David Schleheck
PspOMII	CGCC AR (20/18)	<i>Pseudomonas species</i> OM2164	FJ768704	NEB1783
PspPRI	CCYC AG (21/19)	<i>Psychrobacter species</i> PRwf-1	YP_001274371	James Tiedje
ReeI	CATCG AC (20/18)	<i>Rhodospirillum centenum</i> SW	YP_002299341	ATCC 51521
RpaB5I	CGRGG AC (20/18)	<i>Rhodopseudomonas palustris</i> BisB5	YP_570364	Caroline Harwood
SdeAI	CAG AG (21/19)	<i>Sulfurimonas denitrificans</i>	YP_392994	ATCC 33889
SpoDI	GCGGR AG (20/18)	<i>Silicibacter pomeroyi</i> DSS-3	YP_167160	Mary Ann Moran
BsBI	CAAC AC (21/19)	<i>Bacillus species</i> NEB686	No sequence data	NEB686

The name, recognition sequence and position of DNA cleavage, the source organism, the GenBank accession number for the amino acid sequence (full length active form), and the source of the genomic DNA is listed for each enzyme. The penultimate adenine that is the target of methylation is in bold and underlined.

^aThe NlaCI sequence is not yet deposited in GenBank, but is accessible from the Sanger Center server: http://www.sanger.ac.uk/Projects/N_lactamica/.

Tuy phức tạp hơn, quy luật có thể được suy ra với nucleotid số 3 như thấy ở Hình 2. Ở đây cũng nhận xét có một đôi acid amin tương quan với sự nhận ra nucleotid số 3 này, là G (10 enzym), là C (7 enzym), là T (3 enzym) hoặc Y nhận ra

pyrimidine C hoặc T (1 enzym). Những enzym nhận ra G đều có acid amin có điện tích dương (K hoặc R), ở vị trí tương tự MmeI E751, trong khi nucleotid C được nhận ra bởi acid amin D có điện tích âm (5/7) hoặc serine (R). Cái acid amin thứ 2 ở vị



trí tương tự Mme I N773 tham gia vào sự nhận biết của nucleotid C, có một asparagine (N), một serine (S) hoặc một histidine (H). G là acid amin D (7/10) hoặc S. Đối với những enzym nhận ra

Hình 1: Đoạn trình tự acid amin các vùng TRD đối chiếu với nucleotid số 6 ở trình tự nhận biết trên ADN.

C	MmeI	TCRA C	NVISSNATYHIPSARPLIFGLLSSTMHNCMMRNVGGRL---	E S R Y R V S A S L V N T F P W T	823
	NlaCI	CATCA C	FTIANGSALIIIPNATLCHFGILSSTMHNAPMRTVAGRL---	E S R Y Q V S A S I V N N F P F F	859
	AquII	GCCGNA C	EIMAESCVVMIFLDDSYFLGICSSSLHIIWALAQCGR---	E S R F V V N H D A C F Y R F F F F	918
	RpaB5I	CGRGGA C	HSLPESEVIIVGSDDAFILGVLSRRLHVRWLSLKGCT---	E S R F P R Y N N M C F D P F F F F	913
	MaqI	CRTTGA C	NSICDETVMFALPGAQYLGVLSRVRHVLWLSLFAGGT---	E S R F P R Y N K L C F E T F F F F	917
	DrdIV	TACGA C	SIVPDETIVFPTGEDAFHGLVLSRVRHVTWALAQCGR---	E S R F P R Y N K T R C F E T F F F F	933
	RceI	CATCGA C	IYLTDMHMGIVISSQDALILGALSSWPHRLWAIKAGGT---	E S R F P R Y N K T R C F E T F F F F	946
	EsaSSI	GACCA C	PTLASNKLRLMPDATLYHFAVLNSTMHMANTRAVCGRL---	E S R Y Q V S V T I V N N F P W P	833
	ApyPI	ATCGA C	CTVVSSLAFAVEDSDRSQFALISSMFITWQKMGIGRL---	E S R L R F A N T L T W N T F P V P	865
	DraRI	CAAGNA C	GIRPSDGLQIFAFEDDYSFGVIQSSVHWQWLIARGGT---	T A R L M V T S D T V F D F P W P	840
G	AquIV	GRGGA G	DWLPADSTTVASDDFVVLGILTSDVHRQWVKAQSSTL---	K G D T R T H N T C F E T F F F F	811
	NhaXI	CAAGRA G	AIHFNDALESVFALEDDYSFGILQSGIHWEPINRCST---	K A D F R T S D T V F D S F P W P	850
	CstMI	AAGGA G	NVIASDLVFAHQDPDGLMFALASSMFITWQKSIGGRL---	K S D L R F A N T L T W N T F P V P	867
	PapPRI	CCYCA G	NTVAGNKLFIIVDGNFYQGTLSSTMHNAPMRLTAGRN---	K S D Y S S T I V N N F P F P	839
	PlaDI	CATCA G	EVVANQKLRILPDADPWIFGLLTSGMHMANMRAITGRN---	K S D Y M S V G V V N T F P W P	831
	SdeAI	CAGRA G	DFICGDTGLAVPNATLHFHFGILTSKMHMDWVRVYVACRL---	K S D Y R S N E I V N N F P F F	808
	AquIII	GAGGA G	STLSSDLVFIIVGNATLHFHFGIFTSVMHMANVVKVCCGR---	K S D Y R S K D I V N N F P F F	818
	NmeAIII	GCCGA G	ETVVENLAFILPNATLYHFGILSSTMHNAPMRTVAGRL---	K S D Y R S N T I V N N F P F F F	833
	CdpI	GCCGA G	GMIPCDMLYFVPTDLSLFGVLSQFQANMNRVYVACRL---	K S D Y R C N T I V N N F V F P	842
	SpoDI	GCGGRA G	NALADSATFIVARDDETTFGLHSSFIELWLSLRMGTFLG-V	G N D F R I T P S T F E T F F F F F	834
R	PspOMI	CGCCCA R	TILPDNKLIILALADTWHPFSIVSSRIHWVAIAANAAKIGMYD	G D A V I P K Q C P D F F F F F	950

Hình 2: Đoạn trình tự acid amin các vùng TRD đối chiếu với nucleotid số 3 ở trình tự nhận biết trên ADN.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>"C"</p> <p>E - N/S</p> <p>E - H</p> <p>S - N/S</p> </div>	DrdIV	TACGAC	857	LKRYVVTL	ETA---	-KHQVQFLDSSIVPD	S	TIVTFGTEDAFH
	EsaSSI	GACCA C	753	DAPFMVIP	EVSSERREFIPLGYLQPPTLAS	N	KLRLMPDATLYH	
	MmeI	TCRA C	743	DTDYLLIP	ETTSSENRFIPIGFVDRNVISS	N	NATYHIPSARPLI	
	PspOMI	CGCCCA R	871	LPRYIATV	ETA---	-KHRIFSLLDATILPD	N	KLIILALADTWH
	RceI	CATCGAC	870	LDRIYIAT	ETS---	-KRVFQFIEAIYLTDM	H	MGIVISSQDALI
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>"G"</p> <p>R - S/D</p> <p>K - D</p> </div>	ApyPI	ATCGAC	785	QTDFLCVP	SVVSENRPYFTAADIEEGTVVS	S	LAFAVEDSDRSQ	
	NmeAIII	GCCGAG	753	DGNLYIIP	SVSSESRRFIPIGYLSFETVVS	N	LAFILPNATLYH	
	AquIII	GAGGAG	738	ESEYLLIP	KVSSERNYIPIGFLNQSTLSS	D	LVFIVGNATLPH	
	CdpI	GCGGAG	762	DGTYIGIP	KVSSERRKYVPPAFVTDGMIPG	D	MLYFVPTDSLFLV	
	CstMI	AAGGAG	787	DTDYLCLP	KVSSERSYFTVQRYPSNVIAS	D	LVFAHQDPDGLM	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>"T"</p> <p>K-G, N-Q</p> <p>L - S</p> </div>	SdeAI	CAGRA G	728	ESDYIFIP	RVSSENRDYIPMEFFTKDFICG	D	TGLAVPNATLPH	
	AquIV	GRGGA G	735	LALYFAVP	RHS----	-KWFIFIPCKLDWLPAD	S	TTVVASDDFVY
	DraRI	CAAGNA C	764	LSRYIVCS	RVT---	-KRQVFEFLDNGIRPS	D	GLQIFAFEDDYS
	NhaXI	CAAGRA G	774	LSRYIVCA	RVT---	-HRPIFEFVSTAIHPND	A	LSDVFALEDDYS
	AquII	GCCGNA C	842	LNRYIATV	RTA---	-KRVFQFLNSEIMAE	S	GVVMIFLDDSYF
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>"Y": V - N</p> </div>	RpaB5I	CGRGGA C	837	LGRYIGTA	RTA---	-KHRIFSMLAGHSLPE	S	SEVIIVGSDDAFI
	SpoDI	GCGGRA G	756	LSRFIVTP	RVG----	-KHRIFVWLDNSNALAD	S	ATFIVARDETT
	PapPRI	CCYCA G	759	NKPYVAIP	VVSSENRRFIPIGFIDGNTVAG	N	KLFIIVDGNTRYQ	
Consensus_sS:				→→→→→	→→→→→	→	→→→→	hhh

Đối với nucleotid số 4 (Hình 3), có một enzym nhận ra nucleotid A, 5 enzym nhận ra nucleotid C, 9 enzym nhận ra nucleotid G, 4 enzym nhận ra R (nucleotid A hoặc G) và 2 enzym nhận ra N (bất cứ nucleotid nào). Trong trường hợp này cũng thấy có sự tham gia của một đôi acid amin. Các purine (A,

G hoặc cả hai là R) được nhận ra bởi acid amin R ở vị trí tương tự với MmeI R810. Acid amin thứ 2 ở vị trí tương tự MmeI A774 nhận ra nucleotid G, có thể là leucine (L), Methionine (M), acid glutamic (E) hoặc Threonine (T).

Hình 3: Đoạn trình tự acid amin các vùng TRD đôi chiều với nucleotid số 4 ở trình tự nhận biết trên ADN.

A: S - R	AquIV__GRGG AAG DWLPAD STTVVASDDFYVLGILTS DVHRQWVKAQ SSTL ---K GD T R Y HT NT CF ET FP FPF 811
C: S - Q, K - Q/S/ V/M	NlaCI__CAT CAC ETIANG S ALIIPNAT L CHFGIL S STMHNA F MRT V AG R ---ES R Y Q YSASIVYNN FP FPF 859
	EsaSSI__GAC CAC PTLASN K LRLMPDAT L YHFAVL N STMHMA W TRAV C GR L ---ES R Y Q YS V TIVYNN FP FPF 833
	PlaDI__CAT CAG EVVAN Q KLRILPDAD P WIFGL L TSGMHMA W MRAIT G RM---K S DY M YS V GVVYNT FP FPF 831
	PspPRI__CCY CAG NTVAG N KLFVIVD G NTY Q FG L TSSSMHNA F MRLT A GR M ---K S DY S YS S TIVYNN FP FPF 839
	PspOMI__CGCC CAR TILPD N KLIIIALAD T WHFSIV S SR I H W VVAIA N AAK I G M YD G DA V Y P K G Q C FD FP FPF 950
G: L/M/ E/T - R	ApyPI__ATC GAC GTVV S LAF A VEDSD R S Q FAL I SS S M F IT W Q K M I GG R L---ES R L R F A NT L T W NT FP FPF 865
	AquIII__GAG GAG STL S S D L V FIVGN A T L PHFG I FT S VMHMA W VKY V CG R L---K S DY R YS K DIVYNN FP FPF 818
	CstMI__AAG GAG N V IAS D L V FHA Q PD G LM F ALASS M FIT W Q S I G GG R L---K S D L R F A N T L T W NT FP FPF 867
	NmeAIII__GCC GAG E T V V S N L A F I LP N A T L Y HFG I L S STMHNA F MRT V AG R ---K S DY R YS N T V VYNN FP FPF 833
	CdpI__GCC GAG G M IP G D M LY F VP T DS L F V FG V L V S Q F Q NA W MR V AG R L---K S DY R Y G NT V YNN FP FPF 842
	RceI__CAT CAC I Y L T D H M G I V ISS Q DAL I L G AL S SW P H R L W A I K A GG T L---E D R P R Y N K T R C F D FP FPF 946
	RpaB5I__CGR GAC H S L P E S E V I A VG S DD A F I L G V L SS R L H V R W S L S K G GG T L---E D R P R Y NN S M C F D FP FP FPF 913
DrdIV__TAC GAC S I V P D S T I VT F GT E D A PH L G V L S SR V H V T W AL A Q G GG T L---E D R P R Y N K T R C F ET FP FPF 933	
MaqI__CRT TGAC N S I C D S T T VM F AL P GA Q Y L G V L S SR V H V L S L F AG G T L ---E N R P R Y N K T L CF ET FP FP FPF 917	
R: T/A - R	SdeAI__CAG RAG D F I C G D T G L A VP N A T L P HFG I L T SK M H M D W V R Y V AG R L---K S DY R YS N EIVYNN FP FPF 808
	MmeI__TCC RAC N V ISS N A T Y H I P S A E L I F GL L S S TMH N C W MR N V G GG R L---E S R Y R Y S A SL V YNT FP FPF 823
	NhaXI__CAAG RAG A I H P N D A L S V F A LE D D S F G I L Q S I H W E F I N R C S T L ---K A D F R Y T S D T V F D S FP FP FPF 850
SpoDI__GCG RAG N A L A D S A T P I V A R D DE T T F G I L H S S F H E L W S L R M G T F L G -V G N D P R Y T P S T T FP FP FPF 834	
N: G - M/V	AquII__GCC GAC E I M A E S G V V M I F L D D S Y F L G I C SS S L H I I W A L A Q G GG R L---E D R P V Y N H D A C F Y R FP FP FPF 918
	DraRI__CAAG NAC G I R P S D G L Q I F A F E D D Y S F G V I Q S V H W Q L I A R G G T L ---T A R L M Y T S D T V F D T FP FP FPF 840
	Consensus_ss: eee eeeee hhhhhhhhhhhhhhhhhhh ee

2.4. Tương tác quan hệ acid amin và nucleotid ở họ MmeI dùng để tạo ra enzym R-M IIG có tính đặc hiệu mới.

Từ các tương tác đưa ra ở trên, sự nhận biết của 2 enzym MmeI (TCCRAG) và NmeAIII (GCCGAC) cùng một họ được thử nghiệm bằng cách tạo ra những đột biến trên gen tương tự [8]. Các thay đổi acid amin trên enzym được thực hiện để nghiên cứu sự nhận biết ở nucleotid số 6, số 3 và số 4. Kết quả cắt ADN chuẩn của những enzym thay đổi được thấy ở trên Hình 5. Để thay đổi sự nhận biết ở nucleotid số 6 từ MmeI để có nucleotid G thành nucleotid C, đột biến đôi được thực hiện để E thành K ở vị trí MmeI 806 (ghi tóm tắt là MmeI E806K) và để R thành D ở vị trí MmeI 808 (MmeI R808D). Một thử nghiệm được thực hiện với NmeAIII để thay thế sự nhận biết ở nucleotid số 6 để có nucleotid C thành nucleotid G bằng tạo ra đột biến đôi NmeAIII K816E và NmeAIII D818R. Hai kết quả với MmeI (6G) và NmeAIII (6C) đã cho thấy những băng giới hạn của

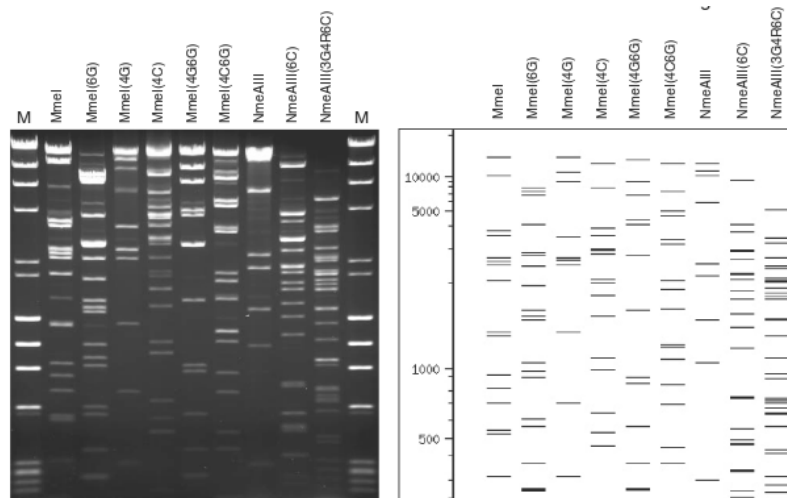
ADN chuẩn lambda cắt với enzym thay đổi này giống các băng lý thuyết cắt ở đúng vị trí TCCRAG và GCCGAG.

Khi thay đổi nucleotid 4 bằng đột biến đôi MmeI A774L, kết quả chỉ rằng enzym mới tạo ra có đặc hiệu chờ đợi là TCCGAC, với ít đoạn giới hạn hơn của hình vạch MmeI gốc mà nhận ra TCCRAG tức là TCCAAG và TCCGAC. Khi tạo ra đột biến đôi MmeI A774K, R810S, enzym có đặc hiệu mới là TCCCAC.

Những thay đổi phối hợp được thực hiện với MmeI ở cả hai vị trí nucleotid số 4 và số 6 như trên cùng lúc bằng tạo ra ba đột biến A774L, E806K và R808D. Kết quả dẫn đến một enzym với đúng đặc hiệu chờ đợi là TCCGAG. Những thay đổi phối hợp được thực hiện với NmeAIII ở 3 vị trí nucleotid số 3, 4 và 6 cùng lúc bằng tạo ra 5 đột biến S761R, N783D, L784A, K816E và D818R. Trường hợp cuối cùng này cũng dẫn đến có một enzym có tính đặc hiệu mới là TCGRAC.



**Hình 5: Băng cắt ADN chuẩn lambda với MmeI và NmeIII nguyên vẹn hay thay đổi.
A: Kết quả gel agarose. B kết quả lý thuyết.**



III. KẾT LUẬN

Phương pháp này cho thấy một khả năng mới để khai thác các số liệu khổng lồ và phong phú của những trình tự genom ADN được công bố trên GenBank. Các gen được chọn in silico chỉ là những đoạn nucleotid được phân tích có dấu hiệu là mã cho protein về mặt lý thuyết. Như thế, danh sách các enzym thuộc họ MmeI mà xuất hiện trên màn hình máy tính chỉ được coi như là protein “giả thuyết” ở đây là “methyltransferase giả định”. Những ADN genom của chúng vi khuẩn nhất định đã được công bố trình

được dùng để clon gen được chọn lọc. Chỉ có khi protein biểu hiện hoạt tính mới khẳng định được tính chất thực của gen [9]. Hiệu quả cao của phương pháp này là có sản phẩm tái tổ hợp hoạt tính. Mặt khác, việc khám phá họ các enzym giống MmeI đã cho phép sàng lọc thêm methyltransferase mới. Tính đặc hiệu của chúng chỉ xác định thông qua phản ứng giới hạn được phân tích in vitro. Quá trình nghiên cứu này cũng dẫn đến sự hiểu biết về vài qui tắc trong tương tác acid amin và nucleotid của riêng họ MmeI này. Trên cơ sở đó, enzym khác có tính đặc hiệu mới được tạo ra thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Loenen W.A.M., Dryden D.T.F., Raleigh E.A. và cộng sự. (2014). Highlights of the DNA cutters: a short history of the restriction enzymes. *Nucleic Acids Res*, 42(1), 3–19.
- Roberts R.J (2005). How restriction enzymes became the workhorses of molecular biology. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 102(17), 5905–5908.
- Lê Thị Kim Tuyền và Vũ Hồng Nga (1997). Phát hiện và xác định một enzym giới hạn mới BciV I, tách từ *Bacillus circulans*. *Tạp chí học Dự phòng*, VII(4)(34).
- Lê Thị Kim Tuyền và Vũ Thị Kim Liên (1997). Sml I, một enzym giới hạn mới tách chiết từ chủng *Stenotrophomonas maltophilia*. *Tạp chí học Dự phòng*, VII(4 (34), 11–16.
- Wilson G.G (1991). Organization of restriction-modification systems. *Nucleic Acids Res*, 19(10), 2539–2566.
- Pingoud A, Wilson G.G, và Wende W (2014). Type II restriction endonucleases a historical perspective and more. *Nucleic Acids Res*, 42(12), 7489–7527.
- Morgan R.D, Dwinell E.A, Bhatia T.K và cộng sự (2009). The MmeI family: type II restriction–modification enzymes that employ single-strand modification for host protection. *Nucleic Acids Res*, 37(15), 5208–5221.
- Morgan R.D và Luyten Y.A (2009). Rational engineering of type II restriction endonuclease DNA binding and cleavage specificity. *Nucleic Acids Res*, 37(15), 5222–5233.
- Tuyền L.T.K, Hòa B.K, Thành V.N và cộng sự (2015). Biểu hiện và xác định enzyme giới hạn họ Mme tìm in silico. *Tạp chí Công nghệ Sinh học*, 13(3), 831–836.

TỶ LỆ SA SÚT TRÍ TUỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ QUY NHƠN TỈNH BÌNH ĐỊNH NĂM 2015

Trần Kỳ Hậu¹, Đoàn Vương Diễm Khánh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sa sút trí tuệ (SSTT) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tình trạng lệ thuộc ở người cao tuổi. Ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu về tỷ lệ hiện mắc và các yếu tố liên quan SSTT.

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Xác định tỷ lệ hiện mắc SSTT ở người từ 65 tuổi trở lên tại thành phố Quy Nhơn, tỉnh Bình Định. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến SSTT ở đối tượng nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 2.359 người từ 65 tuổi trở lên có hộ khẩu thường trú tại thành phố Quy Nhơn. Chẩn đoán SSTT được thực hiện qua hai giai đoạn: giai đoạn sàng lọc bằng cách sử dụng MMSE test (MMSE (+) khi số điểm <24), giai đoạn chẩn đoán sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán SSTT của ICD 10. Phân tích hồi qui đa biến logistics được sử dụng để kiểm định các yếu tố liên quan đến SSTT. Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ MMSE (+) là 21,4%. Tỷ lệ SSTT chung là 7,1%. Tỷ lệ hiện mắc SSTT dao động từ 2,3% ở nhóm 65-69 tuổi đến 28,4% ở nhóm 90 tuổi trở lên. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến SSTT: tuổi, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tiền sử tai biến mạch máu não, thói quen hoạt động thể lực.

Kết luận: Trong số đối tượng nghiên cứu, SSTT là phổ biến. Chương trình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi nhằm phát hiện sớm, điều trị thích hợp bệnh SSTT là rất cần thiết hiện nay.

Từ khóa: SSTT, tỷ lệ hiện mắc, yếu tố liên quan, người cao tuổi.

ABSTRACT:

PREVALENCE OF DEMENTIA AND ASSOCIATED FACTORS AMONG THE ELDERLY IN QUI NHON CITY, BINH DINH PROVINCE, VIETNAM

Background: Dementia is one of the major causes of disability and dependency among older people. There are very few research on the prevalence of dementia and its related factors in Vietnam. The objectives of this study were to examine the prevalence of dementia among people aged 65 years and over in Qui Nhon city, Binh Dinh province of Vietnam and to examine associated factors of dementia among participants.

Methods: A randomly selected sample of 2359 people aged 65 years and over living in Qui Nhon city, Binh Dinh province of Vietnam were interviewed and examined. MMSE test (Mini Mental Status Examination) was used as a screening instrument for dementia. Individuals with a MMSE positive (score <24) were examined for diagnosis of dementia using ICD-10 criteria. Multilogistic regression was undertaken for exploring associated factors of dementia

Results: Prevalence of MMSE (+) was 21.4%. The overall prevalence estimates for dementia was 7.1% (n=85). This prevalence ranged from 2.3% among people aged 65-69 years to 28.4% among those aged ≥ 90 years. Age, marital status, occupation, education level, medical history of stroke and physical activity were significantly associated with dementia.

Conclusion: In this population, dementia is common. Mental health care delivery for people living with dementia is urgently needed for the elderly in Vietnam.

Key words: Dementia, prevalence, related factors, the elderly

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

SSTT là hội chứng suy giảm chức năng nhận thức mắc phải kèm theo những thay đổi về hành vi và mất chức năng xã hội. Giảm trí nhớ là biểu hiện quan trọng nhất, ngoài ra

1. Trung tâm Y tế thành phố Quy Nhơn
2. Khoa YTCC, Trường Đại học Y Dược Huế

các lĩnh vực khác cũng bị rối loạn như mất ngôn ngữ, mất sử dụng động tác, mất nhận biết đồ vật, chức năng nhiệm vụ... SSTT gây ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, hoạt động nghề nghiệp và sự hòa nhập xã hội. Bệnh không những gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh mà còn là gánh nặng cho gia đình, cộng đồng và xã hội [5].

Theo Tổ chức Y tế thế giới, đến năm 2050 ước tính dân số trên 60 tuổi là 2 tỷ người. Tác động tiêu cực rõ rệt của già hóa dân số là gia tăng số người SSTT. Dù SSTT ảnh hưởng chủ yếu đến người già, nhưng nó không phải là điều bình thường của sự lão hóa. Theo các ước tính khác nhau, khoảng 2-10% số người bị SSTT khởi phát trước tuổi 65. Tỷ lệ mắc tăng gấp đôi mỗi 5 năm sau tuổi 65. Trên toàn cầu, số người SSTT là khoảng 35,6 triệu, nghiên cứu dịch tễ học cho thấy con số này tăng lên rất đáng báo động. [9].

Ở Việt Nam chưa có nhiều công trình nghiên cứu về SSTT. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ hiện mắc và những đặc điểm SSTT ở người từ 65 tuổi trở lên tại thành phố Quy Nhơn, tỉnh Bình Định. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến SSTT ở đối tượng nghiên cứu.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: Người từ 65 tuổi trở lên có hộ khẩu thường trú tại thành phố Quy Nhơn, tỉnh Bình Định. Thời gian: Từ tháng 01/2015 đến tháng 6/2015.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu chùm nhiều

giai đoạn. Giai đoạn 1: Chọn ngẫu nhiên 3 phường thuộc nội thành và 1 phường/ xã ngoại thành và 1 xã đảo-bán đảo trong số 21 phường/ xã của thành phố Quy Nhơn. Giai đoạn 2: 5 phường, xã được chọn có tổng cộng 58 cụm, chọn ngẫu nhiên 30 cụm sau đó lập danh sách người cao tuổi từ 65 tuổi trở lên với số lượng là 4.244. Chọn ngẫu nhiên 2.359 đối tượng vào mẫu nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn mặt đối mặt với đối tượng và người thân tại hộ gia đình qua 2 giai đoạn. Giai đoạn 1: Phỏng vấn, thu thập thông tin và sàng lọc đối tượng với trắc nghiệm tâm lý thu gọn MMSE (Mini Mental Status Examination). MMSE là được áp dụng rộng rãi ở Việt Nam và trên thế giới, có điểm từ 0 đến 30 điểm. Những đối tượng thực hiện được trắc nghiệm MMSE có điểm dưới 24 sẽ được làm chẩn đoán SSTT trong giai đoạn 2. Giai đoạn 2: Chẩn đoán xác định. Đối tượng có điểm MMSE dưới 24 và các đối tượng không làm test MMSE được hoặc làm không đầy đủ (bị khiếm khuyết các chức năng thị giác, thính giác, mù chữ) cũng được làm bệnh án, chẩn đoán SSTT theo Tiêu chuẩn chẩn đoán dành cho nghiên cứu ICD-10 của Tổ chức Y tế thế giới[8].

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng mô hình hồi qui đa biến logistic để kiểm định các yếu tố liên quan đến SSTT.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình: 74,9. Tuổi nhỏ nhất: 65; tuổi lớn nhất: 104. Bảng 3.1 mô tả một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3. 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	%	Đặc điểm	Số lượng	%
Nhóm tuổi			Trình độ học vấn		
Từ 65-69	703	29,8	Mù chữ	190	8,1
Từ 70-74	509	21,6	Biết đọc biết viết	750	31,8
Từ 75-79	483	20,5	Tiểu học	497	21,1
Từ 80-84	377	16,0	THCS	397	16,8
Từ 85-89	206	8,7	THPT	240	10,2
90 +	81	3,4	Trên THPT	285	12,1
Giới tính			Nghề nghiệp		
Nam	918	38,9	Nông	392	16,6
Nữ	1.441	61,1	Buôn bán	587	24,9
Dân tộc			Công nhân	219	9,3
Kinh	2.352	99,7	Cán bộ, viên chức	585	24,8
Dân tộc khác	7	0,3	Ngư nghiệp	140	5,9
Tôn giáo			Nội trợ	337	14,3

Đặc điểm	Số lượng	%	Đặc điểm	Số lượng	%
Lương	1.320	56,0	Hoàn cảnh sống		
Phật giáo	899	38,1	Sống một mình	154	6,5
Thiên chúa giáo	62	2,6	Sống cùng vợ/chồng	817	34,6
Tôn giáo khác	78	3,3	Sống với gia đình người thân	1.388	58,9
Tình trạng hôn nhân			Kinh tế gia đình		
Chưa kết hôn	20	0,8	Nghèo, cận nghèo	216	9,2
Kết hôn	1.390	58,9	Trung bình	1.742	73,8
Ly dị, ly thân	11	0,5	Khá	380	16,1
Góa	938	39,8	Giàu	21	0,9
Khác	99	4,2			

3.2. Tỷ lệ hiện mắc SSTT:

Tỷ lệ suy giảm nhận thức theo thang điểm MMSE (MMSE < 24 điểm): 21,4%.

Đối tượng có điểm MMSE < 24 hoặc không làm trắc nghiệm MMSE được chẩn đoán làm bệnh án chẩn đoán theo tiêu chuẩn chẩn đoán dành cho nghiên cứu của Tổ chức Y tế thế giới ICD-10.

Bảng 3.2. Tỷ lệ hiện mắc SSTT theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10

Hiện mắc sa sút trí tuệ	Số lượng	%
Có	168	7,1
Không	2.191	92,9
Tổng	2.359	100,0

Số đối tượng được chẩn đoán SSTT là 168 chiếm tỷ lệ 7,1% trong tổng số 2.359 đối tượng nghiên cứu. Tuổi mắc bệnh trung bình: 76,4 (độ lệch chuẩn 9,9). Triệu chứng đầu tiên là suy giảm trí nhớ chiếm đa số (96,4%). Trong số 168 đối tượng bị SSTT, chỉ có 20 trường hợp đã từng được chẩn đoán SSTT, chiếm tỷ lệ 11,9%. Trong đó, có đến 12 đối tượng không được điều trị (60%).

3.3. Các yếu tố liên quan đến SSTT

Phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với SSTT bao gồm: giới tính, tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, nghề nghiệp chính trước đây, tình trạng sống, loại nhà ở, kinh tế gia đình, tiền sử rối loạn lipid máu, tiền sử tai biến mạch máu não, thói quen tập thể dục, thói quen giải trí, BMI (Bảng 3.3 và 3.4).

Bảng 3.3. Liên quan giữa đặc điểm chung của đối tượng và SSTT

Yếu tố liên quan	Hiện mắc SSTT		Yếu tố liên quan	Hiện mắc SSTT	
	Tần số	%		Tần số	%
Giới tính***			Loại nhà ở***		
Nam	45	4,9	Nhà hộ	124	6,2
Nữ	123	8,5	Nhà có chỗ trồng cây cảnh	14	8,8
Nhóm tuổi***			Nhà có vườn cây	28	15,0
65-69	16	2,3	Loại nhà khác	2	7,1
70-74	25	4,9	Nghề nghiệp chính trước đây***		
75-79	33	6,8	Nông	49	12,5
80-84	39	10,3	Buôn bán	40	6,8
86-89	32	15,5	Công nhân	11	5,0
90+	23	28,4	Cán bộ, viên chức	11	1,9
Tình trạng hôn nhân***			Ngư nghiệp	8	5,7
Kết hôn	59	4,2	Nội trợ	38	11,3
Khác	109	11,2	Khác	11	11,1



Yếu tố liên quan	Hiện mắc SSTT		Yếu tố liên quan	Hiện mắc SSTT	
	Tần số	%		Tần số	%
Trình độ học vấn***			Hoàn cảnh sống***		
Mù chữ	45	23,7	Sống một mình	17	11,0
Biết đọc, biết viết	77	10,3	Sống cùng vợ/chồng	34	4,2
Tiểu học	22	4,4	Sống với gia đình người thân	117	8,4
Từ THCS trở lên	24	2,6	Chỉ số khối cơ thể***		
Kinh tế gia đình***			Gầy	55	13,3
Nghèo, cận nghèo	25	11,6	Bình thường	89	6,5
Trung bình	129	7,4	Thừa cân, béo phì	24	4,1
Khá, giàu	14	3,5			

*** $p < 0,001$

Bảng 3.4. Liên quan giữa tiền sử bệnh, thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia, thói quen luyện tập thể lực, thói quen giải trí và SSTT

Yếu tố liên quan	Hiện mắc SSTT		Yếu tố liên quan	Hiện mắc SSTT	
	Tần số	%		Tần số	%
Tiền sử tăng huyết áp			Thói quen uống rượu bia		
Có	83	7,4	Có	7	4,3
Không	85	6,9	Không	161	7,3
Tiền sử đái tháo đường			Thói quen tập thể lực***		
Có	14	6,3	Có	58	3,8
Không	154	7,2	Không	110	13,5
Tiền sử bệnh tim			Mức độ tập thể lực***		
Có	32	6,5	Có tập thường xuyên	32	2,7
Không	136	7,3	Không tập thường xuyên	26	7,1
Tiền sử rối loạn lipid máu*			Thói quen xem tivi***		
Có	8	3,4	Có	80	4,8
Không	160	7,5	Không	88	12,8
Tiền sử tai biến mạch máu não***			Thói quen nghe đài		
Có	33	25,6	Có	11	5,6
Không	135	6,1	Không	157	7,3
Tiền sử gia đình SSTT			Thói quen chơi cờ, bài**		
Có	7	9,2	Có	0	0,0
Không	161	7,1	Không	168	7,4
Thói quen hút thuốc lá					
Có	18	5,5			
Không	150	7,4			

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Các biến số có ý nghĩa thống kê trong mô hình đơn biến được đưa vào mô hình hồi qui đa biến logistic. Những biến số có liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trong mô hình hồi qui đa biến logistic được trình bày trong Bảng 3.5.

Bảng 3.5. Mô hình hồi quy đa biến logistic các yếu tố liên quan đến SSTT

Yếu tố liên quan	OR	95% CI	p
Tuổi			
65-69	1		
70-74	1,5	0,8-3,0	>0,05
75-79	1,7	0,9-3,2	>0,05
80-84	2,4	1,3-4,4	<0,01
85-89	4,4	2,3-8,7	<0,001
90 trở lên	7,7	3,6-16,6	<0,001
Tình trạng hôn nhân			
Kết hôn	1		
Khác	1,8	1,1-3,0	<0,05
Nghề nghiệp chính trước đây			
Cán bộ, viên chức	1		
Buôn bán	2,2	0,9-5,2	>0,05
Công nhân	2,2	0,8-5,8	>0,05
Nghề nông	2,2	0,9-5,3	>0,05
Ngư nghiệp	2,3	0,7-7,0	>0,05
Nội trợ	3,2	1,3-8,0	<0,05
Khác	5,5	2,0-15,3	<0,01
Trình độ học vấn			
THCS trở lên	1		
Mù chữ	3,0	1,5-6,2	<0,01
Biết đọc biết viết	1,7	0,9-3,2	>0,05
Tiểu học	0,8	0,4-1,7	>0,05
Tiền sử tai biến mạch máu não			
Không	1		
Có	6,3	3,8-10,6	<0,001
Thói quen hoạt động thể lực			
Có	1		
Không	1,7	1,1-2,6	<0,05

Kết quả phân tích đa biến cho thấy các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) đến SSTT bao gồm: tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, nghề nghiệp chính trước đây, tiền sử tai biến mạch máu não, thói quen hoạt động thể lực. Nguy cơ mắc SSTT gia tăng rõ rệt theo sự gia tăng của tuổi, tình trạng hôn nhân li dị, li thân, góa, độc thân, nghề nghiệp nội trợ, trình độ học vấn thấp (mù chữ), người có tiền sử tai biến mạch máu não, không có thói quen hoạt động thể lực.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ hiện mắc SSTT. Nghiên cứu này thực hiện trên tổng số 2.359 đối tượng từ 65 tuổi trở lên. Tỷ lệ hiện mắc SSTT là 7,1%. Theo các báo cáo của các nghiên cứu khác thì tỷ lệ SSTT ở người 65 tuổi trở lên dao động từ 5-10% [3], [4]. Tuy vậy việc so sánh tỷ lệ này với các nghiên cứu khác là rất khó thực hiện. Sự khác biệt về tỷ lệ này có thể do nhiều yếu tố như phương pháp nghiên cứu, phương pháp chọn mẫu, tiêu chuẩn chẩn đoán và đặc biệt là cấu trúc tuổi của mẫu nghiên cứu. Đa số các nghiên cứu không trình bày cấu trúc tuổi của mẫu nghiên cứu, trong khi tỷ lệ SSTT tăng rõ rệt khi tuổi gia tăng. Điều này khiến cho việc so sánh tỷ lệ mắc SSTT chung cho các nghiên cứu là rất khó chính xác.

Theo kết quả nghiên cứu, trong số 168 đối tượng bị SSTT, chỉ có 20 trường hợp đã từng được chẩn đoán SSTT, chiếm tỷ lệ 11,9 %; trong đó chỉ có 40% trường hợp được điều trị. Tỷ lệ này rất thấp so với nhu cầu được chẩn đoán và điều trị sớm của bệnh nhân SSTT.

Các yếu tố liên quan đến SSTT.

Phân tích đơn biến cho thấy: Tuổi và SSTT: Tỷ lệ hiện mắc SSTT tăng dần theo nhóm tuổi, nhóm 65-69 tuổi tỷ lệ này là 2,3%; nhóm 70-74 tuổi là 4,9%; cao nhất ở nhóm từ 90 tuổi trở lên (28,4%). Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam [1], [3], [4]. Giới và SSTT: tỷ lệ hiện mắc SSTT ở nữ là 8,5%, cao hơn ở nam (4,9%). Kết quả này tương tự như kết quả của các nghiên cứu trước đây [1], [4]. Trình độ học vấn và SSTT: Tỷ lệ hiện mắc SSTT theo trình độ học vấn: nhóm mù chữ cao nhất (23,7%); tiếp đến là nhóm biết đọc, viết (10,3%); tiểu học (4,4%); nhóm có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên là thấp nhất (2,6%). Nghề nghiệp và SSTT: nhóm nghề nông và nội trợ có tỷ lệ SSTT cao nhất (12,5% và 11,3%). Một nghiên cứu tại Huế cho thấy nhóm buôn bán, nghề nông, nội trợ hoặc thất nghiệp có tỷ lệ SSTT cao nhất [1] – đây là những nghề nghiệp lao động giản đơn. Nhóm cán bộ, viên chức có tỷ lệ SSTT thấp nhất (1,9%). Tình trạng hôn nhân và SSTT: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hiện mắc SSTT trong nhóm kết hôn (4,2%) thấp hơn nhóm còn lại (chưa kết hôn; ly dị, ly thân; góa) (11,2%). Hoàn cảnh sống và SSTT: Nhóm đối tượng sống cùng vợ/chồng có tỷ lệ SSTT thấp nhất (4,2%), nhóm đối tượng sống một mình có tỷ lệ SSTT cao nhất (11,0%). Tuy vậy, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi quy đa biến với $p > 0,05$. Loại nhà ở: Theo loại nhà đối tượng đang ở, nhóm ở nhà vườn có tỷ lệ SSTT cao nhất (15,0%); ở nhà hộp có tỷ lệ SSTT thấp nhất (6,2%). Tuy vậy, sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi quy đa biến với $p > 0,05$. Hai yếu tố trên, sống với vợ chồng, người thân, sống trong nhà hộp, đối



tượng có điều kiện giao tiếp với người khác nhiều hơn, nên cũng có thể đây là yếu tố tích cực làm giảm nguy cơ mắc SSTT. Kinh tế gia đình: Trong nghiên cứu, theo tự đánh giá hoàn cảnh kinh tế gia đình, nhóm có kinh tế nghèo, cận nghèo có tỷ lệ SSTT cao nhất (11,6%); thấp nhất là nhóm có kinh tế khá, giàu (3,5%). Tuy vậy, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi qui đa biến với $p > 0,05$. Nghiên cứu của Pembe Kesikoglu ở Izmir Thổ Nhĩ Kỳ (2003) thì nhóm có thu nhập thấp hơn (27,0%) mắc SSTT cao hơn nhóm có thu nhập cao hơn (12,7%)[4]. Tiền sử bệnh và SSTT: Tiền sử tăng huyết áp, bệnh tim, đái tháo đường: Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ SSTT giữa nhóm có tiền sử tăng huyết áp (7,4%) và nhóm không có tiền sử tăng huyết áp (6,9%) ($p > 0,05$); nhóm có tiền sử bệnh tim (6,5%) và nhóm không có tiền sử bệnh tim (7,3%) ($p > 0,05$); nhóm có tiền sử đái tháo đường (6,3%) và nhóm không có tiền sử đái tháo đường (7,2%) ($p > 0,05$). Kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Văn Tuấn tại Hà nội: tỷ lệ mắc SSTT ở nhóm có tiền sử tăng huyết áp và nhóm không có tiền sử tăng huyết áp chênh lệch không đáng kể[2]. Tiền sử rối loạn lipid máu: Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ SSTT giữa nhóm có tiền sử rối loạn lipid máu (3,4%) thấp hơn nhóm không có tiền sử rối loạn lipid máu (7,5%). Tuy vậy, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi qui đa biến với $p > 0,05$. Tiền sử gia đình có người SSTT: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ SSTT giữa nhóm người có tiền sử gia đình có người SSTT cao hơn nhóm không có tiền sử gia đình về SSTT (9,2% so với 7,1%). Tuy vậy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này có thể lý giải phần nào do hiện nay số người được khám và chẩn đoán SSTT còn rất ít nên có thể yếu tố tiền sử gia đình không khai thác được chính xác đầy đủ thông tin và làm cho sự khác biệt giữa 2 nhóm là không đáng kể, không có ý nghĩa thống kê. Tiền sử tai biến mạch máu não: Trong nghiên cứu, nhóm có tiền sử tai biến mạch máu não có tỷ lệ SSTT rất cao (25,6%) so với nhóm không có tai biến mạch máu não (6,1%) ($p < 0,001$). Nhiều nghiên cứu trước đây trên thế giới và Việt Nam đã cho thấy tai biến mạch máu não là yếu tố nguy cơ gây SSTT [1], [6], [7]. Thói quen hoạt động thể lực: nhóm có tập luyện thể lực có tỷ lệ SSTT (3,8%) thấp hơn hẳn nhóm không tập (13,5%) ($p < 0,05$ trong mô hình hồi qui đa biến). Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác. Đối tượng có tập thường xuyên hàng tuần có tỷ lệ hiện mắc SSTT 2,7% thấp hơn nhóm không tập thường xuyên (7,1%) ($p < 0,001$). Thói quen uống rượu bia, hút thuốc lá và SSTT: Nhóm có uống rượu bia có tỷ lệ SSTT (4,3%) thấp hơn nhóm không uống rượu bia (7,3%).

Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê được tìm thấy về tỷ lệ SSTT của nhóm đối tượng hút thuốc lá (5,5%) và nhóm không hút thuốc lá (7,4%) ($P > 0,05$). Thói quen giải trí và SSTT: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm có các thói quen giải trí như xem tivi, chơi cờ, bài, có tỷ lệ SSTT thấp hơn nhóm không có thói quen này. Tuy vậy, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi qui đa biến với $p > 0,05$. BMI và SSTT: Nghiên cứu này cho thấy nhóm có BMI gầy có tỷ lệ SSTT cao nhất (13,3%), thấp nhất là nhóm thừa cân, béo phì (4,1%). Tuy vậy, sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi qui đa biến với $p > 0,05$.

Mô hình hồi qui đa biến logistic cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến SSTT: tuổi, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tiền sử tai biến mạch máu não, thói quen hoạt động thể lực. Tuổi càng cao thì nguy cơ SSTT càng lớn. Về tình trạng hôn nhân, người ở tình trạng hôn nhân không thuận lợi (chưa kết hôn, ly dị/ly thân, góa) có nguy cơ mắc SSTT cao gấp 1,8 lần so với người ở tình trạng kết hôn. Về nghề nghiệp, đối tượng nghề nội trợ có nguy cơ mắc SSTT cao gấp 3,2 lần, và nghề khác (ngoài nghề buôn bán, công nhân, nghề nông, ngư nghiệp, nội trợ) có nguy cơ mắc SSTT cao gấp 5,5 lần so với đối tượng nghề cán bộ, viên chức. Về trình độ học vấn, đối tượng mù chữ có nguy cơ SSTT cao gấp 3,0 lần so với người có trình độ trung học cơ sở trở lên. Về thói quen hoạt động thể lực, người không có thói quen hoạt động thể lực có nguy cơ cao gấp 1,7 lần so với người có thói quen hoạt động thể lực. Người có tiền sử tai biến mạch máu não có nguy cơ cao gấp 6,3 lần so với người không có tiền sử tai biến mạch máu não.

V. KẾT LUẬN, KIẾN NGHỊ

Tỷ lệ hiện mắc SSTT ở người từ 65 tuổi trở lên tại thành phố Quy Nhơn, tỉnh Bình Định: Tỷ lệ hiện mắc SSTT chung là 7,1%, tỷ lệ hiện mắc SSTT ở nam là 4,9%; ở nữ là 8,5%. Tỷ lệ hiện mắc SSTT theo tuổi: 65-69: 2,3%; 70-74: 4,9%; 75-79: 6,8%; 80-84: 10,3%; 85-89: 15,5%; 90+: 28,4%. Tuổi mắc bệnh trung bình: 76,5. Triệu chứng đầu tiên: Suy giảm trí nhớ (96,4%). Chỉ có 11,9% bệnh nhân từng được chẩn đoán SSTT; trong đó 60% bệnh nhân không được điều trị.

Một số yếu tố liên quan đến SSTT ở đối tượng nghiên cứu: Mô hình hồi qui đa biến logistic cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến SSTT: tuổi, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tiền sử tai biến mạch máu não, thói quen hoạt động thể lực. Nguy cơ mắc SSTT gia tăng rõ rệt theo sự gia tăng của tuổi; tình trạng hôn nhân li dị, li thân, góa, độc thân; nghề nghiệp nội trợ; trình độ học

vấn thấp (mù chữ); người có tiền sử tai biến mạch máu não; không có thói quen hoạt động thể lực.

Kiến nghị: Cần có sự quan tâm của cả người dân và cán bộ y tế đến sa sút trí tuệ nhằm phát hiện sớm, điều trị phù hợp cải thiện cuộc sống. Tăng cường công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe. Các nhà khoa học cần có nghiên cứu sâu, rộng hơn để đánh giá toàn diện về đặc điểm dịch tễ học SSTT

ở người Việt Nam, làm cơ sở cho đầu tư thích đáng đối với hoạt động phòng bệnh và chẩn đoán sớm, chăm sóc, điều trị người bệnh. Nhà nước có chính sách phù hợp để đẩy mạnh các nghiên cứu tầm quốc gia về SSTT ở Việt Nam, nghiên cứu sâu hơn về bệnh học, phân nhóm bệnh học của người Việt Nam, có định hướng, kinh phí phù hợp cải thiện cuộc sống người cao tuổi nói chung và người bị SSTT nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đoàn Vương Diễm Khánh (2014), *Nghiên cứu tỷ lệ sa sút trí tuệ và nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở người từ 65 tuổi trở lên tại thành phố Huế, Việt Nam*, Viện Nghiên cứu Sức khỏe Cộng đồng, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. Lê Văn Tuấn (2014), *Tóm tắt luận án tiến sĩ y học: Đặc điểm dịch tễ học sa sút trí tuệ người cao tuổi tại hai quận, huyện Hà Nội*, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
3. Maëlenn Guerchet, Pascal M'belesso, Alain M. Mouanga và các cộng sự. (2010), "Prevalence of Dementia in Elderly Living in Two Cities of Central Africa: The EDAC Survey", *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 30, pp. 261-268.
4. Pembe Keskinoglu, Hatice Giray, Metin Picakcioglu et al. (2006), "The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey", *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 43, pp. 93-100.
5. Martin Prince, Renata Bryce và Cleusa Ferri (2011), *World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention*, Alzheimer's Disease International.
6. Zhihong Shi và Wei Yue Ying Zhang, Mengyuan Liu, Ya Ruth Huo, Shuling Liu, Shuai Liu, Lei Xiang, Ping Liu, Hui Lu, Jinhuan Wang, Yong Ji (2013), "Prevalence and Clinical Predictors of Cognitive Impairment in Individuals Aged 80 Years and Older in Rural China", *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 36, pp. 171-178.
7. Chong-Juan Wei và Y. Zhang Y. Cheng, F. Sun, W. S. Zhang, M. Y. Zhang (2014), "Risk factors for dementia in highly educated elderly people in Tianjin, China", *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 122, pp. 4-8.
8. WHO (1993), "The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research".
9. WHO (2012), *Dementia: a public health priority*, World Health Organization, 6-10.



THỰC TRẠNG SỨC KHỎE NGƯỜI LAO ĐỘNG TẠI 10 DOANH NGHIỆP THUỘC 7 KHU CÔNG NGHIỆP TỈNH ĐỒNG NAI, NĂM 2013

Phạm Văn Dũng¹, Phạm Văn Thao², Đào Văn Dũng³

TÓM TẮT:

Nghiên cứu được tiến hành tại 10 doanh nghiệp thuộc 7 khu công nghiệp tỉnh Đồng Nai bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp và khám sức khỏe cho người lao động tại các doanh nghiệp trên của tỉnh Đồng Nai, năm 2013. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ ốm nghỉ việc trong 4 tuần trước điều tra của 2.131 người lao động tỉnh Đồng Nai là khá cao, chiếm tỷ lệ 9,2%, trong đó ốm phải nghỉ việc 1 lần chiếm tỷ lệ rất cao (98,0%), đồng thời, ốm phải nghỉ việc 1 ngày là chủ yếu (60,2%).

Trong cơ cấu bệnh tật qua KSK định kỳ năm 2013 như sau: bệnh răng hàm mặt (26,2%), bệnh tai mũi họng (18,3%), bệnh tiêu hóa (7,9%), bệnh ngoại khoa (6,1%), bệnh tuần hoàn (5,4%), bệnh cơ xương khớp (3,9%), các nhóm bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (từ 0,1% – 2,4%). Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ ở hầu hết các nhóm bệnh. Có 0,6% NLĐ mắc bệnh nghề nghiệp và 4,1% NLĐ đã từng bị TNLĐ. Gần một nửa (47,5%) NLĐ có sức khỏe loại 1, tỷ lệ NLĐ có sức khỏe loại 5 rất thấp (0,9%), còn lại là sức khỏe loại 2, 3 và 4.

Từ khóa: Người lao động, bệnh tật và cơ cấu bệnh.

ABSTRACT:

THE SITUATION OF HEALTH OF WORKERS IN SOME ENTERPRISES OF INDUSTRIAL ZONES IN DONG NAI PROVINCE, 2013

The study was performed in 10 enterprises of 7 industrial zones in Dong Nai province according to the method of direct interviews and medical examinations for workers in enterprises of Dong Nai province, 2013. The results showed as follows: The rate of sick leave in the 4 weeks preceding the survey of 2,131 workers in Dong Nai province is relatively high, accounting for 9.2%, while sick leave of 1 time a very high proportion (98.0%), at the same time, sick leave of 1

day is mainly (60.2%).

In the structure of disease through periodic health examination in 2013 as follows: odonto-stomatology diseases (26.1%), ear, nose and throat diseases (18.2%), digestive diseases (7.9%), surgical disease (6.1%), circulatory disease (5.4%), musculoskeletal diseases (3.9%), other disease groups accounted for a lower percentage (from 0.1% - 2.4%). The rate of disease are higher among men than women in most disease groups. 0.6% of workers experience occupational diseases and 4.1% of workers have been experienced occupational accidents. Nearly half (47.9%) of worker health are type 1, the rate of worker health is very low type 5 (0.9%), the rest is the health of type 2, 3 and 4.

Keywords: Worker, disease, the structure of disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời gian qua, công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại các khu công nghiệp đã đạt được một số kết quả nhất định, sức khỏe người lao động được từng bước nâng cao. Tuy nhiên, tình hình tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp vẫn có xu hướng gia tăng, người lao động vẫn chưa được chăm sóc sức khỏe một cách đầy đủ theo quy định [2].

Đồng Nai là tỉnh công nghiệp lớn thứ ba trong cả nước, chỉ sau TP.Hồ Chí Minh và Hà Nội. Hiện nay, toàn tỉnh có 30 khu công nghiệp với khoảng 1.300 doanh nghiệp đã đi vào hoạt động với trên 400 ngàn lao động [2]. Vì vậy, công tác chăm sóc sức khỏe, phòng chống tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp cho người lao động trên địa bàn tỉnh là hết sức cần thiết và là thách thức không nhỏ đối với Ngành Y tế tỉnh Đồng Nai. Để có cơ sở thực tế cho công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại các khu công nghiệp tỉnh Đồng

1. Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai, ĐT: 0903932107

2. Học viện Quân y

3. Ban Tuyên giáo Trung ương

Nai chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là mô tả thực trạng sức khỏe người lao động tại 10 doanh nghiệp thuộc 7 khu công nghiệp tỉnh Đồng Nai, năm 2013.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người lao động tại các doanh nghiệp: Được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống, cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu mô tả cắt ngang.

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$$

Trong đó:

+ Z: Là hệ số tin cậy, với ngưỡng xác suất $\alpha = 5\%$,

Z = 1,96.

+ p: Tỷ lệ NLD được KSKĐK năm 2011 (766.217 người được KSKĐK năm 2011/973.875 NLD) là 78,68% [2]

+ d : Độ chính xác mong muốn (d = 0,055).

Thay số vào công thức trên ta có:

$$n = (1,96)^2 \times \frac{0,7868 \times (1 - 0,7868)}{(0,055)^2} = 213 \text{ người}$$

Như vậy cỡ mẫu nghiên cứu cho 10 công ty là: 2130 người. Trên thực tế số đối tượng trả lời phỏng vấn là 2.131 người. Sau khi trả lời phỏng vấn, đối tượng đó tiếp tục được khám sức khỏe, có 16 đối tượng không qua phỏng vấn mà trực tiếp vào khám sức khỏe ngay nên đối tượng thực tế được khám sức khỏe là 2.147 người.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 10 doanh nghiệp thuộc các khu công nghiệp của tỉnh Đồng Nai. Các doanh nghiệp được chọn chủ đích với tiêu chí: có từ 501 - 1.000 lao động, đã đi vào hoạt động ít nhất 5 năm.

Cụ thể đã chọn 10 công ty sau:

- Công ty TNHH Minh Thanh
- Công ty TNHH Dững Khanh
- Công ty Cổ phần Everpia Việt Nam
- Công ty TNHH Shiseido Việt Nam
- Công ty TNHH Trung tâm gia công Posco Việt Nam
- Công ty Cổ phần cáp điện Việt Nam
- Công ty TNHH Ac quy GS Việt Nam
- Công ty TNHH HAVAS
- Công ty TNHH Headerplan
- Công ty TNHH Teijin Frontier Việt Nam

2.3. Thời gian nghiên cứu: tháng 4 - 5/2013.

2.4. Phương pháp nghiên cứu:

- Sử dụng phương pháp: Phỏng vấn trực tiếp các đối tượng nghiên cứu

- Khám sức khỏe người lao động để phát hiện các bệnh thông thường và bệnh nghề nghiệp do Bệnh viện đa khoa Thống nhất tỉnh Đồng Nai thực hiện theo quy trình thường quy [1].

- Công cụ nghiên cứu: Là bảng hỏi được thiết kế sẵn cho từng đối tượng.

- Xử lý, phân tích số liệu theo phương pháp thống kê y sinh học.

- Một số chỉ tiêu nghiên cứu: Tình trạng ốm đau của người lao động 4 tuần trước điều tra, tình hình bệnh tật trong tháng qua, tình hình mắc bệnh nghề nghiệp và tai nạn lao động của, phân loại thể trạng theo chỉ số khối cơ thể (BMI), phân loại sức khỏe người lao động theo giới tính ...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Bảng 1. Tình trạng ốm đau của người lao động 4 tuần trước điều tra (n = 2.131)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1. Ốm phải nghỉ việc:		
- Có	196	9,2
- Không	1932	90,7
- Không nhớ	3	0,1
2. Số lần ốm (n=196)		
- 1 lần	192	98,0
- 2 lần	4	2,0
- 3 lần trở lên	0	-
3. Thời gian phải nghỉ việc do ốm (n=196)		
- 1 ngày	118	60,2
- 2 ngày	36	18,4
- 3 ngày	16	8,2
- 4 ngày	4	2,0
- 5 ngày trở lên	22	11,2

Nhận xét: Trong 4 tuần trước điều tra có 9,2% NLD ốm phải nghỉ việc, trong đó có 98,0% NLD ốm phải nghỉ việc 1 lần và 2,0% NLD ốm phải nghỉ việc 2 lần. Thời gian phải nghỉ việc 1 ngày là chủ yếu (60,2%), phải nghỉ việc 2 ngày là 18,4%, phải nghỉ việc từ 3 ngày trở lên chiếm tỷ lệ từ 2,0% - 11,2%.

Bảng 2. Tình hình bệnh tật trong tháng qua của NLD (n = 2131)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1. Triệu chứng chính hoặc chẩn đoán bệnh:		
- Huyết áp	32	1,5
- Bệnh tim mạch khác	4	0,2
- Cảm cúm, sổ mũi, nhức đầu	858	40,3
- Bệnh hô hấp	103	4,8
- Lông lỵ	6	0,3
- Bệnh tiêu hóa	99	4,6
- Khác	642	30,1
2. Mức độ mắc các triệu chứng/bệnh trên:		
- Thường xuyên	92	4,3
- Thỉnh thoảng	850	39,9
- Không	1127	52,9
- Không biết/không trả lời	62	2,9

Nhận xét: Trong tháng trước điều tra chứng bệnh mà NLD mắc phải chủ yếu (40,3%) là cảm cúm, nhức đầu, sổ mũi. Các triệu chứng của bệnh hô hấp chiếm 4,8% và bệnh tiêu hóa chiếm 4,6%, các bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (từ 0,2% - 1,5%). Về mức độ mắc các triệu chứng trên, chỉ có 4,3% mắc thường xuyên, 39,9% thỉnh thoảng mắc...

Bảng 3. Cơ cấu bệnh tật của người lao động theo giới tính qua khám sức khỏe năm 2013

Nhóm bệnh	Nam (n=1249)		Nữ (n=882)		Cộng (n=2131)	
	SL	%	SL	%	SL	%
- Tuần hoàn	89	7.1	26	2.9	115	5,4
- Hô hấp	21	1,7	6	0,7	27	1,3
- Tiêu hóa	111	8.9	57	6.5	168	7,9
- Thận-tiết niệu	31	2.5	14	1.9	45	2,1
- Nội tiết	2	0,2	11	1,2	13	0,6
- Cơ-xương-khớp	66	5.3	16	1.8	82	3.8
- Thần kinh	30	2,4	12	1,4	42	2,0
- Tâm thần	0	-	2	0,2	2	0,1
- Ngoại khoa	104	8.3	27	3,2	131	6,1
- Mắt	36	2.9	12	1,4	48	2,3
- Tai-mũi-họng	259	20.7	130	14.7	389	18.3
- Răng-hàm-mặt	347	27.8	212	24	559	26.2
- Da liễu	31	2,5	20	2,5	51	2,4
- Sản	0	-	141	16,0	141	6,6

Qua kết quả KSK định kỳ năm 2015 cho thấy: Tỷ lệ NLD mắc bệnh theo các nhóm bệnh như sau: bệnh răng hàm mặt (26,2%), bệnh tai mũi họng (18,3%), bệnh tiêu hóa (7,9%), bệnh ngoại khoa (6,1%), bệnh tuần hoàn (5,4%) bệnh cơ xương khớp (3,8%), các nhóm bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (từ 0,1% - 2,4%). Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ ở hầu hết các nhóm bệnh.

Bảng 4. Tình hình mắc bệnh nghề nghiệp và tai nạn lao động của NLD (n = 2131)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1. Mắc bệnh nghề nghiệp:		
- Có	12	0,6
- Không	2080	97.6
- Không biết/Không trả lời	39	1,8
2. Được điều trị phục hồi chức năng (n=12)		
- Có	4	33,3
- Không	8	66,7
- Không biết/Không trả lời	0	-
3. Bị tai nạn lao động:		
- Có	88	4,1
- Không	2036	95.5
- Không biết/Không trả lời	7	0,3

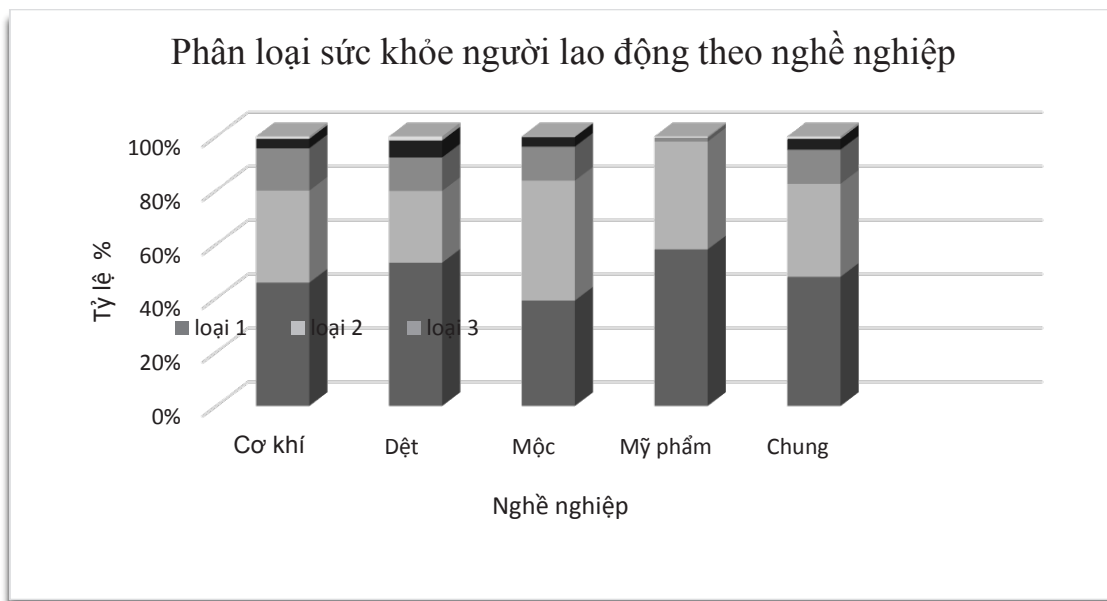
Nhận xét: Có 0,6% NLD mắc bệnh nghề nghiệp, trong số đó có 33,3% được điều trị phục hồi chức năng. Có 4,1% NLD đã từng bị TNLD.

Bảng 5. Phân loại sức khỏe người lao động theo giới tính qua khám sức khỏe năm 2013

Phân loại sức khỏe	Nam (n=1249)		Nữ (n=882)		Cộng (n=2131)	
	SL	%	SL	%	SL	%
- Loại 1	687	55.0	325	36.8	1012	47.5
- Loại 2	398	31.9	343	38.9	741	34.8
- Loại 3	134	10,7	138	15.6	272	12.8
- Loại 4	29	2,3	57	6.5	86	4,0
- Loại 5	1	0,1	19	2,2	20	0,9

Nhận xét: Gần ½ (47,5%) NLD có sức khỏe loại 1, tỷ lệ này ở nam cao hơn nữ (55,0% so với 36,8%). Khoảng 1/3 (34,8%) NLD có sức khỏe loại 2, tỷ lệ này ở nữ cao hơn nam (38,9%) so với (31,9%). Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 3 là 12,8%, loại 4 là 4,0% và loại 5 là 0,9%, các tỷ lệ này ở nữ đều cao hơn nam. Nhìn chung NLD là nam có sức khỏe tốt hơn nữ.

Biểu đồ 1. Phân loại sức khỏe người lao động theo nghề nghiệp qua khám sức khỏe năm 2013.



Nhận xét: NLD ngành dệt và ngành mỹ phẩm có tỷ lệ đạt sức khỏe loại 1 cao nhất, lần lượt là 53,1% và 58,1%. Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 2 cao nhất là ngành mộc (44,5%) và ngành mỹ phẩm (40,0%). Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 3 cao nhất là ngành cơ khí (15,7%), thấp nhất là ngành mỹ phẩm (1,4%). Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 4 và loại 5 cao nhất là ngành dệt, lần lượt là 6,3% và 1,5%.

IV. BÀN LUẬN:

Qua điều tra phỏng vấn người lao động chúng tôi thấy, trong 4 tuần trước điều tra tỷ lệ NLD ốm phải nghỉ việc là khá cao, chiếm 9,2%, trong đó NLD ốm phải nghỉ việc 1 lần chiếm tỷ lệ rất cao (98,0%), chỉ có 2,0% NLD ốm phải nghỉ việc 2 lần. Thời gian phải nghỉ việc 1 ngày là chủ yếu (60,2%), phải nghỉ việc 2 ngày là 18,4%, phải nghỉ việc từ 3 ngày trở lên chiếm tỷ lệ từ 2,0% - 11,2%. Hiện chúng tôi không có các tài liệu liên quan trong y văn để so sánh về tình hình ốm nghỉ việc của người lao động. Qua phỏng vấn 2.131 người lao động cũng cho thấy, trong tháng trước điều tra chứng bệnh mà NLD mắc phải chủ yếu (40,3%) là cảm cúm, nhức đầu, sổ mũi. Các triệu chứng của bệnh hô hấp chiếm 4,8% và bệnh tiêu hóa chiếm 4,6%, các bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (từ 0,2% - 1,5%). Điều này cũng khá trùng hợp với kết quả khám bệnh cho 2.131 người lao động.

Về mô hình bệnh tật, một nghiên cứu [4] cho thấy, tỷ lệ bệnh về tai, mũi, họng là 66,7%, trong đó cao nhất là công nhân đúc (72,0%). Bệnh về mắt là 18,9%, cao nhất là ở công nhân luyện kim (30,8%). Bệnh về tiêu hóa là 19,9%, (chủ yếu là hội chứng dạ dày tá tràng), cao nhất là ở công nhân

rèn (25,4%). Bệnh đường hô hấp là 14,9%, cao nhất ở thợ đúc (20,8%). Bệnh về xương khớp là 29,7%, cao nhất ở thợ cán thép (31,7%). Bệnh về tim mạch là 10,1%, cao nhất ở công nhân gò rèn (14,2%). Bệnh về tiết niệu là 3,1%, cao nhất ở công nhân thép (3,9%). Bệnh ngoài da là 11,2%, cao nhất ở thợ đúc (14,6%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi qua KSK định kỳ năm 2013 cho thấy: Tỷ lệ NLD mắc bệnh theo các nhóm bệnh như sau: bệnh răng hàm mặt (26,2%), bệnh tai mũi họng (18,3%), bệnh tiêu hóa (7,9%), bệnh ngoại khoa (6,1%), bệnh tuần hoàn (5,4%) bệnh cơ xương khớp (3,8%), các nhóm bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (từ 0,1% - 2,4%). Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ ở hầu hết các nhóm bệnh. Trong đó, NLD ngành cơ khí có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn các ngành khác ở hầu hết các nhóm bệnh. Đặc biệt tỷ lệ mắc bệnh cao ở các nhóm bệnh: răng hàm mặt (34,0%), tai mũi họng (22,6%), ngoại khoa (10,9%), tuần hoàn (8,3%), cơ xương khớp (5,6%)...

Hàng năm có khoảng 337 triệu vụ tai nạn lao động xảy ra trên thế giới và 2,3 triệu chết do bệnh liên quan đến lao động. Các nghiên cứu tình hình tai nạn lao động hàng năm trên thế giới cho thấy ở các quốc gia đang phát triển, tần suất tai nạn lao động chết người là 30 - 43 người /100.000 lao động [5].

Các số liệu thống kê tại Cộng đồng châu Âu cho thấy, trong số 115 triệu người lao động của Cộng đồng châu Âu đã có hơn 10 triệu người bị tai nạn lao động (TNLD) hoặc bệnh nghề nghiệp (BNN) hàng năm.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 0,6% NLD mắc bệnh nghề nghiệp, trong số đó có 33,3% được điều trị phục hồi chức năng. Có 4,1% NLD đã từng bị TNLD.

Tại tỉnh Đồng Nai, theo thống kê báo cáo của 288 cơ sở trong tỉnh, năm 2007 đã xảy ra 1.177 vụ TNLĐ (tăng 305 vụ so với 2006), làm 1.193 người bị nạn (tăng 311), trong đó có 23 người chết (giảm 8 người), 104 người bị thương (tăng 47 người), thiệt hại tài sản 200 triệu đồng, 7.595 ngày công lao động [3].

Trong những năm qua, BNN có xu hướng gia tăng cả về số người mắc bệnh và loại bệnh. Nếu từ 1976 đến 1990 chỉ có 5497 người lao động bị mắc BNN thì từ năm 1990 đến năm 2006 số người mắc BNN đó tăng thêm gấp 3 lần. Mỗi năm có thêm 1000-1500 người mắc BNN, toàn tỉnh, trong 5 năm có trên 200 người mắc BNN, trong đó chủ yếu điểu nghề nghiệp và nhiễm bụi phổi. Trên thực tế, số người mắc BNN cao hơn gấp nhiều lần con số trên do chỉ chưa đến 10% các nhà máy xí nghiệp có các yếu tố nguy cơ được tổ chức khám BNN cho người lao động. Riêng năm 2007, ở tỉnh Đồng Nai, có 363 người nghi mắc BNN, 12 người được giám định. Tình hình BNN chủ yếu vẫn là bệnh điểu nghề nghiệp và bụi phổi silic.

Về phân loại sức khỏe theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế cho thấy, người lao động trong một nghiên cứu có sức khỏe loại I là 51,9%, loại II là 35,0%, loại III là 10,8% và loại IV là 2,0%, không có công nhân nào có sức khỏe loại V. Kết quả nghiên cứu “Đánh giá ảnh hưởng của môi trường lao động tới sức khỏe công nhân ngành dệt sợi miền Bắc Việt Nam, năm 2001” của tác giả Khúc Xuyên [6], cho thấy: Sức khỏe chung của công nhân ngành dệt sợi thuộc loại khá, trên 80% công nhân có sức khỏe loại I, II, III. Một số bệnh thường

mắc, có tỷ lệ cao trong ngành dệt sợi là tai mũi họng, răng hàm mặt, ngoài da, cơ xương khớp và mắt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: gần ½ (47,5%) NLĐ có sức khỏe loại 1, tỷ lệ này ở nam cao hơn nữ (55,3% so với 36,8%). Khoảng 1/3 (34,8%) NLĐ có sức khỏe loại 2, tỷ lệ này ở nữ cao hơn nam (38,9%) so với (19%). Tỷ lệ NLĐ có sức khỏe loại 3 là 12,8%, loại 4 là 4,0% và loại 5 là 0,9%, các tỷ lệ này ở nữ đều cao hơn nam. Nhìn chung NLĐ là nam có sức khỏe tốt hơn nữ.

V. KẾT LUẬN:

Tỷ lệ ốm nghỉ việc trong 4 tuần trước điều tra của 2.131 người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai là khá cao, chiếm tỷ lệ 9,2%, trong đó ốm phải nghỉ việc 1 lần chiếm tỷ lệ rất cao (98,0%), đồng thời, ốm phải nghỉ việc 1 ngày là chủ yếu (60,2%).

Trong cơ cấu bệnh tật qua KSK định kỳ năm 2013 tỷ lệ NLĐ mắc bệnh theo các nhóm bệnh theo thứ tự sau: bệnh răng hàm mặt (26,2%), bệnh tai mũi họng (18,3%), bệnh tiêu hóa (7,9%), bệnh ngoại khoa (6,1%), bệnh tuần hoàn (5,4%) bệnh cơ xương khớp (3,8%), các nhóm bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (từ 0,1% – 2,4%). Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ ở hầu hết các nhóm bệnh. Có 0,6% NLĐ mắc bệnh nghề nghiệp và 4,1% NLĐ đã từng bị TNLĐ.

Gần một nửa (47,9%) NLĐ có sức khỏe loại 1, tỷ lệ NLĐ có sức khỏe loại 5 rất thấp (0,9%), còn lại là sức khỏe loại 2, 3 và 4.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2013), Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế, về việc quy định khám sức khỏe định kỳ, khám bệnh nghề nghiệp cho người lao động tại các doanh nghiệp.
2. Cục Quản lý môi trường Bộ Y tế (2015), Báo cáo công tác y tế lao động và phòng chống bệnh nghề nghiệp năm 2014, số 162/BC-MT, ngày 27 tháng 02 năm 2015.
3. Vũ Thị Giang (2003), “Tình hình môi trường lao động, sức khỏe và bệnh nghề nghiệp tại các khu công nghiệp trong tỉnh Đồng Nai từ 1998 – 2002”, Báo cáo khoa học toàn văn tại Hội nghị khoa học Y học lao động toàn quốc lần thứ V, Ngày 12 - 14 tháng 11 năm 2003.
4. Hội Y học Việt Nam - Viện Y học lao động và vệ sinh môi trường - Trường Đại học WASHINGTON (2003), Báo cáo khoa học toàn văn của Hội nghị quốc tế y học lao động và vệ sinh môi trường lần thứ 1, Ngày 12 – 14 tháng 11 năm 2003.
5. Melo AS JR (2012), “The risk of developing repetitive stress injury in seamstresses, in the clothing industry, under the perspective of ergonomic work analysis: a case study”, Work 41 Suppl 1:1670-6.
6. Khúc Xuyên (2001), đánh giá ảnh hưởng của môi trường lao động tới sức khỏe công nhân ngành dệt sợi miền Bắc Việt Nam, đề tài khoa học công nghệ cấp Bộ Y tế.

ĐẶC ĐIỂM SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ METHADONE Ở GIAI ĐOẠN DUY TRÌ TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG NĂM 2016

Lưu Minh Châu¹, Lê Thị Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm sử dụng chất gây nghiện trên bệnh nhân điều trị Methadone ở giai đoạn duy trì tại các cơ sở điều trị Methadone tại thành phố Đà Nẵng năm 2016.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp giữa phỏng vấn bệnh nhân và hồi cứu thông tin từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân trên 302 bệnh nhân đang điều trị tại 02 cơ sở ở Đà Nẵng.

Kết quả: Bệnh nhân đang điều trị duy trì Methadone tại Đà Nẵng chủ yếu là nam giới 92,4%, trong độ tuổi chủ yếu là 31-40 (52,6%). Có 79,5% đối tượng tham gia điều trị Methadone từ 2 năm trở lên, trong đó 60,6% từ trên 3 năm. Liều điều trị Methadone từ trên 60mg/ngày chiếm 75,5%, trong đó uống thuốc từ trên mức 100mg/ngày chiếm 24,1%. Trước khi điều trị Methadone có 90,7% đối tượng báo cáo sử dụng chất gây nghiện bằng đường tiêm chích, trong đó 19,2% có ít nhất 1 lần dùng chung dụng cụ tiêm chích. Sau khi điều trị Methadone, hầu hết (96,4%) bệnh nhân không tiêm chích ma túy trong 90 ngày qua và chỉ 0,3% có tiêm chích và dùng chung dụng cụ tiêm chích. Tuy nhiên, trong 90 ngày qua vẫn có 1 tỷ lệ đáng kể (11,6%) có dùng heroin và các chất gây nghiện khác (8,9%).

Kết luận: Có 79,5% tham gia điều trị Methadone từ 2 năm trở lên, trong đó 60,6% từ trên 3 năm. Sau khi điều trị Methadone hầu hết bệnh nhân (96,4%) bệnh nhân không tiêm chích ma túy trong 90 ngày qua và chỉ 0,3% có tiêm chích và dùng chung dụng cụ tiêm chích. Điều này có ý nghĩa đáng kể trong công tác phòng, chống HIV/AIDS ở đối tượng nghiện chích ma túy. Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân duy trì điều trị Methadone dùng thêm Heroin và các chất gây nghiện khác, đặt ra vấn đề cho những cơ sở điều trị cần kiểm soát chặt chẽ hơn trong quá trình triển khai điều trị.

Từ khóa: Đặc điểm, sử dụng ma túy, bệnh nhân, điều trị Methadone.

SUMMARY

1. Học viện Y, dược học cổ truyền Việt Nam
2. Cục Phòng, chống HIV/AIDS

CHARACTERISTICS OF DRUG USAGE IN PATIENT WITH METHADONE TREATMENT MAINTAINANCE IN DANANG, 2016

Objective: To describe characteristics of drug usage in patient with Methadone treatment at the maintenance phase in facilities in Da Nang in 2016.

Methods: Described cross-sectional analysis study, combining interviews and retrospective patient information from 302 patients' medical treated in 02 facilities in Danang.

Results: Patients receiving Methadone maintenance treatment in Danang mainly males 92.4%, mostly among ages of 31-40 (52.6%). 79.5% objects participated methadone treatment for 2 years or more, 60.6% from 3 years and above. Above 60 mg/day methadone dose accounted for 75.5%, above 100mg /day accountd for 24.1%. 91.7% reported satisfied and very satisfied with the Methadone treatment. Before Methadone treatment, 90.7% risk subjects reported using heroin by injection, of which 19.2% had at least 1 time sharing injecting equipment. After methadone treatment, most patients (96.4%) did not inject drugs in the past 90 days, and only 0.3% did inject and shared injecting equipment. However, there were significant proportion (11.6%) used heroin and other drugs (8.9%) in the last 90 days.

Conclusion: There were 79.5% risk subjects participated methadone treatment for 2 years or more, 60.6% from 3 years and above. After methadone treatment, most patients (96.4%) did not inject drugs in the past 90 days, and only 0.3% did inject and shared injecting equipment. This had significant implication in HIV/AIDS prevention in IDUs. However, there was still significant proportion of methadone maintainance treatment patients used heroin and other drugs, still posed problems for the treatment facility in order to control during treatment.

Keywords: Characteristic, methadone, drug usage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh nguy cơ cao lây nhiễm HIV do sử dụng dụng cụ tiêm chích không an toàn trong nhóm người nghiện ma túy, điều trị Methadone được xác định là một trong 3 cấu phần quan trọng của chương trình can thiệp giảm tác hại và dự phòng lây nhiễm HIV [1].

Tại Việt Nam, tính đến ngày 31/10/2015, cả nước đã có 55 tỉnh, thành phố triển khai chương trình, với 216 cơ sở điều trị Methadone hoạt động, cung cấp dịch vụ cho 40.182 bệnh nhân [2]. Đà Nẵng là địa phương thứ năm trong toàn quốc sớm triển khai chương trình điều trị Methadone từ năm 2010. Điều trị Methadone là điều trị lâu dài, có kiểm soát và có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị, trong đó đặc điểm sử dụng ma túy là yếu tố quan trọng [3]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đặc điểm sử dụng chất gây nghiện điều trị Methadone ở giai đoạn duy trì tại thành phố Đà Nẵng năm 2016”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

302 bệnh nhân đang được điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone ở giai đoạn duy trì tại các cơ sở điều trị Methadone tại thành phố Đà Nẵng.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp giữa phỏng vấn bệnh nhân và hồi cứu thông tin từ hồ sơ bệnh án. Số liệu thu thập được làm sạch, nhập bằng Epidata 3.1, quản lý và phân tích bằng SPSS 16.0. Sử dụng kỹ thuật phân tích thống kê mô tả, kiểm định χ^2 và mô hình hồi quy logistic để tìm mối liên quan.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học và xã hội

Đặc điểm	Số lượng (%)
Giới tính	
Nam	279 (92,4)
Nữ	23 (7,6)
Tuổi	
Từ 30 trở lên	192 (63,9)
Dưới 30	110 (36,1)
Tình trạng hôn nhân	
Đã kết hôn	183 (60,6)
Chưa kết hôn	101 (33,4)
Khác	18 (6)

Kết quả bảng 1 cho thấy:

Nam giới chiếm tỷ lệ chủ yếu (92,4%) và nữ chiếm tỷ lệ (7,6%). Trong đó, nhóm tuổi trên 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn (63,9%) so với nhóm dưới 30 tuổi (36,1%), đặc điểm nam chiếm ưu thế trong nhóm bệnh nhân tham gia điều trị Methadone và nhóm tuổi trên 30 chiếm tỷ lệ nhiều hơn cả được ghi nhận ở nhiều cơ sở điều trị Methadone tại Việt Nam [4].

Có 60,6% đối tượng nghiên cứu đã kết hôn chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ này là thấp hơn so với nhóm bệnh nhân điều trị Methadone tại quận Cái Răng, Cần Thơ là 83% [4], và cao hơn so với Lai Châu (51%), Yên Bái (56,4%) [5]. Đây là một đặc điểm thuận lợi cho các bệnh nhân tham gia điều trị Methadone khi cần gia đình và người thân hỗ trợ trong quá trình điều trị.

Bảng 2: Đặc điểm thời gian và liều dùng Methadone

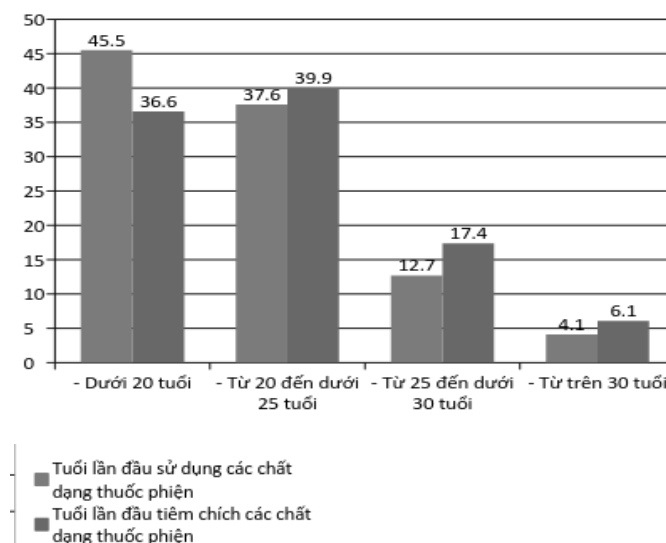
Đặc điểm	Số lượng (%)
Thời gian tham gia điều trị	
3 năm trở lên	183 (60,6)
Dưới 3 năm	119 (39,4)
Liều điều trị (mg/ngày)	
Từ 60 trở lên	243 (80,5)
Dưới 60	59 (19,5)

Kết quả bảng 2 cho thấy:

Phần đông (60,6%) đối tượng nghiên cứu có thời gian tham gia điều trị Methadone từ 3 năm trở lên. Đa số (80,5%) đối tượng tham gia nghiên cứu đang uống liều Methadone từ 60mg/ngày trở lên, cao hơn so với liều điều trị duy trì thông thường theo hướng dẫn điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone của Bộ Y tế là 40 - 60mg/ngày [6].

3.2. Đặc điểm hành vi sử dụng ma túy của đối tượng trước khi điều trị

Biểu đồ 1. Tuổi lần đầu sử dụng và tiêm chích



Biểu đồ 2.1 cho thấy:

Tuổi trung bình lần đầu sử dụng ma túy là 20,6 (max=42 và min=12) thấp hơn tuổi trung bình tiêm chích ma túy lần đầu là 21,6 (max=49 và min=12). Điều này phù hợp với thực tế do lần đầu sử dụng ma túy các đối tượng trẻ mới sử dụng ma túy thường hít hay hút, chỉ khi tăng độ dung nạp mới chuyển sang tiêm chích. Tuổi trung bình sử dụng ma túy lần đầu của các đối tượng trong nghiên cứu này là sớm hơn so với nghiên cứu trong đối tượng nghiện ma túy tại các CSĐT Methadone tại Điện Biên, Lai Châu, Yên Bái là 23,9 tuổi [5].

Bảng 3: Thời gian sử dụng chất dạng thuốc phiện trước khi tham gia điều trị

Đặc điểm	Số lượng (%)
Thời gian	
Dưới 2 năm	90 (29.8)
Từ 2 – dưới 5 năm	127 (42.1)
Từ 5 năm trở lên	85 (28.1)
Tần suất	
Ít nhất 1 lần trong 1 tuần	3 (1.0)
Vài lần (2-3 lần) trong 1 tuần	8 (2.6)
Ít nhất 1 lần trong 1 ngày	10 (3.3)
Vài lần (2-3 lần) trong 1 ngày	213 (70.5)
Trên 4 lần trong 1 ngày	68 (22.5)
Tiêm chích CDTP 30 ngày trước điều trị Methadone	
Không tiêm chích	28 (9,3)
Có tiêm chích và ít nhất 1 lần dùng chung dụng cụ tiêm chích	57 (19,2)
Có tiêm chích và nhưng luôn dùng riêng dụng cụ tiêm chích	217 (71,5)

Kết quả bảng 3 cho thấy:

Trước khi tham gia điều trị Methadone, có đến 70,2% đối tượng báo cáo đã có thời gian sử dụng chất dạng thuốc phiện thường xuyên từ 2 năm trở lên, trong đó 28,1% đối tượng đã sử dụng từ trên 5 năm. Đồng thời, cũng có đến 93% báo cáo sử dụng chất dạng thuốc phiện ở mức vài lần trong ngày, trong đó có 22,5% sử dụng 4 lần trong 1 ngày và tiêm chích ma túy là hình thức sử dụng chủ yếu, chiếm 90,7%. Như vậy, trước khi tham gia điều trị Methadone các đối tượng đã có thời gian lạm dụng các chất dạng thuốc phiện khá dài và mức độ phụ thuộc là khá nhiều. Nghiên cứu năm 2014 tại 6 phòng khám Methadone ở TP. Hồ Chí Minh trên 400 bệnh nhân tiếp tục điều trị Methadone từ trước 31/12/2013 cũng cho thấy có đến 89,2% bệnh nhân methadone báo cáo có thời gian sử dụng các chất gây nghiện từ 10 năm trở lên, tần suất sử dụng trung bình là 3 lần/ngày và 89,5% sử dụng bằng đường tiêm chích

[7]. Tương tự, trong tổng số 200 bệnh nhân Methadone tại quận Cái Răng, Cần Thơ, có 97,5% sử dụng ma túy trước điều trị là từ trên 5 năm và 96,5% sử dụng từ trên 2 lần/ngày [43]. Đáng lưu ý, tình trạng sử dụng chung dụng cụ tiêm chích vẫn được ghi nhận ở 19,2% đối tượng, đây là nguy cơ cảnh báo lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường máu nói chung.

3.2. Đặc điểm hành vi sử dụng ma túy của đối tượng sau khi điều trị

Bảng 4: Tiền sử từng sử dụng Heroin khi tham gia điều trị Methadone

Tiền sử sử dụng heroin khi đạt liều duy trì	Số lượng (%)
Có sử dụng	95 (31.5)
Không sử dụng	207 (68.5)

Kết quả bảng 4 chỉ ra rằng:

Có một tỷ lệ đáng kể (31.5%) bệnh nhân vẫn sử dụng Heroin khi đạt liều duy trì của các đối tượng nghiên cứu là 31,5%. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Đào trên nhóm 220 BN sau 2 năm tham gia điều trị Methadone (từ 10/2010-9/2012) tại Đà Nẵng cho thấy tỷ lệ sử dụng heroin (được xác định bằng kết quả xét nghiệm nước tiểu) là 8,2% [8]. Sự khác biệt này có thể giải thích do trong nghiên cứu này đa số (60,6%) ĐTNC có thời gian tham gia điều trị Methadone từ 3 năm trở lên. Thời gian điều trị càng dài thì khả năng từng sử dụng lại heroin trong quá trình điều trị càng cao; đặc điểm này cũng phản ánh tính chất khó khăn trong việc từ bỏ hoàn toàn sử dụng heroin và kiểm soát việc sử dụng lại heroin trong quá trình điều trị của bệnh nhân. Một số nghiên cứu đánh giá tình trạng sử dụng lại heroin trong quá trình điều trị Methadone báo cáo có sự cải thiện rõ rệt, trong đó tỷ lệ sử dụng lại heroin giảm dần; tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu chỉ đánh giá trong thời gian ngắn như sau 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 1 năm và 2 năm điều trị [5], [19].

Bảng 5: Đặc điểm sử dụng Heroin trong vòng 90 và 30 ngày qua

Đặc điểm	Số lượng (%)
Sử dụng trong vòng 90 ngày qua	
Có sử dụng	35 (11.6)
Không sử dụng	267 (88.4)
Sử dụng trong vòng 30 ngày qua	
Có sử dụng	9 (3.0)
Không sử dụng	293 (97)

Kết quả bảng 5 chỉ ra rằng:

Tỷ lệ sử dụng heroin trong 90 ngày qua và 30 ngày qua của ĐTNC lần lượt là 11.6% và 3,0%; thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ từng sử dụng heroin sau khi đạt liều Methadone duy



tri ở trên. Điều này có thể phản ánh tính không thường xuyên trong sử dụng lại heroin trong BN điều trị Methadone đã ở giai đoạn duy trì.

Ngoài ra, trong nghiên cứu cũng cho thấy có 8,9% (27/302) đối tượng sử dụng các loại chất gây nghiện khác trong 90 ngày qua, giảm hơn nhiều so với tỷ lệ dùng các loại chất gây nghiện khác của chính các đối tượng này trong thời gian 30 ngày trước khi tham gia điều trị Methadone (36,4%). Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu tổng quan tài liệu của Health Canada cho thấy hành vi sử dụng nhiều loại chất gây nghiện khác trong khi đang điều trị Methadone là khá phổ biến tuy nhiên với tần suất và liều sử dụng thấp hơn so với trước khi tham gia điều trị [10].

Bảng 6: Đặc điểm hành vi tiêm chích trong vòng 90 ngày qua

Hành vi tiêm chích	Số lượng (%)
Không tiêm chích	291 (96.4)
Có tiêm chích nhưng dùng riêng dụng cụ tiêm chích	10 (3.3)
Có tiêm chích và dùng chung dụng cụ tiêm chích	1 (0.3)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Xuân Yêm, Phan Đình Khánh và Nguyễn Thị Kim Liên (2003), *Thế giới và Việt Nam trong cuộc chiến chống ma túy. Mại dâm, ma túy, cờ bạc, tội phạm thời hiện đại*, Nhà xuất bản Công an nhân dân, năm 2003.
2. Caroline Lions et al (2013) "Predictors of non-prescribed opioid use after one year of Methadone treatment: An attribute-risk approach (ANRS-Methaville Trial)", *Drug and Alcohol Dependence*, 135(2014), pp1-8.
3. Bộ Y tế (2010), Hướng dẫn điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone, *Ban hành kèm theo Quyết định số 3140/QĐ-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế*.
4. Đinh Thanh Nam, Đỗ Mai Hoa và Đáp Thanh Giang (2015), "Kết quả điều trị bằng Methadone ở người nghiện chích ma túy tại quận Cái Răng, thành phố Cần Thơ năm 2010-2014", *Tạp chí Y học Thực hành*, Tập XXV, Số 10 (170), tr 316-321.
5. Nguyễn Thị Minh Tâm, Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Hoàng Long, Nguyễn Thị Lan Anh, Lê Thị Thanh Xuân, Lê Thị Hương, Nguyễn Hữu Thắng (2015), "Một số đặc điểm xã hội và sử dụng ma túy của bệnh nhân điều trị Methadone tại Điện Biên, Lai Châu và Yên Bái", *Tạp chí Y học Thực hành*, Tập XXV, Số 10 (170), tr 268-278.
6. Bộ Y tế (2010), *Đánh giá thực trạng quá trình triển khai chương trình thí điểm điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại thành phố Hồ Chí Minh và thành phố Hải Phòng*.
7. Mai thị Hoài Sơn, Hán Đình Hoè, Lại Phước Thanh Huy, Nguyễn Thị Quang Nguyệt, Nguyễn Thị Kim Phượng, Tiêu Thị Thu Vân (2015), "Tỷ lệ bệnh nhân điều trị Methadone liều cao tại thành phố Hồ Chí Minh và các yếu tố ảnh hưởng", *Tạp chí Y học Thực hành*, Tập XXV, Số 10 (170), tr 280-286.
8. Lars Moller et al (2009), *Evaluation of patients in opioid substitution therapy in the Kyrgyz Republic*, WHO. Accessed by 5/1/2015. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98643/E92641.pdf?ua=1.
9. Hồ Quang Trung, Đỗ Tiến Bộ, Nguyễn Xuân Ngọc, Lê Trung Đoàn, Đinh Quang Tuấn (2015), "Kết quả chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại tỉnh Phú Thọ năm 2015", *Tạp chí Y học Thực hành*, Tập XXV, Số 10 (170), tr 304-315.
10. Nguyễn Thị Hằng, Nguyễn Đỗ Nguyên (2013), "Tỷ lệ tuân thủ điều trị Methadone và yếu tố liên quan ở người nghiện heroin điều trị tại Quận 6, thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y học Thực hành*, 889-890, tr.158-162.
11. Hartel DM and Schoenbaum EE (1998), "Methadone treatment protects against HIV infection: Two decades of experience in the Bronx, New York City", *Public Health Rep*.

Kết quả bảng 6 cho thấy:

Vẫn còn một tỷ lệ nhỏ (3.3%) đối tượng vẫn tiêm chích sau khi điều. Tỷ lệ này đã giảm đáng kể so với trước điều trị (90,7%). Tương tự như nghiên cứu của Lars Moller và cộng sự tại Kyrgyz Republic (Trung Á) năm 2009 (14,5%) [11] và phù hợp với các nghiên cứu khác [9]. Đáng chú ý vẫn còn 0,3% (1/302) có tiêm chích và dùng chung cần được quan tâm tư vấn hỗ trợ.

IV. KẾT LUẬN

Sau khi điều trị Methadone hầu hết bệnh nhân hầu hết (96,4%) bệnh nhân không tiêm chích ma túy trong 90 ngày qua và chỉ 0,3% có tiêm chích và dùng chung dụng cụ tiêm chích. Điều này có ý nghĩa đáng kể trong công tác phòng, chống HIV/AIDS ở đối tượng nghiện chích ma túy. Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân duy trì điều trị Methadone dùng thêm Heroin và các chất gây nghiện khác, đặt ra vấn đề cho những cơ sở điều trị cần kiểm soát chặt chẽ hơn trong quá trình triển khai điều trị.

THỰC TRẠNG KHẢ NĂNG CUNG ỨNG CỦA CÁC CƠ SỞ CUNG CẤP DỊCH VỤ CAN THIỆP SỚM CHO TRẺ KHIẾM THÍNH TẠI HẢI PHÒNG

Nguyễn Ngọc Hà¹, Nguyễn Tuyết Xương², Nguyễn Anh Dũng³, Võ Thanh Quang⁴

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành nhằm mô tả thực trạng cung ứng của các cơ sở cung cấp dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng năm 2012. Kết quả: Vẫn còn tình trạng bất cập giữa khả năng cung ứng của các cơ sở cung cấp dịch vụ về cả cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực, sự phối hợp liên ngành cũng như hạn chế về nhận thức của cộng đồng với nhu cầu được phát hiện sớm, can thiệp sớm của trẻ khiếm thính. Hầu hết (98%) trẻ khiếm thính được phát hiện bởi gia đình và đa số được chẩn đoán xác định tại các bệnh viện tuyến Trung ương (76,8%). Trẻ khiếm thính được phát hiện, chẩn đoán và can thiệp rất muộn, hiệu quả can thiệp bị hạn chế (tuổi tương ứng 22,3; 34; và 32,5 tháng). Có tới 63,6% gia đình phải tự xoay sở với vấn đề khiếm thính của con em mình. Dữ liệu nghiên cứu cho thấy sự cần thiết thực hiện những giải pháp can thiệp để tăng cường hệ thống cung cấp dịch vụ nhằm giúp cho trẻ khiếm thính được phát hiện sớm, can thiệp kịp thời và phù hợp.

Từ khóa: Khiếm thính, trẻ em, phát hiện sớm, can thiệp sớm, dịch vụ, Hải Phòng.

SUMMARY: ACTUAL SITUATION OF THE PROVIDING CAPACITY OF SERVICE DELIVERY FACILITIES FOR CHILDREN WITH HEARING LOSS IN HAI PHONG

The descriptive cross-sectional study was carried in order to describe the actual situation of the early intervention service delivery system for children with hearing loss in Haiphong in 2012. The results showed that: there were still shortcomings in the providing capacity of service delivery facilities regarding material facilities, supplies and equipment,

and human force; inter-disciplinary coordination of activities as well as inadequate community awareness and the need of early detection and intervention among children with hearing loss. Most children with hearing loss (98%) were detected by their family and the majority were identified at central hospitals (76.8%). The hearing impaired children were detected, diagnosed, and intervened very late (the average ages of detection, diagnosis and intervention were 22.3, 34 and 32.5 months, respectively), so the effectiveness of interventions was limited. Up to 63.6% of families had to struggle with the problem of their child's hearing loss. The data showed that implementing intervention solutions are needed to enhance the service delivery system and to help hearing impaired children in terms of early detection, timely and appropriate intervention.

Keywords: Hearing loss; children; early detection; early intervention; service; Haiphong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khiếm thính (hay nghe kém, giảm thính lực) bẩm sinh là một trong những khuyết tật thường gặp nhất, gây ảnh hưởng suốt đời cho trẻ và gia đình [1]. Việc phát hiện sớm khiếm thính cùng với can thiệp kịp thời, phù hợp có vai trò rất quan trọng giúp cho trẻ phát triển ngôn ngữ, lời nói và nhận thức để hòa nhập xã hội [1]. Vì vậy, việc cung cấp đầy đủ dịch vụ can thiệp sớm đảm bảo tính sẵn có để trẻ khiếm thính và gia đình dễ dàng tiếp cận có ý nghĩa rất quan trọng.

Trên thế giới, can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính đã trở thành tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe trẻ em và chương trình mục tiêu quốc gia ở các nước phát triển [2]. Tuy nhiên do điều kiện, hoàn cảnh kinh tế xã hội khác nhau giữa các nước

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng. Email: ha.tmhvt@yahoo.com, ĐT: 0912427567
2. Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội
3. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội
4. Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, Hà Nội

phát triển và đang phát triển mà mô hình cũng khác nhau từ quy mô, nội dung, tổ chức thực hiện đến chất lượng dịch vụ, [2]. Ở Việt Nam, can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính còn là một lĩnh vực non trẻ, vẫn còn phải đối mặt với nhiều khó khăn và thách thức như: chưa hình thành hệ thống, vẫn thiếu các dịch vụ để cung cấp đủ cho nhu cầu của bản thân trẻ và gia đình [3]; chưa có nhiều chương trình cụ thể để hỗ trợ sự phát triển dịch vụ này ở các cơ sở mặc dù Đảng, Nhà nước đã có những chính sách định hướng, khuyến khích. Cũng như ở các địa phương khác, xác định những sự bất cập trong việc cung cấp dịch vụ can thiệp sớm ở Hải Phòng là một nhu cầu cấp thiết, góp phần cung cấp một số bằng chứng khoa học và thực tiễn cho giải pháp tăng cường khả năng đáp ứng của hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính, nhằm giúp trẻ được phát hiện sớm, can thiệp kịp thời, phù hợp. Đó là lý do chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu “*Thực trạng khả năng cung ứng của các cơ sở cung cấp dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng*”.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Các cơ sở liên quan đến cung ứng dịch vụ can thiệp sớm (CTS) cho trẻ khiếm thính (KT) tại Hải Phòng gồm: Trường Khiếm thính Hải Phòng, Bệnh viện (BV) Hữu Nghị Việt - Tiệp, BV Trẻ em, BV Phụ sản, Trung tâm Thính học Cát Tường Hải Phòng (gọi là Trung tâm Thính học), Quỹ Bảo trợ trẻ em (BTTE) Hải Phòng; Đại diện cán bộ quản lý các cơ sở nêu trên; Giáo viên dạy CTS Trường Khiếm thính Hải Phòng; Trẻ khiếm thính và phụ huynh có tên trong hồ sơ lưu trữ tại các cơ sở. Những trẻ > 15 tuổi, nghe kém do mắc phải hoặc gia đình và trẻ không đồng ý tham gia sẽ không được lựa chọn.

Nghiên cứu được tiến hành có chủ đích tại các cơ sở nêu trên, từ tháng 10/2012 – 12/2012.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp giữa định lượng và định tính.

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích như sau:

Đối với các cơ sở cung ứng dịch vụ CTS: Chọn toàn bộ 06 cơ sở; đại diện cán bộ quản lý cơ sở (06 người); giáo viên dạy CTS (05 người).

Đối với trẻ khiếm thính: Chọn tất cả 353 trẻ KT có hồ sơ lưu tại các cơ sở trên, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn (nghiên cứu định lượng); 30 phụ huynh (nghiên cứu định tính).

Đối với phỏng vấn và thảo luận nhóm: Thảo luận nhóm cán bộ quản lý (01 cuộc); thảo luận nhóm giáo viên (01 cuộc). Phỏng vấn sâu cán bộ quản lý (06 cuộc); phỏng vấn sâu giáo viên (05 cuộc) và phỏng vấn sâu phụ huynh (30

cuộc).

Các chỉ số nghiên cứu chính: nhân lực, trang thiết bị, dịch vụ của các đơn vị; tỉ lệ trẻ được chẩn đoán tại Hải Phòng và tuyến Trung ương; tuổi phát hiện, chẩn đoán, can thiệp của trẻ KT...

- Một số khái niệm: Tuổi phát hiện (tháng): Lần đầu tiên trẻ được nhận thấy có biểu hiện nghe kém. Tuổi chẩn đoán ban đầu (tháng): Lần đầu tiên trẻ được đưa đi khám TMH hoặc kiểm tra thính lực sau khi phát hiện nghe kém. Tuổi chẩn đoán cuối cùng (tháng): Khi trẻ chính thức được xác định nghe kém thông qua đo thính lực. Tuổi đeo máy (tháng): Lần đầu tiên trẻ được đeo máy trợ thính và bắt đầu sử dụng. Tuổi can thiệp: Khi trẻ bắt đầu nhận được chương trình giáo dục và phục hồi chức năng thính giác (tham gia trị liệu ngôn ngữ-lời nói).

2.1. Công cụ thu thập số liệu

Phiếu điều tra cơ sở cung ứng dịch vụ CTS, phiếu điều tra trẻ KT, nội dung hướng dẫn thảo luận nhóm cán bộ quản lý, giáo viên, bộ câu hỏi phỏng vấn sâu cán bộ quản lý, giáo viên và phụ huynh.

2.2. Các bước tiến hành

Bước 1: Điều tra cắt ngang các cơ sở cung cấp dịch vụ, phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm với lãnh đạo các cơ sở, giáo viên dạy CTS nhằm thu thập số liệu về nguồn lực, hoạt động cung ứng dịch vụ.

Bước 2: Thu thập thông tin về thực trạng tiếp cận và sử dụng dịch vụ CTS của trẻ KT cùng gia đình qua hồi cứu hồ sơ, thống kê của các đơn vị và phỏng vấn phụ huynh.

Bước 3: Phân tích và xử lý số liệu.

2.3. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 12.0.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của cơ sở nghiên cứu, gia đình và bản thân đối tượng (với trẻ >12 tuổi). Đối tượng tham gia được bảo đảm các quyền lợi trong khám và điều trị; đảm bảo giữ kín thông tin, chỉ sử dụng cho nghiên cứu và mục tiêu sức khỏe cộng đồng.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thực trạng nguồn lực của các đơn vị và tính sẵn có của dịch vụ

Có 06 cơ sở liên quan đến cung ứng dịch vụ CTS tại Hải Phòng. Trong đó, thuộc ngành y tế có 03 cơ sở công lập và 01 cơ sở tư nhân; 02 cơ sở công lập còn lại thuộc Sở GD & ĐT và Sở LĐ – TB & XH. Chưa có cơ sở công lập nào có đầy đủ trang thiết bị sàng lọc, chẩn đoán và cung cấp đầy đủ dịch vụ CTS. Khả năng cung cấp dịch vụ CTS giữa các đơn vị trong hệ thống khá chênh lệch.

Nguồn nhân lực của các cơ sở cung cấp dịch vụ

Bảng 1. Thông tin nguồn nhân lực của các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ CTS

Chỉ số	BV Việt Tiếp	BV Trẻ em	BV Phụ sản	TT Thỉnh học
Bác sỹ TMH	09	05	0	01
Bác sỹ PHCN	05	05	0	0
Kỹ thuật viên thỉnh học	0	01	0	03
Giáo viên dạy CTS	0	0	0	04

Nguồn nhân lực của các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ CTS vừa phân bố không đều, vừa thiếu. Chỉ Trung tâm Thỉnh học là có đầy đủ cơ cấu nhân lực cho một quy trình CTS khép kín. Với cơ cấu nhân lực như vậy đã hạn chế rất nhiều khả năng cung cấp dịch vụ CTS của các cơ sở này.

Bảng 2. Mô tả nguồn nhân lực của Trường Khiêm thính

Chỉ số	Số lượng	%
Tổng số	23	100
Trình độ đào tạo		
Đại học	21	91,4
Cao đẳng	01	4,3
Trung cấp	01	4,3
Chuyên ngành đào tạo		
Sư phạm chung	20	87
Giáo dục đặc biệt	02	8,7
Y tế	01	4,3
Thâm niên công tác		
< 5 năm	0	0
5	06	26,1
> 10 năm	17	73,9
Hoạt động chuyên môn		
Dạy văn hóa	16	69,6
Dạy nghề	06	26,1
Y tế	01	4,3

Trường Khiêm thính có 23 giáo viên và cán bộ y tế, trong đó 16 giáo viên dạy văn hóa, 06 giáo viên dạy nghề và 01 bác sỹ đa khoa vừa chăm sóc y tế, vừa chăm sóc thỉnh học. Giáo viên có thâm niên công tác trên 10 năm chiếm đa số (73,9%). Không có nhân viên chuyên làm công tác xã hội. Một số giáo viên kiêm thêm dạy CTS. Chỉ có 02 giáo viên được đào tạo chuyên về giáo dục đặc biệt (8,7%). Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đặng T. Mỹ

Phương [4] khảo sát một số trường chuyên biệt ở TP HCM: Đa số các trường chưa có biên chế riêng cho CTS, giáo viên phải kiêm nhiệm công tác giảng dạy, không có thời gian đầu tư về chuyên môn CTS. Giáo viên còn lúng túng trong công tác hướng dẫn phụ huynh và triển khai giáo dục sớm cho trẻ KT. Thực trạng này cũng được đề cập tới trong một số nghiên cứu khác, và đang là thách thức lớn đối với ngành giáo dục [5-7]. Điều này cho thấy sự cần thiết bồi dưỡng chuyên môn về CTS cho cán bộ, giáo viên trực tiếp tham gia CTS để họ có thể nâng cao kiến thức, kỹ năng hướng dẫn phụ huynh; đồng thời họ cũng là đội ngũ cốt cán để tiến hành bồi dưỡng giáo dục hòa nhập cho giáo viên trực tiếp dạy trẻ KT ở các trường mầm non, tiểu học, trung học.

Cơ sở vật chất của các cơ sở cung cấp dịch vụ

Bảng 3. Mô tả cơ sở vật chất của các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ CTS

Chỉ số	BV Việt Tiếp	BV Trẻ em	BV Phụ sản	TT Thỉnh học
Cơ sở vật chất				
Phòng cách âm	01	01	0	01
Phòng dạy can thiệp sớm	0	0	0	03
Trang thiết bị đặc thù				
Máy đo sàng lọc (OAE)	0	0	0	01
Máy đo thính lực đơn âm	01	01	0	01
Máy đo chẩn đoán xác định (ABR, ASSR)	0	0	0	01
Máy đo nhĩ lượng và đo phản xạ cơ bàn đạp	0	0	0	01
Thiết bị hiệu chỉnh máy trợ thính	0	0	0	01
Bộ dụng cụ khám TMH	02	02	0	01
Bộ khám nội soi TMH	01	01	0	0

Bảng trên cho thấy, ngoài Trung tâm Thỉnh học là đơn vị tư nhân có đủ cơ sở vật chất cho các dịch vụ từ sàng lọc phát hiện sớm cho đến can thiệp thì các cơ sở y tế công lập đều thiếu các thiết bị cần thiết để sàng lọc và chẩn đoán thỉnh học



như máy đo OAE, máy đo ABR, ASSR... Tình trạng này đã ảnh hưởng rất lớn đến khả năng cung cấp dịch vụ của các cơ sở. Đây cũng là thực trạng của hệ thống các cơ sở y tế công lập nói chung và hệ thống các cơ sở chuyên khoa Tai Mũi Họng nói riêng [1], [5], [6].

Bảng 4. Mô tả cơ sở vật chất của Trường Khiếm thính

Chỉ số	Số lượng	
Máy đo sàng lọc		
Máy đo thính lực đơn âm	0	
Máy đo chẩn đoán xác định	01	
(ABR, ASSR)	0	
Máy đo nhĩ lượng	01	
Thiết bị hiệu chỉnh máy trợ thính	0	
Bộ dụng cụ khám TMH	01	
Cơ sở vật chất	Số lượng	Diện tích (m2)
Phòng cách âm	01	16
Phòng dạy văn hóa	13	678
Phòng dạy can thiệp sớm	04	64
Phòng dạy nghề	08	559
Hành chính tổng hợp	11	569
Nhà ăn + khu nội trú	18	907
Kinh phí dành cho can thiệp sớm	Không có kinh phí riêng	

Trường Khiếm thính có cơ sở vật chất tương đối phong phú. Có 01 phòng cách âm để đo thính lực, 04 phòng để dạy tiết cá nhân. Tuy nhiên, máy đo thính lực đơn âm chỉ đo được cho các trẻ ≥ 3 tuổi đã biết hợp tác. Vẫn cần có thêm phòng cách âm để trị liệu ngôn ngữ và cần có thiết bị để sàng lọc, chẩn đoán thính học. Kinh phí cấp cho Trường dành cho các hoạt động chung, không có kinh phí cấp riêng cho hoạt động CTS, Nhà trường phải tự cân đối nguồn thu - chi và huy động sự đóng góp của gia đình. Như vậy, việc đầu tư cho cơ sở vật chất, trang thiết bị, phương tiện, đồ dùng dạy học đặc thù, đáp ứng nhu cầu CTS cho trẻ KT chưa được quan tâm tương xứng với qui mô giáo dục của Trường.

Khiếm thính là một tật ẩn không nhìn thấy được, việc xác định sớm khuyết tật thính giác đòi hỏi các phương pháp đo phù hợp với từng độ tuổi của trẻ. Do vậy, trang thiết bị chẩn đoán là yếu tố quan trọng không thể thiếu của các cơ sở cung cấp dịch vụ. Trong khi các cơ sở công lập không có đủ trang thiết bị sàng lọc chẩn đoán thì Trung tâm Thính học là cơ sở tự nhân lại có đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị để cung cấp đầy đủ dịch vụ. Điều này cho thấy việc đầu tư cho phát triển chuyên môn thính học nói chung và sàng lọc phát hiện sớm

khuyết thính nói riêng tại các cơ sở y tế công lập chưa được quan tâm đúng mức. Kết quả thảo luận nhóm đại diện cán bộ quản lý các đơn vị đã cho thấy rõ hơn nguyên nhân của việc này là do nguồn lực có hạn và còn nhiều lĩnh vực chuyên môn ưu tiên khác.

Hoạt động cung ứng dịch vụ

Bảng 5. Các loại hình dịch vụ can thiệp sớm được cung ứng trong năm 2012

Cơ sở cung cấp dịch vụ	Các loại hình dịch vụ					
	Sàng lọc	Chẩn đoán	Cung cấp thiết bị trợ thính	Chăm sóc thính học	Tư vấn, hỗ trợ gia đình	Trị liệu ngôn ngữ
BV Việt Tiệp	-	-	-	+	-	-
BV Trẻ em	-	-	-	+	-	-
BV Phụ sản	-	-	-	-	-	-
Trường Khiếm thính	-	-	-	+	+	+
Trung tâm Thính học	+	+	+	+	+	+
Quỹ BTTE	-	-	-	-	-	-

Các dịch vụ CTS còn thiếu và chưa phân phối đầy đủ ở các cơ sở. Dịch vụ sàng lọc phát hiện, chẩn đoán sớm cho trẻ dưới 3 tuổi, dịch vụ cung cấp thiết bị trợ thính chỉ được cung cấp bởi 01 đơn vị là Trung tâm Thính học. Dịch vụ trị liệu ngôn ngữ có 02 đơn vị cung cấp. Bệnh viện Việt Tiệp và Bệnh viện Trẻ em chủ yếu có dịch vụ chăm sóc tai và thính học. Dịch vụ tư vấn, hỗ trợ cho gia đình chủ yếu do Trung tâm Thính học và Trường Khiếm thính đảm nhiệm. Quỹ BTTE có vai trò giới hạn ở các hoạt động tặng quà nhân đạo cho học sinh Trường Khiếm thính vào các dịp lễ, Tết.

Kết quả điều tra đã cho thấy trong hoạt động cung ứng các dịch vụ nêu trên chưa có sự liên kết giữa các đơn vị, từ việc sàng lọc, chẩn đoán cho đến can thiệp. Việc phối hợp liên ngành với sự cam kết và phối hợp hoạt động CTS theo một chương trình hành động cụ thể chưa được thực hiện dưới bất kì hình thức nào.

Kết quả điều tra cũng cho thấy sự bất cập về cơ cấu, phân bổ nguồn lực, hạn chế về kinh phí hoạt động và sự quan tâm đầu tư của các đơn vị đã dẫn đến sự hạn chế về khả năng cung ứng ở tất cả các khâu dịch vụ từ sàng lọc, chẩn đoán,

cung cấp thiết bị trợ thính, tư vấn hỗ trợ gia đình và can thiệp trị liệu. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nhận định trong “Nghiên cứu về trẻ khuyết tật tại An Giang và Đồng Nai” [8]. Có thể nhận thấy thời gian trước can thiệp, hoạt động sàng lọc gần như không hiện diện tại các cơ sở công lập; còn tại Trung tâm Thính học tư nhân, hoạt động này diễn ra phụ thuộc vào nhu cầu tự phát của gia đình trẻ KT, mặc dù sàng lọc là bước quan trọng đầu tiên mà các cơ sở cung cấp dịch vụ phải quan tâm triển khai trong chu trình hỗ trợ cho trẻ KT (phát hiện sớm, CTS, chăm sóc sức khỏe, điều trị PHCN).

Ở hoạt động sàng lọc và chẩn đoán sớm, các cơ sở y tế chưa phát huy được vai trò mũi nhọn trong các hoạt động này do vừa thiếu nhân lực, vừa thiếu thiết bị (Bảng 3.2 và 3.3). Bệnh viện Phụ sản đã triển khai một số xét nghiệm sàng lọc, chẩn đoán trước và sơ sinh nhưng lại không có sàng lọc thính lực. Tình trạng trên đã ảnh hưởng rất lớn đến khả năng tiếp cận dịch vụ của gia đình trẻ KT, nhất là gia đình ở vùng xa trung tâm. Điều này phù hợp với kết quả: Tỷ lệ trẻ KT được chẩn đoán ban đầu (62%) và chẩn đoán xác định (76,8%) tại các bệnh viện tuyến Trung ương cao hơn tại Hải Phòng (33,2% và 16,7%); thời gian chậm trễ giữa các mốc tuổi nghiên cứu đều > 3 tháng; sự khác biệt về các tuổi nghiên cứu giữa trẻ KT ở khu vực trung tâm và xa trung tâm là có ý nghĩa thống kê. Kết quả phỏng vấn sâu phụ huynh trẻ KT cũng phản ánh rõ những khó khăn của gia đình khi tìm đến dịch vụ tại các cơ sở y tế trên địa bàn, thậm chí tại tuyến trung ương vì không có thiết bị để chẩn đoán cho trẻ nhỏ. Do đó bên cạnh các yếu tố từ gia đình thì hạn chế của việc cung cấp dịch vụ chẩn đoán cũng là nguyên nhân dẫn đến chậm trễ trong quá trình từ phát hiện đến chẩn đoán, can thiệp của trẻ. Phụ huynh cháu Nguyễn P. Y. sinh năm 2000 cho biết: “...Gia đình phát hiện cháu có biểu hiện nghe kém lúc 20 tháng tuổi. Gia đình cho cháu đến khám ở BV Trẻ em Hải Phòng, cháu được chẩn đoán sơ bộ nghe kém nhưng không có máy để đo thính lực. Gia đình cũng không nhận được tư vấn hợp lý về biện pháp can thiệp tiếp theo...”. Tại thời điểm đó, ngay cả Bệnh viện TMH Trung ương cũng chưa có máy đo để chẩn đoán cho trẻ nhỏ nên cháu được hẹn khám lại sau 03 tháng. Vì vậy, cháu được xác định nghe kém mức độ nặng sâu lúc 22 tháng tuổi tại TP Hồ Chí Minh, được học nghe - nói ở Trường Anh Minh gần một năm, rồi về Hải Phòng học mẫu giáo hòa nhập. “...Ở ngoài này không có sẵn dịch vụ dạy nghe - nói để cho cháu học tiếp nên khả năng nghe - nói của cháu bị kém đi. Cháu đi học hòa nhập muộn một năm so với bạn bè. Bây giờ cháu vẫn nghe được nhưng nói bị ngọng nhiều và giao tiếp vẫn phải kết hợp với đọc hình miệng...”. Cháu Nguyễn P. Y. là điển hình cho thấy khả năng tiếp cận dịch vụ CTS của gia đình trẻ KT rất khó khăn do các cơ

sở cung cấp dịch vụ trên địa bàn Hải Phòng chưa đáp ứng được nhu cầu sử dụng dịch vụ. Cháu cũng là điển hình cho hiệu quả can thiệp bị hạn chế. Mặc dù gia đình đã cố gắng cho cháu đeo máy trợ thính tốt nhất ngay sau khi được chẩn đoán nhưng quá trình can thiệp bị gián đoạn đã ảnh hưởng rất nhiều đến khả năng nghe - nói. Đồng thời vai trò của cán bộ, nhân viên y tế trong việc phát hiện, chẩn đoán sớm KT và tư vấn cho gia đình còn nhiều hạn chế. Điều này cho thấy công tác TT-GDSK nâng cao nhận thức cộng đồng cần được tiến hành rộng rãi tới mọi đối tượng trong cộng đồng.

So sánh việc cung cấp dịch vụ với các nước tiên tiến chúng ta thấy sự khác biệt rất lớn. Tại Mỹ, mỗi bang và vùng lãnh thổ đều có một hệ thống phát hiện và can thiệp sớm khiếm thính (EHDI- Early Hearing Detection and Intervention). Tất cả trẻ sơ sinh được sàng lọc thính lực trước khi xuất viện với tỉ lệ >95%. Thông tin về những trẻ đã và chưa được sàng lọc sẽ được gửi cho chương trình EHDI của bang và cho Medical Home (Dịch vụ y tế tại nhà). Với sự điều phối của Medical Home, trẻ không qua được sàng lọc lần 2 sẽ tiếp tục được gửi đánh giá chẩn đoán thính học chuyên sâu; những trẻ chưa được sàng lọc hoặc được sinh ra tại nhà hay trung tâm hộ sinh cũng dễ dàng tiếp cận dịch vụ trên địa bàn, thậm chí có thể cho trẻ sàng lọc thính lực tại cơ sở thính học tư nhân hoặc phòng mạch tư [2], [9].

Như vậy, để tăng tính sẵn có của dịch vụ tại các cơ sở y tế, việc đầu tư cơ sở vật chất cho phát triển chuyên môn thính học là rất cần thiết và hợp lý với quy mô phân tuyến kỹ thuật của bệnh viện tuyến tỉnh/thành. Việc đầu tư thiết bị sàng lọc thính lực tại các cơ sở sản khoa, nhi khoa cũng không quá phức tạp nhưng mang lại nhiều lợi ích thiết thực. Kết quả nghiên cứu cũng cho ta thấy khoảng trống rất lớn ở hoạt động cung cấp dịch vụ can thiệp và tư vấn, hỗ trợ gia đình. Tại các cơ sở y tế công lập, khoa PHCN mới chỉ có các hoạt động vật lý trị liệu, vận động trị liệu...mà chưa có trị liệu ngôn ngữ - lời nói. Trung tâm Thính học là cơ sở tư nhân - thuộc Công ty TNHH Máy trợ thính và Thiết bị thính học Cát Tường, Hà Nội - hoạt động trong lĩnh vực thính học và cung cấp thiết bị trợ thính. Từ 2010 trở lại đây, Trung tâm đã có thêm thiết bị sàng lọc và chẩn đoán thính học chuyên sâu. Do vậy, các dịch vụ được cung cấp tại chỗ đầy đủ, từ sàng lọc, chẩn đoán, cung cấp thiết bị trợ thính tới can thiệp. Trung tâm đã có vai trò rất lớn trong việc cung cấp dịch vụ thính học tại Hải Phòng trong những năm gần đây, góp phần làm tăng tính sẵn có của dịch vụ và tăng cường khả năng tiếp cận của gia đình trẻ KT. Tuy nhiên, Trung tâm cũng có những hạn chế nhất định trong việc mở rộng qui mô hoạt động so với các cơ sở y tế công lập.

Trong khi các cơ sở y tế có vai trò đi đầu trong việc thực



hiện sàng lọc, chẩn đoán thính học thì Trường Khiếm thính là cơ sở giáo dục công lập đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ can thiệp cho trẻ KT tại Hải Phòng. Tuy nhiên, hoạt động này chưa được quan tâm phát triển thành mũi nhọn chuyên môn, mặc dù đã được triển khai sau đề án bổ sung chức năng nhiệm vụ cho Trường năm 2006. Trường duy trì hướng dẫn tại lớp hoặc tại gia đình cho khoảng 10 - 15 trẻ KT từ 4 - 6 tuổi. Trong số này, do được phát hiện, chẩn đoán muộn nên hiệu quả can thiệp hạn chế, những trẻ có khả năng ra học hòa nhập không nhiều, còn lại phần lớn tiếp tục chuyển tiếp học văn hóa trong Trường thông qua ngôn ngữ kí hiệu hoặc theo phương thức giao tiếp tổng hợp nhưng ngôn ngữ kí hiệu vẫn chiếm phần chủ yếu. Theo kết quả nghiên cứu định tính và quan sát của chúng tôi, hoạt động CTS chưa được tổ chức chặt chẽ và chưa phát triển tương xứng với qui mô giáo dục của Nhà trường. Phân tích nguyên nhân của tình trạng trên có nhiều lý do, nhưng nổi bật lên là: Trường còn thiếu trang thiết bị và nhân lực; không có kinh phí để đầu tư mở rộng qui mô hoạt động; dịch vụ tư vấn CTS của Trường mới chỉ được lồng ghép vào các dịp tuyển sinh, hoặc khi phụ huynh có nguyện vọng, mà chưa có các hoạt động truyền thông chủ động đến cộng đồng nên chưa thực sự thu hút được sự quan tâm của phụ huynh có con trong độ tuổi CTS; chưa có sự phối hợp chặt chẽ với các cơ sở y tế nên không có được dịch vụ theo dõi can thiệp sau chẩn đoán đối với trẻ KT, những trẻ KT tìm đến Trường thường đã qua giai đoạn tốt nhất để phát triển ngôn ngữ. Đây cũng là những thách thức rất lớn đối với Nhà trường. Như vậy có thể thấy hoạt động CTS có được phát triển mở rộng qui mô hay không, đòi hỏi sự chủ động từ phía Nhà trường cộng với sự quan tâm chỉ đạo của lãnh đạo cấp trên và sự phối hợp của các ban ngành liên quan.

Quỹ Bảo trợ trẻ em thành phố Hải Phòng là đơn vị sự nghiệp thuộc Sở LĐ - TB & XH, thực hiện chức năng tổ chức vận động nhằm khai thác các nguồn lực, tài trợ trong nước và quốc tế để góp phần thực hiện mục tiêu bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em. Trong đó ưu tiên trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn, trẻ em khuyết tật. Mỗi năm, có hàng nghìn trẻ em được hưởng lợi thông qua các chương trình của Quỹ. Tuy nhiên, do chưa có sự phối hợp liên ngành chặt chẽ và thiếu vắng hoạt động truyền thông nên hoạt động của Quỹ BTTE đối với trẻ KT mới chỉ là hoạt động hỗ trợ nhân đạo mà chưa thực sự là công tác xã hội như vai trò cần phải có.

Sự phối hợp liên ngành

Can thiệp sớm là một quá trình liên tục từ khâu sàng lọc phát hiện cho tới chẩn đoán, can thiệp và hỗ trợ gia đình, do đó đòi hỏi cần có sự cộng tác chặt chẽ giữa các lĩnh vực khác nhau. Sự cộng tác của nhóm đa chức năng trong sự phối hợp

liên ngành sẽ giúp cho trẻ được phát hiện kịp thời, được can thiệp toàn diện, phù hợp và hiệu quả. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy ba ngành chủ đạo, trực tiếp thực hiện quyền lợi của trẻ KT gồm: Giáo dục, Y tế, và Bảo trợ xã hội hoạt động hầu như tách biệt. Không thấy rõ mối liên hệ chức năng giữa ba ngành mũi nhọn này từ khâu khảo sát, sàng lọc phát hiện, đến khâu can thiệp, thực hiện quyền và chính sách cho trẻ KT. Chưa thực sự hình thành sự điều phối liên ngành Giáo dục, Y tế, Bảo trợ xã hội trong hoạt động CTS; hệ thống phát hiện, báo cáo và thu thập số liệu chưa có sự đồng nhất giữa ba ngành. Tình trạng này cũng được báo cáo trong một số nghiên cứu khác ở trong nước [4-6], [8].

Như vậy, cần phải thiết lập và duy trì một chương trình phối hợp liên ngành trong việc tổ chức cung ứng dịch vụ, xây dựng hệ thống tư vấn và truyền thông tới cộng đồng về lợi ích của CTS cho trẻ KT cùng những chế độ, chính sách liên quan tới trẻ. Những bất cập trong việc cung cấp dịch vụ CTS nêu trên đã ảnh hưởng trực tiếp đến đối tượng thụ hưởng là trẻ khiếm thính và gia đình. Điều này được phản ánh qua kết quả điều tra và phỏng vấn phụ huynh của 353 trẻ KT.

3.2. Thực trạng tiếp cận và sử dụng dịch vụ can thiệp sớm của trẻ khiếm thính

Trẻ KT được phát hiện, chẩn đoán, đeo máy và can thiệp muộn nên hiệu quả can thiệp rất hạn chế là những kết quả được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Có 98% trẻ KT được phát hiện bởi gia đình, chỉ 2% trẻ được phát hiện bởi giáo viên và cán bộ y tế.

Tuổi trung bình phát hiện là gần 2 tuổi (22,3 tháng); tuổi trung bình chẩn đoán, đeo máy và can thiệp đều muộn sau 2 tuổi. Khoảng biến thiên của các tuổi này cũng rất rộng, có những trẻ đến 60 tháng tuổi mới được phát hiện, hoặc đến 72 tháng tuổi mới được chẩn đoán, can thiệp.

- Không chỉ trung bình các tuổi nghiên cứu rất muộn, mà tỉ lệ tương ứng ở độ tuổi 0 - 12 tháng cũng rất thấp: chỉ có 11% số trẻ được phát hiện, 4,2% được chẩn đoán xác định, 3,1% được đeo máy và 3,4% được trị liệu ngôn ngữ ở độ tuổi này.

- Độ tuổi trẻ KT được phát hiện chủ yếu từ 13 - 36 tháng (86,4%); chẩn đoán ban đầu chủ yếu từ 13 - 36 tháng (76,8%); chẩn đoán xác định và đeo máy chủ yếu là 25 - 48 tháng (64,1% và 62,3%); can thiệp chủ yếu quanh tuổi 25 - 36 tháng.

Có 33,2% trẻ KT được chẩn đoán ban đầu tại Hải Phòng, 62% tại các BV tuyến Trung ương và 4,8% tại nơi khác. Nhưng chỉ 16,7% trẻ được chẩn đoán xác định tại Hải Phòng, có tới 76,8% trẻ được chẩn đoán tại các BV tuyến Trung ương, và 6,5% tại nơi khác.

Hạn chế của hệ thống cung cấp dịch vụ cả về số lượng và

chất lượng đã khiến nhiều trẻ KT không có được chẩn đoán xác định trong lần đi khám đầu tiên, gia đình không nhận được sự tư vấn hợp lý tiếp theo, thậm chí có những trẻ bị bỏ sót chẩn đoán.

Phân tích sâu hơn ta thấy, khi không có dịch vụ sàng lọc thính lực sơ sinh thì việc phát hiện nghe kém chủ yếu do gia đình; với hiểu biết và sự quan tâm của phụ huynh còn hạn chế nên trẻ thường bị chẩn đoán muộn và bỏ qua mất giai đoạn tốt nhất để phát triển ngôn ngữ. Đây cũng là thực trạng của trẻ KT gặp ở 33 tỉnh/thành trên cả nước trong nghiên cứu của Trần Thị Thiệp [10], trong một số nghiên cứu khác ở trong nước [4], và ở các nước đang phát triển [11-14].

Trong tổng số 353 trẻ KT, có 191 trẻ (54,1 %) không được đeo máy trợ thính, không được nhận bất cứ sự can thiệp nào và có 162 trẻ (45,9%) được đeo máy. Trong 162 trẻ này, chỉ có 20,4 % số trẻ được cả GV và gia đình cùng kết hợp trị liệu, 16 % hoàn toàn do GV can thiệp; còn lại phần lớn (63,6%) gia đình phải tự xoay xở với vấn đề khiếm thính của con mình. Như vậy tỉ lệ trẻ vừa được hưởng dịch vụ trị liệu ngôn ngữ, vừa nhận được sự quan tâm sát sao của gia đình trong quá trình can thiệp là không nhiều. Số trẻ có mức độ nghe kém sâu là 270/353 trẻ (76,5%) nhưng chỉ có 11 trẻ được cấy điện cực ốc tai (3,1%). Ngoài ra, các dịch vụ hỗ trợ và chăm sóc thính học trong quá trình đeo máy chưa được các hãng máy trợ thính thực hiện tốt dẫn đến hiệu quả đeo máy bị hạn chế, 52 (32,1%) trẻ đã bỏ đeo máy sau một thời gian sử dụng.

Như vậy, cơ cấu, phân bổ nhân lực chưa hợp lý, thiếu cơ sở vật chất kỹ thuật, thiếu sự quan tâm đầu tư phát triển là những yếu tố quan trọng nổi trội ảnh hưởng đến khả năng cung ứng của các cơ sở trong hệ thống cung cấp dịch vụ CTS tại Hải Phòng. Bên cạnh đó, sự phối hợp liên ngành chưa chặt chẽ cũng như nhận thức hạn chế của cộng đồng, điều kiện kinh tế của người dân còn khó khăn... cũng là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng tổ chức cung ứng

dịch vụ của các cơ sở và thực trạng phát hiện, CTS của trẻ KT. Tổng hợp các kết quả nghiên cứu đã cho thấy thực trạng hệ thống cung ứng dịch vụ CTS cho trẻ KT tại Hải Phòng tồn tại nhiều sự bất cập ở cả phía cung cấp và người sử dụng dịch vụ. Trong đó, những yếu tố từ phía người sử dụng dịch vụ là rất khó cải thiện. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết thực hiện những giải pháp can thiệp hệ thống. Đó là việc triển khai thực hiện chương trình phát hiện và CTS cho trẻ KT có sự phối hợp liên ngành chặt chẽ với nhiều hoạt động mang tính thống nhất và toàn diện nhằm tăng cường hệ thống cung ứng dịch vụ và cải thiện thực trạng phát hiện, CTS của trẻ KT. Đồng thời cần chú trọng công tác truyền thông nâng cao nhận thức cộng đồng cũng như cần có chính sách xã hội hỗ trợ cho trẻ KT có hoàn cảnh khó khăn để có thể nâng cao hiệu quả phòng và điều trị bệnh.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực trạng hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng năm 2012 cho thấy những tồn tại ở cả phía cung cấp và người sử dụng dịch vụ: Vẫn còn tình trạng bất cập giữa khả năng cung ứng của các cơ sở cung cấp dịch vụ về cả cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực, sự phối hợp liên ngành cũng như hạn chế về nhận thức của cộng đồng với nhu cầu được phát hiện sớm, can thiệp sớm của trẻ khiếm thính. Hầu hết (98%) trẻ khiếm thính được phát hiện bởi gia đình và đa số được chẩn đoán xác định tại các bệnh viện tuyến Trung ương (76,8%). Trẻ khiếm thính được phát hiện, chẩn đoán và can thiệp rất muộn (tuổi tương ứng 22,3; 34; và 32,5 tháng), do đó hiệu quả can thiệp bị hạn chế. Có tới 63,6% gia đình phải tự xoay xở với vấn đề khiếm thính của con em mình. Dữ liệu nghiên cứu cho thấy sự cần thiết thực hiện những giải pháp can thiệp để tăng cường hệ thống cung cấp dịch vụ nhằm giúp cho trẻ khiếm thính được phát hiện sớm, can thiệp kịp thời và phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Hoàng Yến (2007). *Đại cương về giáo dục trẻ khiếm thính*, Nhà xuất bản Đại học Sư phạm, Hà Nội.
2. WHO (2010). *Newborn and infant hearing screening: current issues and guiding principles for action*, WHO press, Geneva.
3. Nguyễn Thị Hoàng Yến (2012). *Giáo dục đặc biệt và những thuật ngữ cơ bản*, Nhà xuất bản Đại học Sư phạm, Hà Nội.
4. Đặng Thị Mỹ Phương (2010). *Thực trạng công tác Can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính tại một số trường chuyên biệt TP.HCM*, Đề tài khoa học cấp cơ sở, Trường Đại học Sư phạm TP.HCM.
5. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2011). *Chính sách, chiến lược và kế hoạch phát triển giáo dục hòa nhập ở Việt Nam*.
6. Nguyễn Đức Hữu (2014). *Thực trạng và định hướng phát triển giáo dục trẻ khuyết tật ở Việt Nam giai đoạn 2015 -2020. Tạp chí giáo dục số đặc biệt, 8/2014, 2-6.*



7. Nguyễn Văn Lê và cộng sự (2012). Báo cáo nghiên cứu về năng lực nguồn nhân lực cho can thiệp sớm giáo dục trẻ khuyết tật Việt Nam, Hà Nội.
8. UNICEF và Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (2011). Nghiên cứu định tính về trẻ khuyết tật tại An Giang và Đồng Nai: Kiến thức - Thái độ - Thực hành, Báo cáo cho UNICEF Việt Nam.
9. Karl R. White (2003). The current status of EHDI programs in the United States. *Mental retardation and developmental disabilities*, 9, 79-88.
10. Trần Thị Thiệp (2004). Một số biện pháp tổ chức thực hiện can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính, Luận văn thạc sỹ Khoa học Quản lý Giáo dục, Đại học Sư phạm Hà Nội.
11. Fortnum H và Davis A (1997). Epidemiology of permanent childhood hearing impairment in Trent Region, 1985-1993. *Br J Audiol*, 72 (1), 5-11.
12. Jafari Z, Malayeri S và Ashayeri H (2007). The ages of suspicion, diagnosis, amplification, and intervention in deaf children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 71 (1), 35-40.
13. Ozcebe E, Sevinc S và Belgin E (2005). The ages of suspicion, identification, amplification and intervention in children with hearing loss. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 69 (8), 1081-1087.
14. Robertson C, Aldridge S, Jarman F et al (1995). Late diagnosis of congenital sensorineural hearing impairment: why are detection methods failing. *Arch Dis Child*, 72 (1), 11-15.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN GÒ MÁ NHÔ CÓ SỬ DỤNG KHUNG ĐỊNH VỊ HƯỚNG DẪN

Nguyễn Văn Long¹, Trần Ngọc Quảng Phi², Nguyễn Bắc Hùng³, Vũ Ngọc Lâm⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) gò má nhô có sử dụng khung định vị hướng dẫn. **Phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu là 07 BN nữ gò má nhô có chỉ định phẫu thuật hạ xương gò má tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108; phương pháp thu thập số liệu: hỏi bệnh, khám lâm sàng (có sử dụng khung định vị hướng dẫn), khám cận lâm sàng để xác định một số yếu tố và chỉ số có liên quan đến gò má nhô. **Kết quả:** Đa số (6/7=85,7%) nhìn nghiêng có dạng mặt thẳng; 7/7 (100%) có dạng mặt oval và tỷ lệ chiều cao 3 tầng mặt cân xứng; trên 50% có dạng mặt không cân xứng theo chiều ngang (qua đường giữa). Chiều rộng mặt nhỏ hơn giá trị hài hòa trong khi các giá trị góc mặt, nhô trán, nhô cằm đều lớn hơn giá trị hài hòa. Đa số (6/7=85,7%) bệnh nhân có gò má nhô thực cả hai bên; 7/7 (100%) không biến dạng gò má ở trạng thái cười. Gò má phải nhô hơn gò má trái theo cả 3 chiều. **Kết luận:** Cả 07 BN đều được chẩn đoán có gò má nhô thực và có chỉ định phẫu thuật hạ xương gò má nhô.

Từ khóa: Bệnh nhân nữ, gò má nhô, khung định vị hướng dẫn.

SUMMARY

EVALUATE SOME CLINICAL AND PARA CLINICAL FEATURES OF PROMINENT MALAR PATIENTS USING ZYGOMATIC POSITIONING DEVICE

Objectives: To analyse some morphological features of prominent malar using the zygomatic positioning device in females who were indicated to have reduction malarplasty.

Method: Seven female patients with malar reduction surgery

demanding at 108 central military hospital were included in this study. Data were collected by questioning; measuring malar prominence (using zygomatic positioning device); paraclinical examine to determine some factors and indexes related to prominent malar. **Results:** The result of study on seven Vietnamese females showed that they have most straight profile (6/7); oval facial type (7/7) and symmetrical facial ratio; over 50 percent of them are asymmetry in frontal view. The facial width is less than the harmonious value when the value of facial angle, forehead prominence, chin prominence are higher than the harmonious value. Most patients (6/7) were diagnosed true prominent malars; 7/7 patients have no malar deformation when they smile. The prominence on the right malar is higher than the left malar three dimensionally. **Conclusion:** All 07 patients are diagnosed truth prominent malar and are indicated to malarplasty.

Keywords: Prominent malar; malar prominence; zygomatic positioning device.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuôn mặt và sự hài hoà của nó là do nhiều bộ phận cấu thành, trong đó gò má là một bộ phận chính tạo nên khối bên và diện mạo của khuôn mặt. Một gò má lép quá hay nhô quá đều mất tính thẩm mỹ. Ở người phương Tây, hình thái gò má có xu hướng lép là chủ yếu và giải pháp thẩm mỹ là độn xương gò má nhằm gia tăng độ nhô. Ngược lại ở phương Đông, gò má lại nhô quá, và giải pháp là hạ xương gò má [1], [2]. Phẫu thuật hạ xương gò má được Takuya Onizuka giới thiệu lần đầu tiên năm 1983, từ đó đến nay phẫu thuật hạ xương gò má nhô trở nên phổ biến ở nhiều nước châu Á

1. Phòng Khám đa khoa Việt Hàn. ĐT: 0987899798; Email: sieu.van.long.24@gmail.com

2. Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch

3. Trường Đại học Y Hà Nội

4. Bệnh viện TWQĐ 108

» Ngày nhận bài: 02/02/2017 | » Ngày phản biện: 05/02/2017 | » Ngày duyệt đăng: 10/02/2017

[3]. Ở Việt Nam, phẫu thuật hạ xương gò má được thực hiện tại một số cơ sở phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ chỉ trong khoảng 10 năm trở lại và chưa có nghiên cứu đánh giá về hình thái xương gò má nhô trên người Việt. Một khuôn mặt với gò má như thế nào được gọi là gò má nhô và thiếu sự hài hoà cần can thiệp phẫu thuật? Đó là những vấn đề cần đặt ra đối với bác sĩ phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Mục tiêu nghiên cứu: phân tích một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN gò má nhô có sử dụng khung định vị hướng dẫn

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

07 Bệnh nhân (BN) nữ được chẩn đoán khuôn mặt có xương gò má nhô thực, có chỉ định phẫu thuật hạ xương gò má nhô tại Khoa Phẫu thuật tạo hình và Hàm mặt – Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 từ tháng 11/2015 đến tháng 9/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2. Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu

- Hồi bệnh nhân: Xác định tuổi, tiền sử bệnh tật, chấn thương;

- Đo chiều cao, cân nặng, tính chỉ số nhân trắc (BMI).

a. **Đánh giá hình thái khuôn mặt có gò má nhô:**

* **Khám lâm sàng:**

- Đo bằng thước kẹp:

+ Đánh giá cân xứng chiều cao 3 tầng mặt theo chiều trên dưới, khi chiều cao mỗi tầng mặt trung bình = 1/3 tổng chiều cao mặt (tr – gn) [4]:

. Tầng mặt trên = KC điểm chân tóc – điểm trên góc mũi (tr-gl)

. Tầng mặt giữa = KC điểm trên góc mũi – điểm dưới mũi (gl-sn)

. Tầng mặt dưới = KC điểm dưới mũi – điểm dưới cằm (sn-gn)

+ Định dạng khuôn mặt ở góc nhìn thẳng theo Celébie và Jerolimov qua đo các khoảng cách (KC): KC hai điểm thái dương (ft-ft), KC hai điểm ngoài nhất của gò má cung tiếp 2 bên (zy-zy), KC hai điểm góc hàm (go-go) [4].

* **Cận lâm sàng:**

- Chụp ảnh mặt thẳng và nghiêng 45° và 90°. Thông qua ảnh mặt thẳng đánh giá sự cân xứng của khuôn mặt theo chiều ngang - qua đường giữa. Kẻ đường giữa đi qua 2 điểm Gl, Sn. Khuôn mặt được đánh giá là cân xứng khi KC giữa 2 điểm gò má (zy) đến đường giữa bằng nhau, KC giữa 2 điểm thái dương (ft) đến đường giữa bằng nhau và KC giữa 2 điểm góc hàm (go) đến đường giữa bằng nhau.

- Phim đo so nghiêng: (Chụp bằng máy XQ kỹ thuật số

Orthoralix 9200 theo các tiêu chuẩn sau: Lỗi cầu cần phải đúng tương quan tâm, môi ở tư thế nghỉ).

+ Định dạng mặt theo chiều trước – sau: Vẽ 2 đường thẳng, một từ trán đến chân trụ mũi (Sn) và một từ Sn đến cằm. Dạng mặt lỗi khi đường nối từ trán đến môi trên tạo với đường nối môi cằm thành một góc nhô ra trước và dạng mặt lõm khi góc nhô ra sau. Dạng mặt thẳng khi góc có giá trị gần với 180°.

+ Đánh giá sự hài hòa khuôn mặt: Trong nghiên cứu này chỉ phân tích 12 chỉ số trong đó có 5 chỉ số theo của phân tích đo sọ mô mềm nguyên thủy của Arnette (46 chỉ số), có sử dụng miếng kim loại cản quang để đánh giá mô mềm vùng gò má [5], [6]. Định vị điểm gò má mô mềm (đỉnh gò má) theo kỹ thuật Trần Ngọc Quang Phi đề xuất dựa theo Wilkinson (2011) [7]: Vẽ đường thẳng đứng từ góc mắt ngoài hai bên (zlr và zll). Xác định điểm nhô cao nhất mô mềm gò má (sZr và sZl) trên đường zlr và zll (quan sát từ vị trí ngang, nhìn từ đỉnh đầu). Các điểm mốc phần mềm cần xác định: Điểm Glabella (Gl'), Subnasale (Sn), Pogonion (Pg'), đỉnh gò má mô mềm bên phải và trái (sZr và sZl) [8], [9]. Mặt phẳng tham chiếu của mô mềm là trục đứng thực sự của bệnh nhân (TVL): Trục này vuông góc với trục ngang thực sự (THL: True Horizontal Line). Trục TVL được xác định bằng cách vẽ đường song song với dây dọi trên máy chụp phim từ điểm Sub-Nasale khi đầu ở tư thế nhìn thẳng tự nhiên [6], [8]. Khi có phim chụp tiến hành phân tích vẽ phim để xác định giá trị hài hòa tổng thể qua góc mặt Gb'-Sn-Pog' và hài hòa giữa các cấu trúc nhô qua khoảng cách Gb'-TVL, Pog'-TVL.

b. **Đánh giá hình thái gò má nhô:**

* **Khám lâm sàng:**

- Quan sát trực tiếp mô tả: Đánh giá kiểu nhô gò má mỗi bên theo Ki Il Uhm, Jai Mann Lew (1991) là [2]: Bình thường; Nhô thực; Nhô giả. Thẩm mỹ vùng gò má khi cười: Có biến dạng; Không biến dạng.

- Đo bằng khung định vị hướng dẫn (KĐVHD): Thiết bị định vị gò má bao gồm 3 thành phần chính: Khung nâng đỡ, cấu trúc định vị, thang đo định vị. Khung nâng đỡ cấu tạo bởi phần di động là hai thanh chính hình L. Bộ phận nâng đỡ gắn trên khung nâng đỡ. Cấu trúc định vị nằm hai bên, tương ứng vị trí gò má gồm thanh gá, thanh đứng dọc, thanh định vị (thanh ngang chiều trước sau) và thanh cung tiếp. Sử dụng KĐVHD để đo độ nhô gò má mỗi bên với giá trị theo 3 chiều:

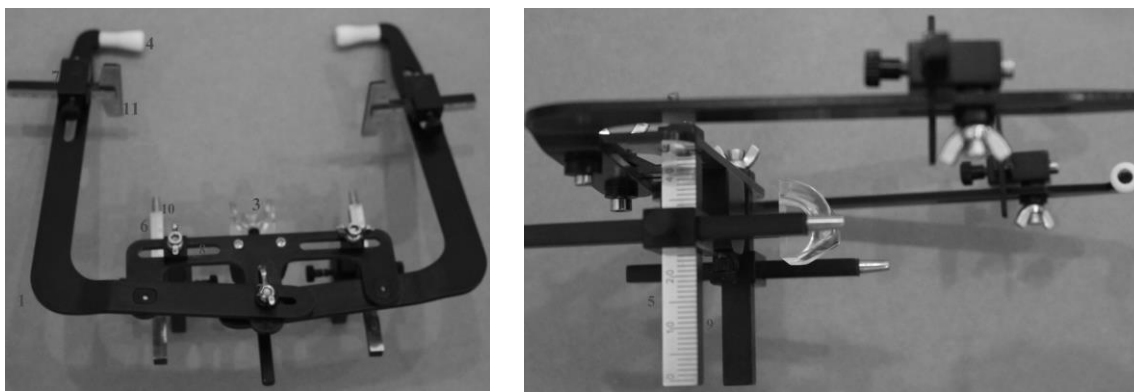
- Đo độ nhô ngang = ... mm (Đo trên thanh chính).

- Đo độ nhô theo chiều trên – dưới = ... mm (Đo trên thanh gá).

- Đo độ nhô theo chiều trước - sau = ... mm (Đo trên

thanh định vị).

Hình 1. Thiết bị định vị xương gò má ở góc nhìn thẳng và góc nhìn bên (từ phía ngoài vào) (Nguồn TLNC)



* Khám cận lâm sàng:
- Phân tích ảnh mặt thẳng và ảnh mặt nghiêng 45° (cho cả hai bên P và bên T) đánh giá phân loại nhô gò má hay nhô gò má- cung tiếp theo phân loại của Baek W, Woo T, Kim YS (2016) và Nechala (1988) [3].

- Phim đo sọ nghiêng: Đánh giá hình thái gò má trên phim đo sọ nghiêng theo STCA: Kẻ trục tham chiếu TVL qua điểm chân trụ mũi (Sn), đo các khoảng cách sZr – TVL và sZl – TVL.

- Phim đo sọ thẳng: Xác định các điểm mô xương và mô mềm trên phim sọ thẳng gồm điểm cung tiếp ổ mắt trái và phải (Zl, Zr), điểm cung tiếp giữa trái và phải (Zyl, Zyr), điểm mô mềm gò má trái và phải (sZl, sZr), Crista galli (Cg). Phân tích phim đo sọ thẳng, đo 07 khoảng cách: Zy-Zy, Z-Z, Zr-Cg, Zl-Cg; sZ-sZ, sZl-Cg, sZr-Cg [8], [9].

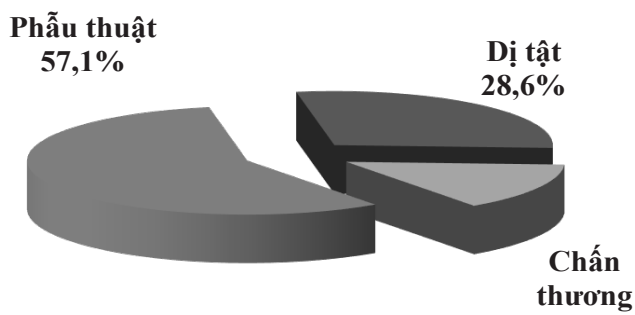
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

- Tuổi của BN: Trong 07 BN nghiên cứu có 6 BN (85,7%) và 01 BN (14,3%) từ 52 tuổi.

- Thể trạng bệnh nhân theo BMI: Tất cả 7 BN (100%) đều có thể trạng TB.

Biểu đồ 1. Tiền sử của bệnh nhân (n=7)



Có 2/7 (28,6%) BN có dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt; 1/7 (14,3%) BN đã phẫu thuật hạ xương gò má do di chứng chấn thương vùng mặt; 5/7 (57,1%) BN đã phẫu thuật chỉnh hình vùng mặt.

2. Hình thái khuôn mặt các bệnh nhân gò má nhô

1.2. Kết quả khám lâm sàng

Bảng 1. Cân xứng chiều cao 3 tầng mặt theo chiều trên - dưới (n=7)

Tỷ lệ chiều cao 3 tầng mặt	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cân xứng	7	7/7 (100%)
Không cân xứng	0	0

Tất cả 7 (100%) BN đều có dạng mặt trung bình, tỷ lệ cân đối.

Bảng 2. Hình dạng khuôn mặt qua khám lâm sàng (n=7)

Hình dạng mặt	Số lượng	Tỷ lệ (%)
- Mặt tròn	0	0
- Mặt vuông	0	0
- Mặt hình oval	7/7 (100%)	7/7 (100%)
- Mặt chữ nhật	0	0

Tất cả 7/7 (100%) BN có dạng mặt hình oval.

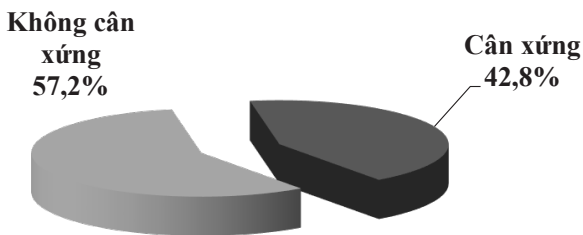
Bảng 3. Chiều rộng mặt (n=7)

Giá trị	Đơn vị	\bar{X}	SD
Rộng mặt	mm	130,85	2,63

Chiều rộng mặt TB của 7 BN là $130,85 \pm 2,63$ mm, nhỏ hơn chiều rộng của khuôn mặt hài hòa TB $136,14 \pm 5,15$ mm (theo nghiên cứu Võ Trương Như Ngọc (2010)) [4]. BN có chiều rộng mặt nhỏ nhất và lớn nhất là 128 mm và 135,5 mm.

2.2. Kết quả khám cận lâm sàng

Biểu đồ 2. Tỷ lệ cân xứng của mặt nhìn theo chiều ngang qua đường giữa.



Có 3/7 (42,8%) BN có dạng mặt cân xứng và 4/7 (57,2%) BN có dạng mặt không cân xứng.

Bảng 4. Định dạng mặt theo chiều trước sau trên phim đo sọ nghiêng (n=7)

Dạng mặt nhìn nghiêng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
- Mặt lồi	1	1/7 (14,3%)
- Mặt thẳng	6	6/7 (85,7%)
- Mặt lõm	0	0

Phần lớn (6/7 = 85,7%) BN nhìn nghiêng có dạng mặt thẳng. Chỉ có 1 (14,3%) BN có dạng mặt lồi.

Bảng 5. Các giá trị đánh giá hài hoà khuôn mặt trên phim đo sọ nghiêng theo STCA (n=7)

TT	Ký hiệu	Đơn vị	\bar{X}	SD
Hài hoà tổng thể:				
1	Gb'-Sn-Pog'	°	175,29	2,77
Hài hoà giữa các cấu trúc nhô				
2	Gb' - TVL	mm	3,64	2,08
3	Pog' - TVL	mm	1,36	3,13

- Hài hoà tổng thể: Góc mặt (Gb'-Sn-Pog') TB là 175,29 ± 2,77°, lớn hơn góc mặt hài hoà TB 162,7 ± 3,9 ° (theo nghiên cứu của Trần Ngọc Quảng Phi (2015)) [8].

- Hài hoà giữa các cấu trúc nhô: Nhô trán (Gb' - TVL) TB là 3,64 ± 2,08 mm thấp hơn giá trị hài hoà (TB 5,6 ± 3,2 mm); Nhô cằm (Pog' - TVL) TB là 1,36 ± 3,13 mm thấp hơn giá trị hài hoà TB 2,9 ± 2,5 mm (theo nghiên cứu của Trần Ngọc Quảng Phi (2015)) [8].

3. Đặc điểm hình thái gò má nhô

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 6. Đánh giá kiểu nhô gò má (n=7)

Gò má	Số lượng	Tỷ lệ (%)
- Bình thường	0	0
- Nhô thực cả 2 bên	6	6/7
- Nhô thực một bên	1	1/7

Đa số 6/7 (85,7%) BN có gò má nhô thực cả hai bên.

Bảng 7. Biến dạng vùng gò má khi khuôn mặt ở trạng thái cười (n=7)

Gò má	Số lượng	Tỷ lệ (%)
- Có biến dạng	0	0
- Không biến dạng	7	7/7 (100%)
- Mặt lõm	0	0

Tất cả 7/7 (100%) BN không có dấu hiệu biến dạng vùng gò má.

3.2. Đo độ nhô gò má trên KĐVHD

Bảng 8. Xác định độ nhô của XGM bằng KĐVHD trên khuôn mặt mô mềm (n= 7)

(Đơn vị tính: mm; tính giá trị (± SD))

TT	Độ nhô gò má	Bên phải	Bên trái
1	Nhô ngang (thanh chính)	17,29 ± 2,88	16 ± 2,5
2	Nhô đứng (thanh gá)	14,79 ± 2,46	17 ± 2,84
3	Nhô trước - sau (thanh định vị)	37,71 ± 3,49	36,93 ± 2,54
4	Độ nhô cung tiếp	11 ± 2,02	12,79 ± 1,98

Theo chiều ngang (trên thanh chính): Gò má phải (P) nhô ra ngoài hơn bên trái (T) là 1,29 mm. Độ nhô cung tiếp P nhiều hơn bên T là 1,79 mm. Chiều trên dưới (trên thanh gá): Gò má P nhô nhiều hơn gò má T là 2,21 mm. Theo chiều trước sau (trên thanh định vị): Gò má P nhô ít hơn bên T là 0,78 mm.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

* Phân tích ảnh chụp mặt thẳng và chếch 45°

Bảng 9. Bảng phân loại nhô gò má và nhô cung tiếp – gò má

Gò má	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhô gò má	3	3/7
Nhô gò má – cung tiếp	4	4/7

Theo phân loại của Baek W, Woo T, Kim YS, 2016 [3], có 4/7 (57%) BN nhô phức hợp gò má cung tiếp; 3/7 (42,8%) BN nhô gò má đơn thuần.

* Trên phim đo sọ:

Bảng 10. Đánh giá hài hoà nhô gò má trên phim đo sọ nghiêng theo STCA

TT	Ký hiệu	Đơn vị	\bar{X}	SD
1	sZr - TVL	mm	14,86	3,88
2	sZl - TVL	mm	15,17	2,96

Hài hoà nhô gò má: KC từ điểm gò má mô mềm đến trục TVL bên P (sZr - TVL) TB là 14,86 ± 3,88 mm và bên T (sZl

- TVL) là $15,17 \pm 2,96$ mm.

Bảng 13. Các giá trị trung bình đo trên phim đo sọ thẳng (n=7)

TT	Ký hiệu	Đơn vị	\bar{X}	SD
1	Z-Z	mm	82,07	4,12
2	Zy-Zy	mm	124,29	4,57
3	sZ-sZ	mm	92,07	3,38
4	Zr-Cg	mm	41,64	2,08
5	Zl-Cg	mm	40,86	1,65
6	sZl-Cg	mm	58,21	6,49
7	sZr-Cg	mm	58,07	7,32

Trong 11 giá trị TB: Khoảng liên cung tiếp (Zy-Zy) có giá trị TB cao nhất là $124,29 \pm 4,57$ mm, thấp hơn giá trị hài hòa ($126,66 \pm 4,21$) theo nghiên cứu của Võ Trương Như Ngọc (2010) [4]. Giá trị TB các kích thước sọ mặt bên phải (P) và bên trái (T) có sự chênh lệch về khoảng cách theo chiều ngang như sau: Khoảng cách giữa khớp cung tiếp - ổ mắt và tâm mỏ gà xương sàng (Z-Cg) bên P là $41,64 \pm 2,08$ mm,

bên T là $40,86 \pm 1,65$ mm (chênh 0,78 mm); Khoảng cách giữa điểm gò má mô mềm đến tâm mỏ gà xương sàng (sZ-Cg) P $58,07 \pm 7,32$ mm, T $58,21 \pm 6,49$ mm (chênh 0,14 mm).

IV. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 07 đối tượng BN nữ người Việt trưởng thành có gò má nhô cho thấy:

- Đa số (6/7=85,7%) nhìn nghiêng có dạng mặt thẳng; 7/7 (100%) có tỷ lệ chiều cao 3 tầng mặt cân xứng (chiều trên dưới); trên 50% có dạng mặt không cân xứng theo chiều ngang (qua đường giữa); 100% có dạng mặt hình oval. Chiều rộng mặt nhỏ hơn giá trị hài hòa.

- Các giá trị góc mặt, nhô trán, nhô cằm đều lớn hơn giá trị hài hòa.

- Đa số (6/7=85,7%) BN có gò má nhô thực cả hai bên; 7/7 (100%) không biến dạng gò má ở trạng thái cười.

- Bước đầu sử dụng khung định vị hướng dẫn trong chẩn đoán cho thấy: Gò má phải nhô hơn gò má trái theo cả 3 chiều khi đo trên khung định vị hướng dẫn, và nhô hơn ở chiều trước sau khi đo trên phim. Kết quả nghiên cứu là cơ sở tham khảo cho việc lựa chọn lập kế hoạch phẫu thuật hạ xương gò má nhô trên nữ người Việt trưởng thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Takuja Onizuika, D. Watanabe, et al** (1983), "Reduction Malar Plasty", Aesthetic Plastic Surgery 7:121-125.
2. **Ki Il Uhm, J. M. Lew** (1991), "Prominent Zygoma in Orientals Classification and Treatment", Annals of Plastic Surgery, 26, pp. 164-170.
3. **Baek W, Woo T, Kim YS et al** (2016), "Reduction malarplasty by bidirectional wedge osteotomy or two percutaneous osteotomies according to zygoma protrusion type", J Craniomaxillofac Surg, 44 :1662-1669.
4. **Võ Trương Như Ngọc** (2010), "Nghiên cứu đặc điểm kết cấu sọ - mặt và đánh giá khuôn mặt hài hòa ở một nhóm người Việt tuổi từ 18-25", Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội, tr. 1-144.
5. **G. William Arnett, R.T. Bergman** (1993), "Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part I", American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, Vol 103, 4, pp. 299-312.
6. **G. William Arnett, J.S. Jelic, et al** (1999), "Soft tissue cephalometric analysis: Diagnosis and treatment planning of dentofacial deformity", Am J Orthod Dentofacial Orthop: 239-53.
7. **Farhad B. Naini** (2011), "Facial Aesthetics: Concepts & clinical diagnosis", 1st Edition, pp 238-244 .
8. **Trần Ngọc Quảng Phi, D.T.H Xuân** (2015), "Chỉ số phân tích đo sọ mô mềm trên người Việt trưởng thành có khuôn mặt hài hòa", Tạp chí Y học Thực hành, 4, (958), tr. 6-10.
9. **Bộ môn chỉnh hình răng mặt - Trường Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh** (2004), Chỉnh hình răng mặt kiến thức cơ bản và điều trị dự phòng, Nhà xuất bản Y học, tr 84-112.

KHẢO SÁT BƯỚC ĐẦU VỀ RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở ĐỒNG BÀO DÂN TỘC KHMER TỪ 25 ĐẾN 64 TUỔI, TẠI 3 XÃ TỈNH TRÀ VINH

Huỳnh Hải Bằng¹, Nguyễn Thanh Bình², Nguyễn Văn Tập²

TÓM TẮT

Nghiên cứu bước đầu nhằm xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu, thực hiện điều tra 120 đồng bào Khmer từ 25 – 64 tuổi, tại 3 xã thuộc tỉnh Trà Vinh theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên. Kết quả: Tỷ lệ rối loạn bất kỳ một thành phần lipid máu là 43,3 %. Trong đó, tăng Cholesterol toàn phần là 30,0%; tăng Triglyceride 21,7%, tăng LDL-c là 26,7%, giảm HDL-c là 6,7 %. Rối loạn lipid máu liên quan chặt chẽ với tuổi, học vấn, thói quen ăn nhiều mỡ, hút thuốc lá, ít hoạt động thể lực, các bệnh lý béo phì, tăng huyết áp và rối loạn đường huyết.

Từ khóa: Rối loạn lipid máu, đồng bào dân tộc Khmer

ABSTRACT

DYSLIPIDEMIA AND SOME FACTORS RELATED IN KHMER ETHNIC PEOPLE FROM 25-64 YEAR OLD, AT 3 WARD TRA VINH PROVINCE

Study determine the proportion of dyslipidemia and related factors over 120 Khmer ethnic minority from 25-64 years old at 3 ward in Tra Vinh province. Results: The proportion of dyslipidemia was 43,3%. Inside increased TC 30,0%, increased TG 21,7%, increased of LDL-c 26,7%, decreased HDL-c was 6,7%. Factors related to lipid disorders include: age, literacy, habit of eating much fat, smoke, less activity, some of pathological as obesity, hypertension and high blood glucose.

Keywords: Dyslipidemia, Khmer ethnic people.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu là một bệnh không lây phổ biến, không có biểu hiện triệu chứng rõ rệt và là yếu tố nguy cơ quan trọng của các bệnh tim mạch, tỷ lệ rối loạn lipid máu gia tăng theo sự phát triển kinh tế. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Châu Ngọc Hoa năm 2005 cho thấy tỷ lệ rối loạn lipid máu

ở người bình thường là khoảng 28,0%, tuy nhiên tỷ lệ này có xu hướng ngày càng gia tăng và ngày càng trẻ hóa [1] [3].

Yếu tố nguy cơ gây rối loạn lipid máu đã được biết như thừa cân béo phì, lạm dụng rượu bia, chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể lực, các thói quen sinh hoạt không có lợi, hút thuốc lá, di truyền, các thói quen sinh hoạt không có lợi. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước vẫn chưa hệ thống đầy đủ về các yếu tố dịch tễ liên quan đến rối loạn lipid máu, đặc biệt tại cộng đồng các dân tộc thiểu số. Tỉnh Trà Vinh có tỷ lệ cao đồng bào Khmer sinh sống, đời sống kinh tế xã hội còn khó khăn, sự tiếp cận thông tin và các dịch vụ y tế còn hạn chế. Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu và các yếu tố nguy cơ là cần thiết để có các biện pháp, chính sách kịp thời trong bảo vệ và nâng cao sức khỏe cộng đồng này.

II. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đồng bào dân tộc Khmer từ 25 đến 64 tuổi, thường trú hoặc tạm trú từ 1 năm trở lên, ngoại trừ người đang mang thai hoặc có khuyết tật gù vẹo cột sống, dị tật ở chân.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang
- Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

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

n: cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm. p = 0,5 là tỷ lệ ước đoán đồng bào Khmer có rối loạn ít nhất một thành phần lipid máu

α : Mức ý nghĩa thống kê với độ tin cậy là 95% ($\alpha=0,05$), $Z=1,96$. $d=0,1$: là sai số cho phép, Vậy cỡ mẫu tối thiểu là $n = 96$ người dân. Thực tế chúng tôi chọn 120 người.

- Chọn mẫu: Chọn 3 xã trong tổng số 104 xã, thuộc 3 huyện khác nhau trên toàn tỉnh bằng cách bốc thăm ngẫu

1. Bệnh viện Đa khoa Nam Anh - Bình Dương

2. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

» Ngày nhận bài: 05/02/2017 | » Ngày phản biện: 11/02/2017 | » Ngày duyệt đăng: 17/2/2017

nhiên. Mỗi xã chọn 40 người, theo danh sách thống kê dân số, gồm có 8 nhóm nam nữ từ độ tuổi 25-34 ; 35-44 ; 45-54 ; 55-64. chọn 5 người mỗi nhóm tuổi và giới tính.

- Thu thập dữ liệu:

Phỏng vấn: Bộ câu hỏi cấu trúc, soạn sẵn theo mẫu của Tổ chức Y tế Thế giới.

Định lượng Cholesterol toàn phần (TC), triglycerides (TG), LDL-cholesterol và HDL - Cholesterol theo phương pháp đo điểm cuối (Enzymatic end point).

Đo chiều cao: Đo ở tư thế đứng thẳng. Năm điểm cằm, hông, lưng (vùng vai gáy), bắp chân, gót chân theo một đường thẳng.

Đo cân nặng: Cân đối tượng buổi sáng khi chưa ăn uống gì và đã đi đại tiện.

Đo HA: Đo huyết áp 2 lần, bằng máy đo huyết áp Microlife BP 3BM1-3.

- Xử lý số liệu: Các số liệu được nhập liệu và phân tích theo phương pháp thống kê y học với phần mềm Epi-Data, Stata-12. So sánh khác biệt bằng test χ^2 , p ngưỡng < 0,05.

2.3 Các chỉ số nghiên cứu

Ăn mặn: Ăn những thức ăn mặn ≥ 3 ngày/tuần hoặc lượng muối ≥ 5 g/người/ngày.

Ăn nhiều mỡ: Ăn thường xuyên trên 25% lipid/ngày và trên 7% mỡ bão hòa hay trên 300 g/người/tháng, thường xuyên ăn mỡ động vật, chất béo trên 4 ngày/tuần.

Ăn rau quả: Lượng rau quả ăn trung bình mỗi ngày ≥ 5 suất (tương đương 80 g).

Lạm dụng rượu bia: Uống ≥ 5 ly chuẩn (tương đương 330ml bia, 30ml rượu mạnh, 120ml rượu vang) với nam, ≥ 4 ly chuẩn với nữ vào bất kỳ ngày nào trong tuần.

Hút thuốc bất kỳ loại thuốc lá, thuốc lào, xì gà, tẩu thuốc) hoặc bỏ hút <12 tháng.

Hoạt động thể lực: Hoạt động cường độ mạnh ≥ 75 phút/tuần hoặc cường độ trung bình ≥ 150 phút/tuần hoặc kết hợp cả hai ≥ 600 MET-phút/tuần.

BMI: Gầy (<18.5), bình thường (18.5 - <23), thừa cân (23 - <25), béo phì (≥ 25).

Tăng huyết áp: Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg hoặc đã được chẩn đoán tăng huyết áp bởi nhân viên y tế.

Rối loạn đường huyết: Chỉ số đường huyết $\geq 7,0$ mmol/dL.

Rối loạn lipid máu: Có rối loạn bất kỳ một trong 4 thành phần Cholesterol toàn phần (>200mg/dl), Triglyceride (>150 mg/dl), LDL-c (>160mg/dl), HDL-c (<40mg/dl).

2.4 Đạo đức trong nghiên cứu:

Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo vệ theo đúng quy định.

III. KẾT QUẢ

3.1 Tỷ lệ rối loạn lipid máu

Bảng 1: Tỷ lệ rối loạn lipid máu

RLLM	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không rối loạn	68	56,7
Rối loạn 1 chỉ số	16	13,3
Rối loạn 2 chỉ số	24	20,0
Rối loạn 3 chỉ số	10	8,3
Rối loạn 4 chỉ số	2	1,7

Tỷ lệ có rối loạn bất kỳ một thành phần lipid máu là 43,7%. Trong đó rối loạn kết hợp hai thành phần có tỷ lệ là 20,0%, thấp nhất là rối loạn bốn thành phần là 1,7%.

Bảng 2. Rối loạn lipid máu theo đặc điểm dân số xã hội

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Giới tính	Nữ	23	19,2
	Nam	29	24,2
Nhóm tuổi	25-34	10	8,3
	35-44	7	5,8
	45-54	17	14,2
	55-64	18	15,0
Học vấn	Dưới tiểu học	50	41,7
	Tiểu học trở lên	2	1,7
Nghề nghiệp	Nông dân	42	35,0
	Nghề khác	10	8,3
Thu nhập	$\leq 2.150.000$	26	21,7
	$> 2.150.000$	26	21,7
Tổng		120	100

Nghề khác gồm nội trợ, sinh viên, người nghỉ hưu, thất nghiệp.

Tỷ lệ nam bị RLLM 24,2%, cao nhất ở nhóm 55-64 tuổi 15,0%. Tỷ lệ bị RLLM cao nhất ở nhóm dưới tiểu học 41,7%, nông dân 35,0%.

Bảng 3. Rối loạn lipid máu theo thành phần

Rối loạn lipid các thành phần	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tăng Cholesterol toàn phần	Có	36
	Không	84
Tăng Triglyceride	Có	26
	Không	94

Rối loạn lipid các thành phần		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tăng LDL-c	Có	32	26,7
	Không	88	73,3
Giảm HDL-c	Có	8	6,7
	Không	112	93,3

Tỷ lệ rối loạn Cholesterol toàn phần cao nhất 30,0%; tăng Triglyceride 21,7%, tăng LDL-c là 26,7%, giảm HDL-c là thấp nhất 6,7%.

3.2 Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu

Bảng 4. Mối liên quan giữa tăng huyết áp với đặc điểm đồng bào dân tộc Khmer

Đặc điểm		Không		RLLM		Tổng	p
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Giới tính	Nữ	37	61,7	23	38,3	60	>0,05
	Nam	31	51,7	29	48,3	60	
Nhóm tuổi	25-34	20	66,7	10	33,3	30	<0,05
	35-44	23	76,7	7	23,3	30	
	45-54	13	43,3	17	56,7	30	
	55-64	12	40,0	18	60,0	30	
Học vấn	Dưới tiểu học	56	52,8	50	47,2	106	<0,05
	Tiểu học trở lên	12	85,7	2	14,3	14	
Nghề nghiệp	Nông dân	56	57,1	42	42,9	98	>0,05
	Nghề khác	12	54,5	10	45,5	22	
Thu nhập	≤2.150.000	30	53,6	26	46,4	56	>0,05
	>2.150.000	38	59,4	26	40,6	64	

Kết quả cho thấy rối loạn lipid máu có mối liên quan có ý nghĩa với tuổi, học vấn, $p < 0,05$. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nam 48,3% cao hơn nữ 38,3%, thấp nhất ở nhóm 35-44 tuổi 23,3% và cao nhất ở nhóm 55-64 tuổi 60,0%.

Bảng 5. Một số yếu tố thực hành liên quan đến rối loạn lipid máu ở đồng bào Khmer

Nội dung		Không		Có RLLM		OR 95% CI	p
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Chế độ ăn mỡ	Không ăn mỡ	58	62,4	35	37,6	2,8 (1,1-7,6)	<0,05
	Có ăn mỡ	10	37,0	17	63,0		
Chế độ ăn rau quả	Ăn nhiều rau quả	2	66,7	1	33,3	1,5 (0,1-92,9)	>0,05
	Ăn ít rau quả	66	56,4	51	43,6		
Chế độ ăn mặn	Ăn đủ lượng	14	63,6	8	36,4	1,4 (0,5-4,3)	>0,05
	Ăn nhiều muối	54	55,1	44	44,9		
Lạm dụng rượu	Không	56	57,1	42	42,9	1,1 (0,4-3,1)	>0,05
	Lạm dụng rượu	12	54,5	10	45,4		
Hút thuốc lá	Không	54	63,5	31	36,5	2,6 (1,1-6,4)	<0,05
	Có	14	40,0	21	60,0		
Hoạt động thể lực	Có	60	61,9	37	38,1	3,0 (1,1-9,1)	<0,05
	Không	8	34,8	15	65,2		

Có mối liên quan có ý nghĩa giữa rối loạn lipid máu với chế độ ăn mỡ, hút thuốc lá và hoạt động thể lực với $p < 0,05$.

Bảng 6. Một số chỉ số sinh hóa liên quan đến rối loạn lipid máu ở đồng bào Khmer

Nội dung		Không		RLLM		OR 95% CI	P
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Tăng huyết áp	Bình thường	56	70,0	24	30,0	5,4 (2,2-13,7)	<0,05
	Có	12	30,0	28	70,0		
Béo phì	Không	62	62,0	38	38,0	3,8 (1,2-13,0)	<0,05
	Có béo phì	6	30,0	14	70,0		
Đường huyết	Bình thường	66	60,5	43	39,5	6,9 (1,3-67,7)	<0,05
	Đái tháo đường	2	18,2	9	81,8		

Có mối liên quan có ý nghĩa giữa rối loạn lipid máu với tăng huyết áp, béo phì, đường huyết cao, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm dân số xã hội

Đồng bào dân tộc Khmer có tỷ lệ cao trình độ học vấn dưới tiểu học với 88,3%; làm nghề nông 81,7%.

4.2 Tỷ lệ rối loạn lipid máu

Kết quả cho thấy tỷ lệ RLLM là 43,3%. Trong đó: Tỷ lệ tăng TC là 30,0 %; tăng TG 21,7%, tăng LDL-c là 26,7%, giảm HDL-c là thấp nhất 6,7%. Khảo sát của Huỳnh Hữu Duyên [1] ở công nhân tại công ty xi-măng Hocilm năm 2013 có kết quả tỷ lệ tăng TC là 41,1%, tăng TG là 47,4%, tăng LDL-c là 10,1%, giảm HDL-c 28,1%. Theo tác giả Châu Ngọc Hoa [2] khảo sát “Lipid và lipoprotein trên người Bình Thường”, tỷ lệ tăng TC là 28,4%, tăng TG là 41,5%, tăng LDL-c 19,4% và giảm HDL-c là 18,6%. Nghiên cứu của Ninh Thị Nhung năm 2012, tại một số xã thuộc 2 tỉnh Hà Tĩnh và Nghệ An [3], tỷ lệ tăng TC là 16,0%, tỷ lệ giảm HDL-c là 11,6%.

Sự khác biệt này có thể do ảnh hưởng của những văn hóa, tập quán sinh hoạt, thói quen hằng ngày ở đồng bào Khmer khác với các cộng đồng khác. Mặt khác, đối tượng trong các nghiên cứu trước là công nhân, là những người tới khám tại bệnh viện chưa thực sự đại diện cho một dân số bình thường.

Ngoài ra, ở cộng đồng Khmer, tỷ lệ RLLM kết hợp từ 2 thành phần trở lên là 30,0%. Tỷ lệ có rối loạn kết hợp TC và TG là 10,0%, kết hợp TC với LDL-c 26,7%, kết hợp TG với LDL-c 6,7%. Những người bị RLLM thường ở dạng rối loạn kết hợp các thành phần lipid máu, đặc biệt ở đồng bào dân tộc Khmer thường có dạng kết hợp giữa TC và LDL.

4.3 Các mối liên quan đến rối loạn lipid máu

Giới. Kết quả cho thấy tỷ lệ tăng TC, TG, LDL-c ở nam cao hơn nữ. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của các tác giả Châu Ngọc Hoa [2], Ninh Thị Nhung [3] và Huỳnh Hữu

Duyên [1].

Nhóm tuổi. Tỷ lệ rối loạn các thành phần TC, TG và LDL-c tăng khi tuổi tăng.

Chế độ ăn mỡ động vật. Tỷ lệ rối loạn TC, TG và LDL-c đều tăng lên ở nhóm ăn nhiều mỡ. Sử dụng nhiều mỡ động vật làm tăng 2,8 lần nguy cơ RLLM, cần đảm bảo cân đối giữa lựa chọn các chất béo.

Hút thuốc lá. Đồng bào Khmer có hút thuốc lá làm tăng khả năng nguy cơ RLLM gấp 2,6 lần so với người không hút. Theo y văn, hút thuốc lá gây tăng LDLc, giảm HDLc, rối loạn chức năng nội mạc và tình trạng tăng đông.

Hoạt động thể lực. Vận động được xem là hình thức bảo vệ sức khỏe tốt nhất. Đồng bào Khmer có tỷ lệ nông nghiệp cao, do đó tỷ lệ người có hoạt động thể lực cao 80,8%. Ở nhóm không hoạt động, tỷ lệ RLLM cao gấp 3,0 lần so với nhóm có hoạt động.

Béo phì. Tỷ lệ RLLM ở nhóm béo phì cao gấp 3,8 lần so với nhóm cân nặng bình thường. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước trong nước như của Lê Văn Trung [4]. Duy trì một cân nặng hợp lý là rất quan trọng để đảm bảo sức khỏe tốt.

Tăng huyết áp. Tỷ lệ RLLM ở người THA cao gấp 5,4 lần. Ở nhóm tăng huyết áp, tỷ lệ rối loạn TC, TG cao hơn so với nhóm không tăng. Nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới cho thấy sự liên quan của hai bệnh lý này. Tác giả Lê Văn Trung [4] kết luận rằng RLLM tăng 2,1 lần ở người THA. Nghiên cứu của Huỳnh Hữu Duyên [1] cho kết quả TG tăng 1,6 lần ở nhóm THA. Báo cáo ICMR-INDIAB [6] ở Ấn Độ cho biết rối loạn TC, TG và LDL-c tăng lên 2,13; 2,45 và 1,84 lần ở người THA. THA kết hợp với tình trạng RLLM làm tăng cao các nguy cơ về tim mạch. Kết quả gợi ý cần đưa ra khuyến cáo rằng nên thường xuyên kiểm tra các chỉ số lipid sớm để có các biện pháp dự phòng, bảo vệ sức khỏe, đặc biệt là ở những người THA.

Rối loạn đường huyết. Kết quả khảo sát cho thấy tỷ lệ người RLLM ở nhóm có chỉ số đường huyết cao gấp 6,9 lần so với



người có chỉ số đường huyết <7mmol/dL. Tỷ lệ tăng TC tăng lên ở nhóm rối loạn đường huyết. Theo tác giả Lê Văn Trung [4], rối loạn TG tăng 2,5 lần ở nhóm đái tháo đường, nghiên cứu của Huỳnh Hữu Duyên [1], tỷ lệ tăng TG cao hơn 1,7 lần ở nhóm đái tháo đường.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ có rối loạn bất kỳ một thành phần lipid máu là 43,3

%. Trong đó, tăng Cholesterol toàn phần là 30,0%; tăng Triglyceride 21,7%, tăng LDL-c là 26,7%, giảm HDL-c là 6,7%. Tỷ lệ rối loạn kết hợp hai chỉ số là 20,0%, rối loạn ba chỉ số 8,3% và rối loạn bốn chỉ số là 1,7%. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh là cao, có liên quan chặt chẽ với tuổi, học vấn, thói quen ăn nhiều mỡ, hút thuốc lá, ít hoạt động thể lực, các bệnh lý béo phì, tăng huyết áp và rối loạn đường huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Huỳnh Hữu Duyên (2013) Rối Loạn chuyển hóa lipid máu và các yếu tố liên quan ở công nhân Công ty Xi-măng Holcim 2013, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
2. Châu Ngọc Hoa (2005) "Lipid và lipoprotein ở người bình thường". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 9 (1), 40 - 42.
3. Ninh Thị Nhung, Nguyễn Xuân Thực (2012) "Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng lipid ở người trưởng thành từ 25-74 tuổi tại một số xã thuộc hai tỉnh Hà Tĩnh và Nghệ An". Tạp chí Y học Thực hành, 1 (802), 10-13.
4. Lê Văn Trung, Lưu Thành Giữ, Trần Văn Út (2003) Khảo sát đặc điểm rối loạn chuyển hóa lipid, lipoprotein máu trên cán bộ thuộc diện quản lý của ban BVSK tỉnh Vĩnh Long, 20/3/2016.
5. Nguyễn Lâm Việt (2007) Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng chữa bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng. Đề tài cấp Bộ. Đại học Y Hà Nội. Hà Nội.
6. R. Joshi Shashank, Mohan Anjana Ranjit, D Mohan, P Rajendra, B Anil, K. D Vinay, et al. (2014) "Prevalence of dyslipidemia in Urban and Rurral India: The ICMR-INDIAB study". PLOS, 9 (5), 44-49.

ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG HỆ THỐNG GIÁM SÁT, XÉT NGHIỆM HIV SAU 10 NĂM THỰC HIỆN LUẬT PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS

Lê Thị Hương¹, Lưu Minh Châu²

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm đánh giá tác động hệ thống giám sát xét nghiệm HIV sau 10 năm thực hiện Luật Phòng, chống HIV/AIDS.

Phương pháp: Tập hợp các văn bản do các cơ quan quản lý Nhà nước có thẩm quyền ban hành từ năm 2007 đến nay, có 13 văn bản quy phạm pháp luật đã được ban hành và hiện đang còn hiệu lực điều chỉnh các quan hệ xã hội phát sinh trong lĩnh vực giám sát, theo dõi đánh giá và xét nghiệm HIV.

Kết quả: Sau 10 năm thực hiện Luật Phòng, chống HIV/AIDS, một số thành tựu trong công tác phòng, chống HIV/AIDS được ghi nhận:

- Các văn bản đảm bảo tính kịp thời đầy đủ, tính thống nhất, đồng bộ và tính khả thi, phù hợp đối với Luật Phòng, chống HIV/AIDS.

- Công tác giám sát dịch tễ học HIV/AIDS được thực hiện tốt. Đến năm 2016, có 40 tỉnh/thành phố triển khai giám sát trọng điểm hàng năm và 63/63 tỉnh thực hiện giám sát phát hiện HIV. Thiết lập được hệ thống báo cáo ca bệnh để thu thập báo cáo các trường hợp nhiễm HIV trên toàn quốc. Số liệu về tình hình dịch HIV luôn được cập nhật liên tục và bảo đảm tính tin cậy.

- Chương trình tư vấn xét nghiệm tự nguyện của Việt Nam đã được mở rộng, số lượng điểm VCT và khách hàng VCT tăng từ 157 điểm năm 2005 lên 270 điểm trong năm 2014. Các mô hình tư vấn xét nghiệm lưu động và tư vấn xét nghiệm do nhân viên y tế đề xuất ngày càng mở rộng. Số người nhận được các dịch vụ VCT trong năm 2014 là 662.605, tăng nhẹ so với năm 2013 là 569.061 người.

- Về công tác xét nghiệm HIV: Đến nay, hệ thống phòng xét nghiệm HIV trên toàn quốc đã có hơn 1000 phòng xét nghiệm sàng lọc HIV, 101 phòng xét nghiệm khẳng định HIV tại 62 tỉnh, thành phố, trong đó có 02 phòng xét nghiệm tham chiếu quốc gia đặt tại Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh. Hoạt động

xét nghiệm HIV đã được triển khai dưới nhiều hình thức khác nhau từ xét nghiệm cố định đến lưu động, xét nghiệm tại cơ sở y tế đến tại cộng đồng và tự xét nghiệm. Xét nghiệm sàng lọc HIV bao phủ đến tuyến quận, huyện và hiện tại đã được triển khai tại tuyến xã.

Kết luận: Các văn bản về giám sát, xét nghiệm HIV nhằm cơ bản đáp ứng được yêu cầu của công tác phòng, chống HIV/AIDS, tuy nhiên vẫn còn nhiều bất cập và chông chéo do chưa được sửa đổi kịp thời.

Từ khóa: Giám sát, theo dõi và đánh giá, xét nghiệm HIV, Luật Phòng, chống HIV/AIDS.

SUMMARY

ASSESSING THE IMPACTS OF HIV/AIDS TESTING MONITORING SYSTEM AFTER 10 YEARS OF HIV/AIDS LAWS IMPLEMENTATION

Objective: The study assessed the impact of HIV testing monitoring system after 10 years of HIV/AIDS Laws implementation.

Methods: Gathering documents issued by the authority government agencies issued since 2007, there were 13 legal documents had been issued and currently in force with arising society relations in the field of surveillance, monitoring, evaluation and HIV testing.

Results: After 10 years implementing HIV/AIDS Laws, a number of achievements were recognized:

- The documents ensured adequate timeliness, consistency, integrated and feasible, consistent with HIV/AIDS Laws.

- The HIV/AIDS epidemiological surveillance was well implemented. By 2016, there were 40 provinces/cities implemented the annual sentinel surveillance and 60/60 provinces implemented HIV detection monitoring. Established report system to collect HIV/AIDS case reports nationwide. HIV status data was updated continuously and reliability.

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS

2. Học Viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam. ĐT: 0963171071

- The voluntary counseling and testing voluntary program of Vietnam had been expanding, the number of VCT points and VCT clients increased from 157 points in 2005 to 270 points in 2014. The mobile counseling models and testing counseling recommended by the medical staffs had been expanding. The number of people received VCT services in 2014 was 662,605, slightly increased compared to 2013 was 569,061 people.

- Regarding HIV test, until now HIV testing laboratory nationwide system nationwide had more than 1,000 HIV screening laboratories, 101 confirmatory laboratories HIV in 62 provinces and cities, including 02 national reference laboratories located in Hanoi and Ho Chi Minh City. HIV testing activities had been implemented in many different forms from fixed to mobile testing and from health facilities testing to community-testing and self-testing. HIV screening laboratories had expanded to the district and now had been implemented in communes.

Conclusion: The HIV monitoring and testing basically met the requirements of HIV/AIDS prevention; however, there were still many gaps and overlaps because of not modify on time.

Keywords: Monitoring, monitoring and evaluation, HIV testing, HIV / AIDS Law.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xác định rõ HIV/AIDS là một đại dịch nguy hiểm, là mối hiểm họa đối với tính mạng, sức khỏe con người nên từ năm 2004, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 và tiếp đó ngày 12 tháng 07 năm 2006, Quốc hội đã ban hành Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) (sau đây gọi tắt là Luật Phòng, chống HIV/AIDS). Để tìm hiểu thực trạng, các mặt tích cực, tồn tại của hoạt động phòng, chống HIV/AIDS nói chung và lĩnh vực giám sát, xét nghiệm HIV nhằm phát hiện các tình huống nảy sinh trong quá trình quản lý giám sát, xét nghiệm HIV chúng tôi tiến hành “Đánh giá tác động hệ thống giám sát xét nghiệm HIV sau 10 năm thực hiện Luật Phòng, chống HIV/AIDS”. Kết quả đánh giá giúp phân tích xác định những nguyên nhân tồn tại và tìm ra giải pháp quản lý có hiệu lực, hiệu quả trong giám sát, xét nghiệm HIV. Việc đánh giá này cũng nhằm thực hiện đúng các quy định của Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các văn bản quy phạm pháp luật đã được ban hành và hiện đang còn hiệu lực điều chỉnh các

quan hệ xã hội phát sinh trong lĩnh vực giám sát, theo dõi đánh giá và xét nghiệm HIV.

Phương pháp nghiên cứu: Tập hợp 60 văn bản do các cơ quan quản lý Nhà nước có thẩm quyền ban hành từ năm 2006 đến nay về phòng, chống HIV/AIDS thuộc tất cả các lĩnh vực giám sát, can thiệp giảm hại, điều trị ARV... Sau đó nhóm nghiên cứu tiến hành rà soát 13 văn bản về lĩnh vực giám sát, xét nghiệm HIV và phân tích các nội dung hướng dẫn trong văn bản với các kết quả đạt được và những bất cập còn tồn tại hiện nay đối với hệ thống giám sát, xét nghiệm HIV và sự kết nối của hệ thống giám sát, xét nghiệm HIV với các hệ thống khác.

Bảng 1. Thống kê số lượng văn bản ban hành qua các năm

STT	Năm ban hành	Tổng cộng	Tỷ lệ %
1	2007	11	18.33
2	2008	5	8.34
3	2009	2	3.33
4	2010	8	13.33
5	2011	6	10.00
6	2012	6	10.00
7	2013	8	13.33
8	2014	5	8.33
9	2015	7	11.67
10	2016	2	3.34
	Cộng	60	100

Bảng 2. Thống kê các văn bản thuộc lĩnh vực giám sát và xét nghiệm

TT	Tên văn bản, cơ quan ban hành
1.	Luật số 64/2006/QH11 Ngày 29/6/2006 của Quốc hội quy định Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
2.	Nghị định số 176/2013/NĐ-CP ngày 14/11/2013 của Chính phủ quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế.
3.	Nghị định số 75/2016/NĐ-CP Ngày 01/7/2016 của Chính phủ Quy định điều kiện thực hiện xét nghiệm HIV.
4.	Quyết định số 08/2007/QĐ-BYT Ngày 19/01/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt Chương trình hành động giám sát HIV/AIDS theo dõi, đánh giá chương trình.
5.	Thông tư số 01/2010/TT-BYT Ngày 06/01/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định trách nhiệm, trình tự thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính.

TT	Tên văn bản, cơ quan ban hành
6.	Thông tư số 33/2011/TT-BYT Ngày 26/8/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc xét nghiệm HIV bắt buộc trong một số trường hợp cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho người bệnh.
7.	Thông tư số 06/2012/TT-BYT Ngày 20/4/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về điều kiện thành lập và nội dung hoạt động đối với tổ chức tư vấn về phòng, chống HIV/AIDS.
8.	Thông tư số 09/2012/TT-BYT Ngày 24/5/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục.
9.	Thông tư số 15/2013/TT-BYT Ngày 24/5/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn bảo đảm chất lượng thực hiện kỹ thuật xét nghiệm HIV.
10.	Thông tư số 42/2013/TT-BYT Ngày 29/11/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế Sửa đổi, bổ sung Thông tư số 15/2013/TT-BYT ngày 24/5/2013 của Bộ Y tế hướng dẫn bảo đảm chất lượng thực hiện kỹ thuật xét nghiệm HIV.
11.	Thông tư số 32/2013/TT-BYT Ngày 17/10/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn quản lý, theo dõi điều trị người nhiễm HIV và người phơi nhiễm với HIV.
12.	Thông tư số 01/2015/TT-BYT ngày 27/02/2015 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn tư vấn phòng, chống HIV/AIDS tại cơ sở y tế.
13.	Thông tư số 03/2015/TT-BYT ngày 16/3/2015 của Bộ Y tế về việc quy định chế độ báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Kết quả đánh giá hệ thống văn bản về giám sát, xét nghiệm HIV

Tính kịp thời đầy đủ của việc ban hành văn bản hướng dẫn thực hiện Luật Phòng, chống HIV/AIDS liên quan đến lĩnh vực giám sát, theo dõi đánh giá và xét nghiệm HIV cơ bản đáp ứng yêu cầu của công tác phòng, chống HIV/AIDS. Tuy nhiên vẫn còn có văn bản chậm sửa đổi ví dụ như Quyết định số 3052/2002/QĐ-BYT hướng dẫn ban hành tiêu chuẩn của phòng xét nghiệm khẳng định HIV dương tính được ban hành năm 2002 trước khi Luật ra đời tuy nhiên đến năm 2013 mới có văn bản thay thế.

Tính thống nhất, đồng bộ: Văn bản hướng dẫn thi hành Luật Phòng, chống HIV/AIDS về lĩnh vực giám sát, theo dõi đánh giá và xét nghiệm HIV được ban hành với nhiều hình thức và cấp có thẩm quyền ban hành khác nhau. Tuy nhiên, tính nhất quán, đồng bộ trong hệ thống văn bản pháp luật khá cao. Các văn bản quy phạm pháp luật về phòng, chống HIV/

AIDS được xây dựng bảo đảm tính thống nhất pháp lý theo trình tự hiệu lực pháp lý trên cơ sở của đạo luật gốc là Hiến pháp để quy định, điều chỉnh các quan hệ xã hội về lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS không có văn bản nào mâu thuẫn với Hiến pháp tức là không xuất hiện các xung đột pháp luật. Luật Phòng, chống HIV/AIDS được ban hành là cơ sở pháp lý quan trọng để Ủy ban thường vụ Quốc hội, Chính phủ, Bộ Y tế, Liên tịch ban hành các văn bản quy phạm pháp luật nhằm cụ thể hoá những quy định mang tích nguyên tắc của Luật. Có thể nói, về cơ bản hệ thống pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS bảo đảm tính thống nhất pháp lý, hoàn chỉnh và đồng bộ.

Tính khả thi, phù hợp: Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS về lĩnh vực giám sát, theo dõi đánh giá và xét nghiệm HIV gồm Luật Phòng, chống HIV/AIDS và các văn bản dưới luật về cơ bản đã bảo đảm tính phù hợp, khả thi và đáp ứng được yêu cầu của thực tiễn. Trong đó nổi lên hai nội dung chính là hệ thống pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS đã tạo điều kiện thuận lợi cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS được triển khai đồng bộ, hiệu quả và quyền của người nhiễm HIV đã được bảo đảm tương đối tốt. Nhưng vẫn tồn tại một số những điểm chưa phù hợp giữa các Thông tư, Quyết định ra sau với các Thông tư, Quyết định cũ như: Quyết định 3047/QĐ-BYT ngày 22 tháng 07 năm 2015 về “Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS” ra đời thay thế cho Quyết định 3003/QĐ-BYT và QĐ 4139/QĐ-BYT, đã đưa ra 1 số thay đổi cập nhật tình hình mới của thế giới. Tuy nhiên các Quyết định liên quan như 1053/QĐ-BYT ngày 02 tháng 04 năm 2010 về “Hướng dẫn xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi”, 1921/QĐ-BYT ngày 05 tháng 06 năm 2013 về “Hướng dẫn thực hiện xét nghiệm tải lượng HIV 1 trong theo dõi điều trị HIV/AIDS” vẫn giữ nguyên những trích dẫn và các hướng dẫn điều trị cũ của Quyết định 3003. Điều này đã gây tranh cãi nhiều cho các bác sỹ điều trị và cần được sửa đổi lại Quyết định 1053 và 1921.

Một số nội dung không còn khả thi: Về cơ sở xét nghiệm HIV đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính (Điều 29- Luật 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006), hiện nay chỉ quy định thẩm quyền là Bộ trưởng Bộ Y tế tuy nhiên xu hướng đang mở rộng việc khẳng định các trường hợp HIV dương tính đến các cơ sở y tế tuyến huyện nên việc chỉ quy định thẩm quyền là Bộ trưởng Bộ Y tế sẽ gây khó khăn cho việc bố trí thời gian và nhân lực để tiến hành thẩm định. Đồng thời hiện nay, Luật Phòng, chống HIV/AIDS chưa tiến hành phân loại các loại hình xét nghiệm HIV nên việc hướng dẫn còn khó khăn. Việc quy định điều kiện và thẩm quyền đối với phòng tham chiếu HIV tại Thông tư không còn phù



hợp với Luật đầu tư nên cần thiết phải có cơ chế pháp lý đối với nội dung này.

Các biểu mẫu xét nghiệm hiện nay còn nhiều vấn đề chưa phù hợp với thực tế hiện nay (868/2005/QĐ-BYT – 7 Biểu mẫu dành cho phòng xét nghiệm HIV) gây ra khó khăn và chông chéo trong việc sử dụng tại các tuyến Bệnh viện hoặc giữa các Biểu mẫu trong giám sát trọng điểm. Việc thay đổi quyết định này là cần thiết để giảm bớt gánh nặng giấy tờ và việc sao chép sai lệch kết quả của bệnh nhân.

2. Các kết quả chuyên môn đạt được:

Công tác giám sát dịch tễ học HIV/AIDS được thực hiện nhằm mục đích xác định tỷ lệ nhiễm HIV và phân bố nhiễm HIV trong các nhóm dân cư, theo dõi chiều hướng tỷ lệ nhiễm HIV theo thời gian, xác định nhóm có nguy cơ nhiễm HIV cao, xác định sự thay đổi các hình thái lây truyền HIV và dự báo tình hình nhiễm HIV. Đến năm 2016, có 40 tỉnh/thành phố triển khai giám sát trọng điểm hàng năm và 63/63 tỉnh thực hiện giám sát phát hiện HIV. Một số tỉnh đã triển khai giám sát trọng điểm kết hợp với giám sát hành vi và giám sát STI. Song song với đó là hệ thống báo cáo ca bệnh để thu thập báo cáo các trường hợp nhiễm HIV trên toàn quốc. Phần mềm HIV Info 2.1 được cập nhật thành phiên bản HIV Info 3.0 giúp các cán bộ TD-ĐG báo cáo chính xác hơn về các trường hợp HIV ở địa phương. Các hoạt động theo dõi, đánh giá được triển khai định kỳ.

Với ban hành các quy định về quy trình giám sát và phương pháp giám sát góp phần nâng cao chất lượng của công tác giám sát, từ đó bảo đảm xác định chính xác tình hình dịch HIV/AIDS. Qua đó, số liệu về tình hình dịch HIV luôn được cập nhật liên tục và bảo đảm tính tin cậy không chỉ được sử dụng trong công tác chuyên môn phòng, chống HIV/AIDS mà còn là cơ sở thực tiễn quan trọng cho công tác hoạch định chính sách.

Chương trình tư vấn xét nghiệm tự nguyện của Việt Nam đã được mở rộng trong những năm gần đây, với số lượng điểm VCT và khách hàng VCT tăng từ 157 điểm năm 2005 lên 244 điểm trong năm 2008, 256 điểm trong năm 2009, 317 điểm trong năm 2011, 485 điểm trong năm 2013 và giảm xuống còn 270 điểm trong năm 2014. Trong năm 2014, các điểm VCT hoạt động thiếu hiệu quả với số khách hàng thấp đã bị đóng cửa nhưng các mô hình tư vấn xét nghiệm lưu động và tư vấn xét nghiệm do nhân viên y tế đề xuất ngày càng mở rộng. Số người nhận được các dịch vụ VCT trong năm 2014 là 662.605, tăng nhẹ so với năm 2013 là 569.061 người. Các nỗ lực nhằm tăng diện bao phủ và hiệu suất của dịch vụ xét nghiệm HIV đã làm tăng số người biết được tình trạng nhiễm HIV của mình.

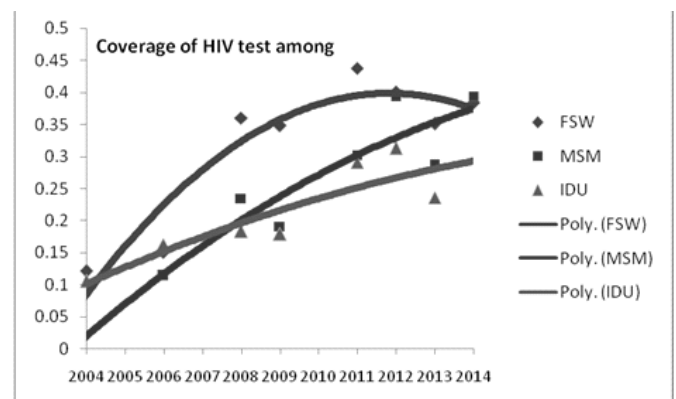
Về việc triển khai công tác xét nghiệm HIV: Đến nay,

hệ thống phòng xét nghiệm HIV trên toàn quốc đã có hơn 1000 phòng xét nghiệm sàng lọc HIV, 101 phòng xét nghiệm khẳng định HIV tại 62 tỉnh, thành phố, trong đó có 02 phòng xét nghiệm tham chiếu quốc gia đặt tại Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh. Nhằm tăng độ bao phủ dịch vụ, các hoạt động xét nghiệm HIV đã được triển khai dưới nhiều hình thức khác nhau từ xét nghiệm cố định đến lưu động, xét nghiệm tại cơ sở y tế đến tại cộng đồng và tự xét nghiệm. Xét nghiệm HIV tại Việt Nam được thực hiện theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), bao gồm 3 chiến lược: (1) sàng lọc HIV, (2) giám sát dịch và (3) chẩn đoán các trường hợp nhiễm HIV.

Xét nghiệm sàng lọc HIV bao phủ đến tuyến quận, huyện và hiện tại đã được triển khai tại tuyến xã. Trung bình hằng năm trên toàn quốc thực hiện 2 triệu mẫu xét nghiệm. Công tác quản lý đảm bảo chất lượng xét nghiệm cũng đã được quan tâm triển khai và thực hiện ở tất cả các cơ sở xét nghiệm chuyên sâu, Công tác quản lý, đánh giá chất lượng sinh phẩm xét nghiệm đã và đang được chuẩn hóa đồng bộ từ việc xây dựng ngân hàng mẫu, đánh giá sinh phẩm trước thị trường, xây dựng phương cách xét nghiệm HIV. Năm 2014, Bộ Y tế đã phê duyệt phương cách xét nghiệm HIV mới, theo đó áp dụng 3 xét nghiệm nhanh để chẩn đoán sơ bộ nhiễm HIV và cho kết quả trong cùng ngày. Phương cách này sẽ được triển khai tại các tuyến cung cấp dịch vụ. Kết quả xét nghiệm HIV sẽ được khẳng định tại phòng xét nghiệm tuyến quận huyện. Để tăng cường tính tiếp cận, xét nghiệm HIV được giới thiệu qua nhiều cách thức như: cán bộ y tế đề xuất, người sử dụng dịch vụ tự đề xuất, và xét nghiệm di động. Các tổ chức xã hội cũng được huy động tham gia giới thiệu người có nguy cơ cao tới các dịch vụ xét nghiệm HIV.

Theo các nghiên cứu được triển khai từ năm 2004-2014, tỷ lệ người có hành vi nguy cơ cao được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm tăng từ 10% trong năm 2004 lên 30-40% trong năm 2014.

Biểu đồ 1. Độ bao phủ xét nghiệm HIV trong nhóm nguy cơ cao



3. Tồn tại, bất cập:

Bên cạnh kết quả đã đạt được thì mức độ tiếp cận với dịch vụ xét nghiệm HIV ở một số nhóm quần thể có hành vi nguy cơ cao hoặc ở quần thể khó tiếp cận vẫn ở mức thấp. Theo thống kê của WHO năm 2010, tỷ lệ bao phủ dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV tại Việt Nam cho 100.000 dân là 1,3 thấp hơn Thái Lan (3,5) và Campuchia (3,2).

Công tác bảo đảm chất lượng xét nghiệm HIV phần lớn phụ thuộc vào chương trình ngoại kiểm của các nước trên thế giới và trong khu vực. Việt Nam chỉ cung cấp được chương trình ngoại kiểm về huyết thanh học HIV đối với 100% cơ sở xét nghiệm khẳng định HIV, 37,8% cơ sở xét nghiệm sàng lọc HIV.

Công tác tư vấn mặc dù đã được triển khai rộng khắp tuy nhiên tại nhiều nơi, đặc biệt là các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì việc tư vấn trước và sau xét nghiệm HIV còn chưa được thực hiện hoặc thực hiện còn mang tính hình thức.

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Cần bổ sung phân loại các loại xét nghiệm bao gồm: xét nghiệm sàng lọc và xét nghiệm khẳng định HIV. Từ đó, quy định hoặc ủy quyền cho Chính phủ quy định về điều kiện thực hiện các loại xét nghiệm này.

Bổ sung quy định về phòng xét nghiệm tham chiếu quốc

gia về HIV và quy định về điều kiện và thủ tục công nhận phòng xét nghiệm tham chiếu quốc gia.

Về cơ sở xét nghiệm HIV đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính (Điều 29): Sửa đổi về thẩm quyền cấp giấy chứng nhận cơ sở xét nghiệm HIV đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính. Theo đó, mở rộng thẩm quyền cho các Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương để bảo đảm tính khả thi và phù hợp với xu hướng mở rộng việc khẳng định các trường hợp HIV dương tính đến các cơ sở y tế tuyến huyện.

Cần sửa đổi lại Quyết định 1053/QĐ-BYT, quyết định 1921/QĐ-BYT cho phù hợp với những điều đã được sửa đổi trong Quyết định 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quản lý chăm sóc và điều trị HIV/AIDS.

Cần sửa lại các Biểu mẫu xét nghiệm (Quyết định 868/QĐ-BYT ngày 29/3/2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế) cho phù hợp và thuận tiện theo thực tế.

Xem xét lại Thông tư 15/2013/TT-BYT ngày 24/5/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Hướng dẫn đảm bảo chất lượng thực hiện kỹ thuật xét nghiệm có sự chồng chéo về các tiêu chuẩn, điều kiện với nghị định 75/2016/NĐ-CP ngày 1/7/2016 của Thủ tướng Chính phủ về việc Quy định điều kiện thực hiện xét nghiệm HIV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 và 2013 của Bộ Y tế.
2. Báo cáo UNGASS lần 4, lần 5 của Việt Nam.
3. Điều tra đánh giá các chỉ số mục tiêu (MICS4). Tổng cục Thống kê, 2010 và 2014.
4. Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên tại Việt Nam từ 14-25 tuổi (SAVY). Tổng cục Thống kê, 2009.
5. Quyền lao động của người nhiễm HIV/AIDS và quyền của người sử dụng lao động ở Việt Nam hiện nay – PGS.TS Nguyễn Chí Dũng.
6. Đánh giá cuối kỳ dự án phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam.
7. Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2013



ĐIỀU KIỆN CƠ SỞ VẬT CHẤT, TRANG THIẾT BỊ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN YÊN KHÁNH TỈNH NINH BÌNH NĂM 2015

Ngô Thanh Bình¹, Đặng Thị Vân Quý¹

TÓM TẮT

Kết quả khảo sát điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị tại Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Khánh tỉnh Ninh Bình năm 2015 cho thấy cơ sở hạ tầng của bệnh viện đã được xây dựng hoàn chỉnh với diện tích 12.197m². Các khu nhà của bệnh viện đã đáp ứng được điều kiện làm việc của nhân viên y tế và khám chữa bệnh, điều trị bệnh nhân vượt chỉ tiêu được giao hàng năm. Các điều kiện về vệ sinh môi trường, an toàn phóng xạ, phòng cháy chữa cháy được kiện toàn đảm bảo an toàn cho bệnh viện theo quy định. Các trang thiết bị y tế phục vụ cho khám, xét nghiệm, điều trị bệnh, được trang bị đầy đủ so với yêu cầu của một bệnh viện đa khoa tuyến huyện.

Từ khóa: Vệ sinh bệnh viện, Bệnh viện Yên Khánh.

ABSTRACT:

FACILITIES, EQUIPMENT AND CONDITIONS OF CURATIVE CARE IN GENERAL HOSPITAL OF YENKHAH DISTRICT, NINH BINH PROVINCE IN 2015

The survey results of facilities and equipment in General hospital Yenkhanh district, Ninh Binh province in 2015 showed that the infrastructure of the hospital was completely built with the area of 12.197m². The buildings of the hospital have met the working conditions of health workers and health care, treating patients beyond the annual assigned targets. The conditions of environmental hygiene, radiation safety, and fire safety were strengthened to ensure the safety of the hospital as required. The medical equipment for examination and testing, treatment were fully equipped as the requirements of a district general hospital.

Keywords: Hospital hygiene, Yenkhanh hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Qua hơn 30 năm đổi mới, công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân ở nước ta đã đạt được nhiều thành tựu

quan trọng. Mạng lưới y tế ngày càng được củng cố, các dịch vụ y tế ngày một đa dạng, nhiều công nghệ mới được nghiên cứu ứng dụng, nhân dân được chăm sóc tốt hơn. Tuy nhiên công tác bảo vệ chăm sóc sức khỏe ở nước ta vẫn còn một số bất cập, trong đó có vấn đề về chất lượng dịch vụ y tế chưa đáp ứng nhu cầu ngày càng đa dạng của nhân dân, những vi phạm đạo đức nghề nghiệp của một số cán bộ y tế chậm được khắc phục...

Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Khánh là bệnh viện hạng III trực thuộc Sở Y tế Ninh Bình. Trong những năm gần đây, bệnh viện đã được sự quan tâm của lãnh đạo Sở Y tế nên cơ sở vật chất của bệnh viện ngày càng được nâng cao hơn, do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

Đánh giá điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị và thực trạng khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh tỉnh Ninh Bình năm 2015.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Khánh

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Cơ sở vật chất, trang thiết bị.
- Sổ sách, biểu mẫu năm 2015 tại Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang kết hợp với nghiên cứu hồi cứu.

* **Thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 11 năm 2015 đến hết tháng 04 năm 2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

* Cơ sở hạ tầng:

- Diện tích mặt bằng bệnh viện: 12.197 m², diện tích xây dựng sử dụng: 3.507 m² chiếm 28,7%.

1. Đại học Y - Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 09/02/2017 | » Ngày phản biện: 13/02/2017 | » Ngày duyệt đăng: 20/02/2017

Bảng 3.1. Thực trạng cơ sở hạ tầng, xây dựng cơ bản tại Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình

Tên nhà	Số tầng	Diện tích (m ²)	Năm sử dụng	Công năng sử dụng
Phòng khám bệnh	2	552	1997	KCB, điều trị ngoại trú
Nhà điều trị nội trú	2	576	1997	Khoa Ngoại, Sản, Nhi, Cấp cứu
Nhà điều hành	2	386	2009	Ban giám đốc và các phòng chức năng
Khoa Dinh dưỡng	1	96	2005	Khoa dinh dưỡng
Khoa Truyền nhiễm	1	160	2005	Khoa Truyền nhiễm
Kho Dược	1	86	2005	Kho Dược
Khoa Nội-Đông y	3	807	2005	Khoa Nội-Đông y
Nhà cầu	2	137	2005	Nhà cầu
Nhà giặt là	1	96	2005	Nhà giặt là
Nhà bảo vệ	1	48	2009	Nhà bảo vệ
Khu xử lý chất thải		508	2005	Khu xử lý chất thải
Nhà xác	1	55	2005	Nhà xác

Hiện tại, Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Khánh đã có đủ các phòng chức năng cần thiết để đáp ứng nhu cầu khám bệnh và chữa bệnh của người dân. Bệnh viện có đầy đủ hội trường lớn, phòng họp giao ban đủ chỗ cho các cuộc họp cơ quan và các cuộc họp thường xuyên của bệnh viện.

*** Các điều kiện về môi trường**

- Xử lý chất thải bệnh viện: Hệ thống thoát nước được thu gom vào bể chứa và xử lý bằng Cloramin B tại cuối nguồn nước thải trước khi thải ra môi trường; Hợp đồng xử lý rác thải sinh hoạt với công ty môi trường đô thị huyện Yên Khánh.

- An toàn bức xạ và quan trắc môi trường: Bệnh viện thực hiện đầy đủ các quy định về đảm bảo an toàn bức xạ, có giấy phép hoạt động thiết bị bức xạ, định kỳ được Trung tâm đo lường chất lượng của Sở Khoa học Công nghệ tỉnh Ninh Bình kiểm tra, giám sát.

*** Hệ thống phụ trợ khác**

- Phòng cháy chữa cháy: Có chứng nhận thẩm duyệt về

phòng cháy chữa cháy, biên bản nghiệm thu về hệ thống phòng cháy chữa cháy. Giấy chứng nhận huấn luyện nghiệp vụ PCCC của Phòng Cảnh sát PCCC.

- Khí y tế: Có 10 bình oxy 45 lít và 02 bình oxy xe cứu thương.
- Máy phát điện: 02 máy phát điện công suất 200W.

- Thông tin liên lạc, giám sát: Qua Internet, mạng LAN, phần mềm Quản lý BV DTsoft và 20 cổng điện thoại. Hệ thống Camera giám sát gồm 16 cổng.

- Cơ sở hạ tầng hiện tại đảm bảo tốt cho công tác phục vụ bệnh nhân, phòng điều trị nội trú, phòng làm việc rộng rãi thoáng mát. Các điều kiện về môi trường và hệ thống phụ trợ an toàn hợp lý.

Bệnh viện chưa có hệ thống xử lý chất thải lỏng nên chưa đảm bảo an toàn vệ sinh môi trường.

Bảng 3.2. Các trang thiết bị phục vụ cho hồi sức cấp cứu

Tên thiết bị	SL theo quy định	Số hiện có	Tỷ lệ
Monitor theo dõi bệnh nhân	2	2	2/2
Máy tạo oxy di động	2	2	2/2
Bình oxy	10	10	10/10
Máy hút điện	2	2	2/2
Máy hút chạy liên tục	2	0	0/2
Bộ dụng cụ mở khí quản	2	2	2/2
Bóp bóng cơ bóp người lớn	3	2	2/3
Bóp bóng hô hấp trẻ em	2	2	2/2
Máy phát điện dự phòng	1	2	2/1
Ống Faucher rửa dạ dày	10	10	10/10
Cathele tĩnh mạch	10	10	10/10
Máy điện tim	1	2	2/1
Giường cấp cứu	10	15	15/10

Kết quả bảng trên cho thấy Bệnh viện đã được trang bị khá đầy đủ các trang thiết bị phục vụ cho hồi sức cấp cứu theo Quyết định 437/QĐ- BYT của Bộ Y tế, tuy nhiên vẫn còn một số trang thiết bị chưa có hoặc có không đầy đủ như máy hút chạy liên tục và bóp bóng cơ bóp người lớn.



Bảng 3.3. Các Trang thiết bị phục vụ cho công tác khám chữa bệnh

Tên thiết bị	SL theo quy định	Số hiện có	Tỷ lệ
Ổng nghe bệnh người lớn	6	7	7/6
Ổng nghe bệnh trẻ em	2	2	2/2
Huyết áp kế người lớn	6	7	7/6
Huyết áp kế trẻ em	2	2	2/2
Nhiệt kế Y học	20	20	20/20
Đèn đọc phim X. quang	6	7	7/6
Tủ sấy điện	2	2	2/2
Tủ đựng dụng cụ	2	2	2/2
Bàn đẩy dụng cụ	4	4	4/4
Máy điện tim	1	2	2/1
Bộ dụng cụ tiểu phẫu	2	2	2/2
Búa thử phân xạ	4	5	5/4
Xe đẩy bệnh nhân	2	2	2/2
Giường khám bệnh người lớn	6	7	7/6
Giường khám bệnh trẻ em	2	2	2/2

Kết quả bảng trên cho thấy Bệnh viện đã được trang bị khá đầy đủ các trang thiết bị phục vụ cho công tác khám chữa bệnh thường xuyên, các trang thiết bị này đều được đáp ứng đủ và vượt so với số lượng quy định.

Bảng 3.4. Các máy, dụng cụ phục vụ cho xét nghiệm, cận lâm sàng

Tên thiết bị	SL theo quy định	Số hiện có	Tỷ lệ
Máy điện tim	2	4	4/2
Máy xét nghiệm huyết học	1	3	3/1
Máy sinh hóa bán tự động	1	1	1/1
Máy xét nghiệm nước tiểu	1	2	2/1
Máy nội soi TMH	1	1	1/1
Máy X.Quang	1	2	2/1
Máy siêu âm	2	3	3/2

Về trang thiết bị phục vụ cho xét nghiệm, cận lâm sàng. Kết quả cho thấy bệnh viện đều đáp ứng đủ và vượt về số lượng các trang thiết bị này.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tổng diện tích mặt bằng của Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Khánh là 12.197 m², trong đó diện tích xây dựng chiếm 28,7%. Với thực trạng như vậy, theo chúng tôi là tương đối hợp lý, bởi theo quy chuẩn về vệ sinh xây dựng bệnh viện thì diện tích xây dựng trong bệnh viện chỉ được phép là 15% - 20%, diện tích dành cho việc trồng cây xanh, thảm cỏ, vườn hoa là 60%, diện tích còn lại dành cho các công trình khác như khu vệ sinh, lối đi lại, chỗ để xe... Như vậy với tỷ lệ khu đất dành cho xây dựng và khu đất còn lại dành cho các khu vực khác của Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh đã đáp ứng được tiêu chuẩn đặt ra theo quy định.

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy các khu nhà làm việc của Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh hầu hết là nhà 1 tầng, một số khu nhà là nhà 2 tầng và hầu hết các công trình xây dựng được đưa vào sử dụng từ năm 2005 (đã có khoảng 10 năm sử dụng cho đến nay). Theo nhận xét và đánh giá của chúng tôi thì đây là một sự cố gắng đầu tư của tỉnh Ninh Bình nói chung và của huyện Yên Khánh nói riêng đối với công tác phát triển bệnh viện.

Về các điều kiện về môi trường và các điều kiện phụ trợ khác của bệnh viện, khi khảo sát chúng tôi thấy đã có sự đầu tư và quan tâm đúng mức của địa phương và sự tự chăm lo hoàn thiện của Ban lãnh đạo Bệnh viện. Trong nước thải bệnh viện được hệ thống thu gom và thoát nước vào bể chứa và xử lý bằng Cloramin B tại cuối nguồn nước thải trước khi thải ra môi trường. Việc xử lý rác thải sinh hoạt cũng đã được bệnh viện hợp đồng với Công ty Môi trường đô thị huyện Yên Khánh. Tuy nhiên chúng tôi có suy nghĩ rằng cần phải có những giám sát thường xuyên định kỳ về vấn đề này để đảm bảo nước thải, rác thải y tế và nước thải, rác thải sinh hoạt không thể ảnh hưởng tới môi trường xung quanh Bệnh viện cũng như ảnh hưởng tới khu dân cư lân cận. Bệnh viện đã thực hiện được các quy định về đảm bảo an toàn bức xạ, có giấy phép hoạt động thiết bị bức xạ, định kỳ được Trung tâm đo lường chất lượng của Sở Khoa học Công nghệ tỉnh Ninh Bình kiểm tra, giám sát.

Kết quả điều tra về các vật tư, trang thiết bị phục vụ cho công tác chuyên môn ở các bảng từ 3.2 đến 3.4 cho ta thấy hầu hết các trang bị, máy móc thiết yếu tại bệnh viện đã được trang bị đầy đủ. Hiện tại Bệnh viện thực hiện được 100% kỹ thuật theo phân tuyến, tự triển khai trên 5 kỹ thuật mới/ năm. Bệnh viện có hệ thống theo dõi báo cáo sự cố;

Thực hiện đầy đủ Quy chế cấp cứu, có đủ phương tiện, cơ sở thuốc cấp cứu, thực hiện tốt các thao tác cấp cứu và chế độ điều trị chăm sóc toàn diện.

V. KẾT LUẬN

- Diện tích mặt bằng của Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Khánh cơ bản đáp ứng được yêu cầu (diện tích 12.197m²), cơ sở hạ tầng của bệnh viện đã cơ bản được xây dựng và hoàn chỉnh. Các khu nhà của bệnh viện đã đáp ứng được nơi

hội họp, sinh hoạt chuyên môn, nơi làm việc của NVYT và nơi khám chữa bệnh, điều trị bệnh nhân tới bệnh viện đạt và vượt chỉ tiêu được giao hàng năm .

- Các điều kiện về vệ sinh môi trường, an toàn phóng xạ, phòng cháy chữa cháy đều được kiện toàn đảm bảo an toàn cho bệnh viện theo quy định.

- Các trang thiết bị y tế phục vụ cho khám, xét nghiệm, điều trị bệnh, về cơ bản là đủ so với yêu cầu của một bệnh viện đa khoa tuyến huyện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Bộ Y tế (2012)**, Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2012.
2. **Bộ Y tế (2013)**, Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22 tháng 4 năm 2013 về việc ban hành Hướng dẫn quy trình khám bệnh tại Khoa khám bệnh của bệnh viện.
3. **Bộ Y tế (2013)**, Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 3 tháng 12 năm 2013 về việc ban hành thí điểm Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện.



THỰC TRẠNG NHÂN LỰC, TRANG THIẾT BỊ ĐÁP ỨNG NHU CẦU KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN YÊN KHÁNH TỈNH NINH BÌNH NĂM 2015

Phạm Văn Trọng¹, Ngô Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Qua khảo sát thực trạng khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh tỉnh Ninh Bình năm 2015 chúng tôi thu được kết quả: Trang thiết bị phục vụ khám chữa bệnh được trang bị đầy đủ. Nguồn nhân lực trong bệnh viện đảm bảo chỉ tiêu về số lượng nhưng tỷ lệ bác sĩ/điều dưỡng chưa đáp ứng so với yêu cầu. Bác sĩ có trình độ sau đại học còn ít. Số các nhân viên y tế làm việc theo cơ cấu chuyên môn khối hành chính 13% và khối cận lâm sàng và dược là 23% và khối lâm sàng (64%). Nhân viên y tế có trình độ bác sĩ là 24,4%; Điều dưỡng chiếm 26,9%; Y sĩ chiếm 12,8%. Khả năng cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh còn hạn chế do số lượng cán bộ còn thiếu nhiều so với yêu cầu.

Từ khóa: Khám chữa bệnh, Bệnh viện Yên Khánh

ABSTRACT:

CURRENT CURATIVE CARE SITUATION IN GENERAL HOSPITAL OF YENKHAH DISTRICT, NINHBINH PROVINCE IN 2015

Through the survey, curative care situation in General hospital of Yenkanh district, Ninhbinh province in 2015, we obtained the results: Equipment serving healthcare services was fully equipped. Human resources in the hospital ensured the quantitative criterion but the rate of doctors and nurses did not meet the requirement. The number of doctors with postgraduate qualifications was still limited. The number of medical staff working in administration was 13%, in laboratory and pharmacy was 23%, and in clinical was 64%. Medical personnel qualified doctor was 24.4%; Nurses accounted for 26.9%; high school nurses were 12.8%. The capability of providing health care services is limited because of lack of staff as required.

Keywords: Curative care, Yenkanh hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Khánh là Bệnh viện hạng

1. Đại học Y - Dược Thái Bình

III trực thuộc Sở Y tế Ninh Bình. Trong những năm gần đây, bệnh viện đã được sự quan tâm của lãnh đạo Sở Y tế nên cơ sở vật chất của bệnh viện ngày càng được nâng cao hơn, cán bộ bệnh viện được đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn ngày càng nhiều. Nhưng tỷ lệ người bệnh đến khám bệnh giảm nhẹ, năm 2013 tỷ lệ khám chữa bệnh giảm một phần do tâm lý của người dân tin tưởng nhiều hơn vào các bệnh viện tuyến trên. Câu hỏi đặt ra là thực trạng khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh diễn ra như thế nào? Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Mô tả thực trạng khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh tỉnh Ninh Bình năm 2015.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Khánh

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Cơ sở vật chất, nhân lực, trang thiết bị.

- Sổ sách, biểu mẫu năm 2015 tại Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Thiết kế nghiên cứu dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang kết hợp với nghiên cứu hồi cứu.

* *Cỡ mẫu*

Nhân lực của bệnh viện hiện tại có 78 người;

Trong đó: Bác sĩ: 19; Y sĩ: 10; Điều dưỡng đại học: 2; Điều dưỡng cao đẳng: 5; Điều dưỡng trung học: 12; NHS Đại học: 01; NHS trung học: 02; Dược sĩ đại học: 02; Dược sĩ Trung cấp: 06; Đại học khác: 05; Kỹ thuật viên 04; cán bộ khác: 10

* *Phương pháp chọn mẫu*

Chọn lọc các số liệu liên quan tới thực trạng khám chữa bệnh và nguồn lực để phục vụ cho nghiên cứu từ các sổ sách biểu mẫu của Bệnh viện trong năm 2015.

*Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 11 năm 2015 đến hết tháng 04 năm 2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Các Trang thiết bị phục vụ cho công tác khám chữa bệnh

Tên thiết bị	SL theo quy định	Số lượng hiện có	Tỷ lệ
Ổng nghe bệnh người lớn	6	7	7/6
Ổng nghe bệnh trẻ em	2	2	2/2
Huyết áp kế người lớn	6	7	7/6
Huyết áp kế trẻ em	2	2	2/2
Nhiệt kế Y học	20	20	20/20
Đèn đọc phim X. quang	6	7	7/6
Tủ sấy điện	2	2	2/2
Tủ đựng dụng cụ	2	2	2/2
Bàn đẩy dụng cụ	4	4	4/4
Máy điện tim	1	2	2/1
Bộ dụng cụ tiểu phẫu	2	2	2/2
Búa thử phản xạ	4	5	5/4
Xe đẩy bệnh nhân	2	2	2/2
Giường khám bệnh người lớn	6	7	7/6
Giường khám bệnh trẻ em	2	2	2/2

Kết quả bảng trên cho thấy Bệnh viện đã được trang bị khá đầy đủ các trang thiết bị phục vụ cho công tác khám chữa bệnh thường xuyên, các trang thiết bị này đều được đáp ứng đủ và vượt so với số lượng quy định.

Bảng 3.2. Các máy, dụng cụ phục vụ cho xét nghiệm, cận lâm sàng

Tên thiết bị	SL theo quy định	Số lượng hiện có	Tỷ lệ
Máy điện tim	2	4	4/2
Máy xét nghiệm huyết học	1	3	3/1
Máy sinh hóa bán tự động	1	1	1/1
Máy xét nghiệm nước tiểu	1	2	2/1
Máy nội soi TMH	1	1	1/1
Máy X.Quang	1	2	2/1
Máy siêu âm	2	3	3/2

Về trang thiết bị phục vụ cho xét nghiệm, cận lâm sàng. Kết quả cho thấy bệnh viện đều đáp ứng đủ và vượt về số lượng các trang thiết bị này.

Bảng 3.3. Nguồn nhân lực bệnh viện theo tỷ lệ cơ cấu bộ phận, chuyên môn

Cơ cấu	Số lượng	Tỷ lệ %	Quy định theo TT/08/TT LT-BYT-BNV	Đạt/ Không đạt
Cơ cấu bộ phận				
Lâm sàng	50	64%	60- 65%	Đạt
Cận lâm sàng và dược	18	23%	22- 25%	Đạt
Quản lý, hành chính	10	13%	18- 20%	
Cơ cấu chuyên môn				
Bs/Chức danh chuyên môn khác (ĐD, HS, KTV)	19/38	1/2	1/3- 1/3,5	Không đạt
Dược sĩ đại học/Bác sĩ	2/19	1/9,5	1/8- 1/8,5	Không đạt
Ds đại học/ Ds trung học	2/6	1/3	1/2- 1/2,5	Không đạt

Kết quả bảng trên cho thấy về cơ cấu nguồn nhân lực theo bộ phận công tác có 64% nguồn nhân lực làm việc tại các khoa lâm sàng; 23% làm việc trong khối cận lâm sàng và dược; 13% làm việc trong khối quản lý, hành chính. So với tiêu chuẩn theo Thông tư 08/2007/TTLT-BYT-BNV thì tỷ lệ này là rất phù hợp. Tỷ lệ bác sĩ/chức danh chuyên môn khác là $19/38 = 1/2$. Qua tỷ lệ này ta thấy tỷ lệ bác sĩ/chức danh chuyên môn khác là chưa đáp ứng được so với quy định của Bộ Y tế hiện nay (1/3-1/3,5).

Bảng 3.4. Nhân lực của bệnh viện phân theo chức danh chuyên môn

Chức danh chuyên môn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bác sĩ	19	24,4
Điều dưỡng	21	26,9
Y sĩ	10	12,8
Hộ lý	6	7,7
Dược	8	10,3
Chức danh khác	14	17,9
Tổng	78	100,0

Kết quả bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế có trình độ bác sĩ là 24,4%; Điều dưỡng chiếm 26,9%; Y sĩ chiếm 12,8%

Bảng 3.5. Trình độ chuyên môn của bác sĩ khám chữa bệnh tại bệnh viện

Chức danh chuyên môn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bác sĩ CKI – Thạc sĩ	3	15,8
Bác sĩ chuyên khoa định hướng	3	15,8
Bác sĩ đa khoa	13	68,4
Tổng	19	100,0

Qua bảng trên ta thấy tỷ lệ bác sĩ có trình độ chuyên khoa I và thạc sĩ là 15,8%; có trình độ chuyên khoa định hướng là 15,8%; có trình độ bác sĩ đa khoa là 68,4%.

IV. BÀN LUẬN

Nhân lực là nguồn lực quan trọng nhất trong sự hoạt động và phát triển cho bệnh viện nói riêng và ngành Y tế nói chung. Kết quả ở biểu 3.2 cho thấy, trong tổng số cán bộ, NVYT tại Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Khánh, số các NVYT làm việc theo cơ cấu chuyên môn khối hành chính 13% và khối cận lâm sàng và dược là 23% và khối lâm sàng (64%), kết quả này về cơ bản đã đảm bảo theo Thông tư 08/2007/TTLT-BYT-BNV của liên Bộ Y tế - Bộ Nội vụ quy định.

Tỷ lệ nguồn nhân lực theo chức danh chuyên môn cho thấy: Bác sĩ chiếm tỷ lệ 24,4%; Điều dưỡng chiếm 26,9%; y sỹ chiếm 12,8%. Tỷ lệ bác sĩ/chức danh chuyên môn khác là 19:38 = 1:2. Qua tỷ lệ này ta thấy tỷ lệ bác sĩ/chức danh chuyên môn khác là chưa đáp ứng được so với quy định của Bộ Y tế hiện nay (1:3-1:3,5). Về trình độ chuyên môn của bác sĩ điều trị tại bệnh viện cho thấy bác sĩ đa khoa chiếm 68,4%, đây là một tỷ lệ khá cao, còn lại là các bác sĩ có trình độ sau đại học chiếm tỷ lệ khá thấp. Điều này cũng cho thấy một vấn đề là về số lượng nhân viên y tế trong bệnh viện thì

có thể nói là đủ nhưng về chất lượng thì lại còn thiếu. Sự thiếu ở đây chính là số nhân viên y tế có trình độ chuyên môn cao trong thực hành nghề nghiệp.

Vấn đề này lại cho chúng tôi suy nghĩ là trong những năm qua, mặc dù phải đối diện với nhiều khó khăn, thách thức nhưng Bộ Y tế thực hiện được nhiều chính sách, giải pháp để nhằm củng cố quản lý, đào tạo phát triển nguồn nhân lực bệnh viện về cả số lượng và chất lượng và đạt được nhiều thành tựu đáng khích lệ. Nguồn nhân lực y tế của bệnh viện ảnh hưởng lớn đến chất lượng khám chữa bệnh nên khả năng cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh còn hạn chế do số lượng cán bộ còn thiếu nhiều so với yêu cầu; Chất lượng cán bộ chưa đồng đều, thiếu cán bộ chuyên khoa sâu; Công tác đào tạo chưa được thường xuyên, trình độ cán bộ còn hạn chế; Ngoài ra do nhận thức của người dân về hiệu quả của dịch vụ chưa cao; Giao thông đi lại khó khăn, đặc biệt là vùng sâu; Nên ảnh hưởng đến phục vụ nhu cầu của nhân dân.

V. KẾT LUẬN

- Các trang thiết bị y tế phục vụ cho khám, xét nghiệm, điều trị bệnh, về cơ bản là đủ so với yêu cầu của một bệnh viện đa khoa tuyến huyện.

Nguồn nhân lực trong bệnh viện hiện tại mặc dù đã đảm bảo chỉ tiêu về số lượng nhưng tỷ lệ bác sĩ/điều dưỡng chưa đáp ứng so với yêu cầu. Trình độ chuyên môn của Bác sĩ cơ bản là bác sĩ đa khoa, còn ít bác sĩ có trình độ sau đại học.

- Số các nhân viên y tế làm việc theo cơ cấu chuyên môn khối hành chính 13% và khối cận lâm sàng và dược là 23% và khối lâm sàng (64%),

- Nhân viên y tế có trình độ bác sĩ là 24,4%; Điều dưỡng chiếm 26,9%; Y sỹ chiếm 12,8%

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Bộ Nội vụ (2008)**, Quyết định số 1354/QĐ-BNV ngày 22 tháng 10 năm 2008 về việc ban hành Quy tắc ứng xử của cán bộ, công chức, viên chức làm việc trong các cơ quan hành chính, đơn vị sự nghiệp thuộc Bộ Nội vụ.
2. **Bộ Y tế (2013)**, Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22 tháng 4 năm 2013 về việc ban hành Hướng dẫn quy trình khám bệnh tại Khoa Khám bệnh của Bệnh viện.
3. **Bộ Y tế (2013)**, Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 3 tháng 12 năm 2013 về việc ban hành thí điểm Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện.

ĐẶC ĐIỂM NHÂN KHẨU HỌC VÀ VÀ MỘT SỐ HÀNH VI CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN Ở NHỮNG PHỤ NỮ ĐÌNH CHỈ THAI TỪ 13 ĐẾN 22 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG, 2015-2016

Vũ Văn Du¹, Nguyễn Thị Hiền²

TÓM TẮT:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành ở 120 phụ nữ tới đình chỉ thai từ 13 - 22 tuần tại Khoa điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2015 - 2016. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu 28,53 ± 6,6 tuổi, trong đó nhóm tuổi > 25 chiếm tỷ lệ 65%, nhóm tuổi < 20 chiếm tỷ lệ 9,2%. Phần lớn các trường hợp đình chỉ thai có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên (55%), nhóm tiểu học, trung học cơ sở chỉ đạt 14,2%. Số trường hợp đình chỉ thai còn đi học khá cao tới 25%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu đã có chồng đình chỉ 65%. Đa số các trường hợp đình chỉ thai chưa sinh lần nào là 60%. Số trường hợp có tiền sử viêm nhiễm sinh dục chiếm tới 51,7%. Số trường hợp vệ sinh bộ phận sinh dục bằng cách rửa dưới vòi nước chảy chiếm tỷ lệ 54,2%, có 12,5% số trường hợp vệ sinh bằng cách rửa sâu vào âm đạo. Có 30,8% bệnh nhân sử dụng biện pháp tránh thai, 69,2% bệnh nhân không sử dụng biện pháp tránh thai.

Từ khóa: Sức khỏe sinh sản, phụ nữ đình chỉ thai, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

ABSTRACT: DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND BEHAVIOR ABOUT REPRODUCTIVE HEALTH CARE IN WOMEN HAVING ABORTION AT 13 TO 22 WEEKS OF PREGNANCY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2015-2016

Cross-sectional descriptive study was conducted on 120 pregnant women having abortion at 13 to 22 weeks of pregnancy at the Department of the request at the National hospital of Obstetrics and Gynecology in 2015 - 2016. The

study results showed: The average age of research subjects was 28.53 ± 6.6 years old, in which groups of age > 25 was 65%, age group < 20 was 9.2%. Most of the cases of research subjects had educated intermediate and above (55%), the group of primary, junior secondary schools was only 14.2%. The research cases in high school age were 25%. Proportion of the study subjects was 65% of married families. The majority of cases of suspension of nulliparous pregnant was 60%. Some cases having a history of genital infections accounted for 51.7%. Number of cases of genital hygiene by washing under running water proportion of 54.2%, with 12.5% of cases hygiene by washing into the vagina. There were only 30.8% of patients using contraception.

Keywords: Reproductive health, women having abortion, the National hospital of Obstetrics and Gynecology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, vấn đề chăm sóc sức khỏe sinh sản và giáo dục giới tính cũng đang được xã hội quan tâm. Hiện nay, tình trạng quan hệ trước hôn nhân có xu hướng gia tăng. Tỷ lệ nạo đình chỉ thai ngày càng gia tăng, nhất là ở lứa tuổi trẻ đang còn trên ghế nhà trường. Thời gian nằm viện và sau khi ra viện các em phải nghỉ học một thời gian (để phục hồi sức khỏe và ổn định về tinh thần). Ngoài ra các em còn phải đối mặt với sự kỳ thị của bạn bè, hàng xóm hay xã hội. Đặc biệt ở nước ta là một đất nước Á Đông luôn tôn trọng những giá trị văn hoá truyền thống của gia đình và sự trinh tiết của người con gái. Sự mặc cảm này có thể sẽ dẫn đến hậu quả khôn lường là các em phải bỏ học hoặc nguy hại hơn nữa là các em sẽ sống buông thả và sa vào con đường tội lỗi. Đối với gia đình các em thì đây cũng là một chấn thương lớn

1. Bệnh viện Phụ sản Trung ương,
2. Trường Đại học Y Hà Nội

ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống văn hoá và nề nếp trong sinh hoạt của gia đình. Theo nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn năm 2013 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, nhóm bệnh nhân có trình độ tiểu học đến đình chỉ thai quý 2 chiếm tỷ lệ 8,5%; nhóm trung học cơ sở chiếm tỷ lệ 35%; nhóm trung học phổ thông chiếm tỷ lệ 28,3% và nhóm cao đẳng, đại học chiếm tỷ lệ 28,3%. Trong nghiên cứu của Lê Thị Bảy và Bunxu Inthapatha, số trường hợp chưa kết hôn chiếm đa số (65,39% và 61,6%). Mặt khác việc đình chỉ thai to có nhiều nguy cơ tổn thương cả về thể chất và tinh thần, có thể gây những hậu quả nghiêm trọng về sau như vô sinh, chửa ngoài TC... Điều đó càng nhấn mạnh thêm tầm quan trọng của việc trang bị kiến thức về các biện pháp tránh thai cũng như tình dục an toàn cho thế hệ trẻ nhằm làm giảm tình trạng có thai ngoài ý muốn.

Để có cơ sở khoa học cho việc đưa ra các biện pháp chăm sóc sức khỏe sinh sản phù hợp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm nhân khẩu học và một số hành vi chăm sóc sức khỏe sinh sản ở những phụ nữ đình chỉ thai từ 13 đến 22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, 2015-2016.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và phân tích được thực hiện trên phụ nữ có thai từ 13-22 tuần đến đình chỉ thai tại Khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2015-2016. Đối tượng nghiên cứu không mắc các bệnh nội khoa mạn tính nặng (nguy cơ nhiễm khuẩn cao) và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các trường hợp đang dùng thuốc kháng sinh toàn thân, đang đặt thuốc đặt âm đạo hoặc thực rửa âm đạo trong thời gian 02 tuần trước khi đến khám, đang ra máu, phụ nữ có rối loạn tâm thần đều bị loại trừ ra khỏi nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được tính theo công thức:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{(\epsilon p)^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu; $Z^2_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy = 1,96; p: tỷ lệ mắc NKĐSDD = 0,784 (Tỷ lệ NKĐSDD khoảng 78,4% theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh (2010) [1]; ϵ : khoảng tin cậy = 0,1. Thay vào công thức, cỡ mẫu được tính là 106. Trên thực tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 120 phụ nữ.

2.3. Biến số nghiên cứu

Một số yếu tố về sức khỏe sinh sản ở phụ nữ có thai từ

13-22 tuần đến đình chỉ thai tại Khoa Điều trị theo yêu cầu – Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2015-2016: Tuổi, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, nơi sinh sống, tình trạng hôn nhân, tiền sử mang thai, nạo hút thai, tiền sử đã mắc viêm nhiễm đường sinh dục dưới, cách vệ sinh, thói quen sinh hoạt, các biện pháp tránh thai đang dùng.

2.4. Thu thập số liệu: Chúng tôi thu thập số liệu bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp. Kết quả được ghi vào phiếu nghiên cứu.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ qui trình xét duyệt của Hội đồng đạo đức, thông qua qui trình xét duyệt đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội và Ban Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho phép thực hiện tại bệnh viện.

Các trường hợp mắc bệnh được chẩn đoán và tư vấn điều trị. Mọi thông tin nhạy cảm phát hiện qua khám và phỏng vấn liên quan đến cá nhân được nghiên cứu viên bảo mật. Cung cấp một số kiến thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản cơ bản cho đối tượng tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=120)	Tỷ lệ (%)
Nơi ở hiện tại	Nội thành Hà Nội	22 →1	18,3→1
	Ngoại thành Hà Nội	35	29,2
	Tỉnh khác	63	52,5
Tuổi	< 20	11	9,2
	20 - 25	31	25,8
	> 25	78	65
	Tuổi trung bình: 28,53 ± 6,66		
Trình độ học vấn	Tiểu học, trung học cơ sở	17	14,2
	Trung học phổ thông	37	30,8
	Từ trung cấp trở lên	66	55
Nghề nghiệp	Đi học	30	25
	Lao động phổ thông	63	52,5
	Lao động văn phòng	27	22,5
Tình trạng hôn nhân	Có chồng	78	65
	Chưa có chồng	42	35

Đa số các bệnh nhân sống ở các tỉnh khác, chiếm tỷ lệ 52,5%, số bệnh nhân sống ở nội thành Hà Nội là 22 trường hợp, chiếm tỷ lệ 18,3%. Tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi, tuổi lớn nhất là 46 tuổi, tuổi trung bình $28,53 \pm 6,6$ tuổi. Nhóm tuổi > 25 có 78 trường hợp chiếm tỷ lệ 65%, nhóm tuổi < 20 có 11 trường hợp chiếm tỷ lệ 9,2%. Phần lớn các trường hợp đình chỉ thai có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên chiếm tỷ lệ 55%, nhóm tiểu học, trung học cơ sở chỉ có 17 trường hợp chiếm tỷ lệ 14,2%. Số trường hợp đình chỉ thai làm lao động phổ thông là 63 trường hợp, chiếm tỷ lệ cao nhất 52,5%, cũng có 30 trường hợp đình chỉ thai là còn đi học chiếm tỷ lệ 25%. Số trường hợp đã có chồng đình chỉ thai là 78 trường hợp chiếm tỷ lệ 65%, còn lại có 35% các trường hợp là chưa có chồng.

Bảng 2. Tiền sử sinh con của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=120)	Tỷ lệ (%)
Số lần sinh con	Chưa sinh	72	60
	≤ 2 lần	34	28,3
	> 2 lần	14	11,7
Số lần đình chỉ thai	Chưa đình chỉ thai	72	60
	1 lần	19	15,8
	2 lần	15	12,5
	> 2 lần	14	11,7

Đa số các trường hợp đình chỉ thai chưa sinh lần nào chiếm tỷ lệ 60%. Nhóm đối tượng có 2 con trở lên chiếm tỷ lệ ít nhất 11,7%. Nhóm đối tượng chưa đình chỉ thai lần nào chiếm tỷ lệ cao nhất là 60%, số trường hợp đình chỉ thai > 2 lần chiếm tỷ lệ thấp nhất 11,7%. Trong đó, có 1 trường hợp đình chỉ thai 5 lần và 13 trường hợp đình chỉ thai 3 lần.

Bảng 3. Tiền sử viêm nhiễm sinh dục

Đặc điểm		Số lượng (n=120)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử viêm nhiễm sinh dục	Không	58	48,3
	Có	62	51,7
Tiền sử mắc các bệnh viêm nhiễm sinh dục	Tạp khuẩn	21	33,8
	Nấm	08	12,9
	Không rõ	33	53,3

Số trường hợp có tiền sử viêm nhiễm sinh dục chiếm tỷ lệ 51,7% còn lại 48,3% số trường hợp trước đó không bị viêm nhiễm sinh dục. Có 33 trường hợp không nhớ rõ mình đã từng viêm nhiễm loại gì chiếm tỷ lệ 53,3%, có 33,8% các trường hợp đã từng bị viêm nhiễm sinh dục do tạp khuẩn.

Bảng 4. Thói quen vệ sinh bộ phận sinh dục

Đặc điểm		Số lượng (n=120)	Tỷ lệ (%)
Thói quen vệ sinh bộ phận sinh dục	Rửa dưới vòi nước chảy	65	54,2
	Rửa sâu vào âm đạo	15	12,5
	Khác	40	33,3
	Tổng	120	100

Số trường hợp vệ sinh bộ phận sinh dục bằng cách rửa dưới vòi nước chảy là 65 trường hợp chiếm tỷ lệ 54,2%, có 12,5% số trường hợp vệ sinh bằng cách rửa sâu vào âm đạo.

Bảng 5. Sử dụng biện pháp tránh thai

Đặc điểm		Số lượng (n=120)	Tỷ lệ (%)
Sử dụng biện pháp tránh thai	Không áp dụng	83	69,2
	Có áp dụng biện pháp tránh thai	37	30,8
Biện pháp tránh thai	Thuốc tránh thai kết hợp	12	32,4
	Bao cao su	12	32,4
	Dụng cụ tử cung	1	2,8
	Tự nhiên + loại khác	12	32,4

Có 30,8% bệnh nhân sử dụng biện pháp tránh thai, 69,2% bệnh nhân không sử dụng biện pháp tránh thai. Trong số bệnh nhân sử dụng biện pháp tránh thai, có 64,8% bệnh nhân sử dụng thuốc tránh thai và bao cao su, chỉ có 1 bệnh nhân đặt dụng cụ tử cung chiếm 2,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Theo kết quả nghiên cứu tại Bảng 1, đa số bệnh nhân sinh sống ở các tỉnh chiếm 52,5%. Như vậy có thể thấy, nhu cầu đình chỉ thai từ 13 - 22 tuần không chỉ ở Hà Nội mà có thể có ở các tỉnh khác, điều này có thể giải thích, Bệnh viện Phụ sản Trung ương là bệnh viện đầu ngành của cả nước trong lĩnh vực sản khoa, phụ khoa, sơ sinh và sức khỏe sinh sản, tại đây có đội ngũ thầy thuốc có chuyên môn kỹ thuật cao, với đầy đủ trang thiết bị máy móc hiện đại của chuyên khoa phụ sản, với bề dày truyền thống nên rất có uy tín, ngoài ra, do kinh tế xã hội phát triển nên điều kiện giao thông thuận lợi, việc đi lại giữa các tỉnh và Hà Nội không khó khăn, đồng thời hệ thống thông tin liên lạc phát triển nên người bệnh từ các tỉnh khác có thể dễ dàng tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện trong đó có dịch vụ đình chỉ thai từ 13 - 22

tuần. Mặt khác cũng có thể do việc đình chỉ thai ở tuổi thai từ 13 - 22 tuần có thể xảy ra nhiều tai biến và biến chứng, nên các phòng khám tư nhân hay các tuyến cũng hạn chế làm thủ thuật này, chính vì vậy các bệnh nhân mới đến đình chỉ thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Điều này cũng có ưu điểm là an toàn cho người bệnh, tuy nhiên việc đi lại sẽ làm tăng chi phí điều trị và gây quá tải cho bệnh viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi > 25 có 78 trường hợp chiếm tỷ lệ 65%, nhóm tuổi < 20 có 11 trường hợp chiếm tỷ lệ 9,2%. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $28,53 \pm 6,66$, tuổi lớn nhất là 46, đặc biệt có trường hợp 16 tuổi đến đình chỉ thai, đây là lứa tuổi học đường, khi có thai sẽ hoang mang lo sợ, ảnh hưởng rất nhiều tới kết quả học tập. Nghiên cứu cũng cho thấy, đối tượng chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm có trình độ trung cấp trở lên 55%. Tỷ lệ bệnh nhân có trình độ trung cấp trở lên ở nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Thị Thu Nga [2] 77,2% và Nguyễn Duy Ánh [1] 62,3%. Giải thích cho tỷ lệ đình chỉ thai của nhóm đối tượng này thấp hơn có thể do cách chọn đối tượng và địa điểm nghiên cứu của các tác giả là khác nhau. Theo kết quả nghiên cứu, số trường hợp đình chỉ thai làm lao động phổ thông là 63 trường hợp, chiếm tỷ lệ cao nhất 52,5%, cũng có 30 trường hợp đình chỉ thai là còn đi học chiếm tỷ lệ 25%. Có thể do địa điểm nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương nằm trên địa bàn trung tâm Hà Nội là nơi có mật độ dân số lớn, nhiều ngành nghề phổ thông phát triển, mặt khác phụ nữ lao động phổ thông ở các tỉnh lân cận tìm đến đình chỉ thai ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương là khá cao. Nếu so với nhóm còn đi học thì nhóm lao động phổ thông là những người đã đi làm, có những suy nghĩ, định hướng để cho bản thân không bị bất ngờ, không bị động nhưng lại phải chịu đình chỉ thai to, lý do có thể đơn thuần là yếu tố xã hội, bệnh lý của thai hay còn có những lý do khác. Chúng tôi ghi nhận số bệnh nhân chưa có chồng đến đình chỉ thai chiếm tỷ lệ là 35%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thanh [3] 54,8%, có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác với tác giả. Gần đây, do sự tiến bộ của các phương pháp chẩn đoán trước sinh, tỷ lệ đình chỉ thai do lý do thai bất thường đã tăng lên một cách đáng kể, và do đó cũng làm tăng thêm tỷ lệ đình chỉ thai to.

4.2. Tiền sử sản phụ khoa

Theo kết quả nghiên cứu tại các Bảng 2, đa số các trường hợp đình chỉ thai chưa sinh lần nào chiếm tỷ lệ 60%. Nhóm đối tượng có 2 con trở lên chiếm tỷ lệ ít nhất 11,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả khác, chẳng hạn tỷ lệ nhóm phụ nữ chưa sinh lần nào trong nghiên cứu của Đỗ Thị Tiến Dung [4] là 19,3%, tỷ lệ này theo nghiên cứu của Phan Thị Thu Nga [2] là 46,9%.

Ngoài ra, theo kết quả nghiên cứu tại các Bảng 2, nhóm đối tượng chưa đình chỉ thai lần nào chiếm tỷ lệ cao nhất là 60%, số trường hợp đình chỉ thai >2 lần chiếm tỷ lệ thấp nhất 11,7%. Trong đó có 1 trường hợp đình chỉ thai 5 và 13 trường hợp đình chỉ thai 3 lần. Kết quả tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh [1] 75,3%. Tỷ lệ đối tượng có tiền sử đình chỉ thai trên 1 lần chiếm 24,2%, thấp hơn so với nghiên cứu của Thạch Thùy Linh [5] 33,9%. Tuy nhiên số lượng đình chỉ thai nhiều lần (trên 2 lần) cũng chiếm 11,7%. Số lần đình chỉ thai tăng làm các tai biến do đình chỉ thai cũng tăng theo. Điều này cho thấy, các nhân viên y tế tại các cơ sở y tế nhà nước, đặc biệt là tại các cơ sở y tế tư nhân chưa thực sự chú trọng đến bước tư vấn về hậu quả của đình chỉ thai, các biện pháp tránh thai cho khách hàng đến đình chỉ thai.

4.3. Tiền sử mắc các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Bảng 3 cho thấy có 51,7% số phụ nữ đình chỉ thai đã từng mắc NKĐSDĐ, 48,3% số phụ nữ chưa từng NKĐSDĐ. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Đỗ Thị Tiến Dung [4] 47,9%, cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hà [6] 29,8%. Đa số những kết quả này thu được qua hỏi tiền sử, không phải qua kết quả khám, số khám cũ nên cũng chưa thực sự chính xác. Tuy nhiên, kết quả này cho thấy tỷ lệ mắc NKĐSDĐ hiện nay của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ vẫn còn cao.

4.4. Thói quen vệ sinh bộ phận sinh dục

Kết quả bảng 4 cho thấy 54,2% bệnh nhân tới đình chỉ thai có thói quen rửa âm hộ dưới vòi nước, có tới 28,7% bệnh nhân có thói quen rửa sâu âm đạo, tương tự kết quả nghiên cứu của Ness R. B. và cộng sự ở 1200 phụ nữ có nguy cơ cao mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục thấy thực rửa âm đạo ít nhất 1 lần trong tháng làm tăng tỷ lệ nhiễm *B. vaginalis* (OR = 1,3) [7]. Đây là một trong những yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới.

4.5. Các biện pháp tránh thai đã dùng

Kết quả nghiên cứu tại bảng 5 cho thấy đối tượng tới đình chỉ thai không áp dụng biện pháp tránh thai chiếm tỷ lệ khá cao 69,2%. Có 30,8% đối tượng nghiên cứu có áp dụng biện pháp tránh thai, kết quả của chúng tôi cao hơn của Nguyễn Thị Minh Thanh [3] tỷ lệ này là 46,1%.

Trong các biện pháp tránh thai, bao cao su, thuốc uống tránh thai kết hợp, phương pháp tránh thai tự nhiên là các biện pháp được các đối tượng ưu tiên sử dụng 32,6%. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh [1] là 19,4%. Kết quả này cho thấy tỷ lệ dùng biện pháp tránh thai hiện đại ở phụ nữ ngày càng tăng lên.

IV. KẾT LUẬN

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở lứa tuổi trẻ và chưa có gia đình. 25% đối tượng nghiên cứu là những người còn đang đi học. Tỷ lệ thiếu hiểu biết về sức khỏe giới tính, kiến thức cũng như thực hành về an toàn tình dục và các biện pháp

tránh thai còn khá cao do đó cần tăng cường tuyên truyền giáo dục về sức khỏe sinh sản nói chung và nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Duy Ánh (2010), “Nghiên cứu thực trạng nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng độ tuổi 18- 49 ở Hà Nội”. Luận án Tiến sĩ Y khoa, Hà Nội, tr 115-119.
2. Phan Thị Thu Nga [31] Phan Thị Thu Nga (2004), “Tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 2004 và một số yếu tố liên quan”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Minh Thanh (2013), “Nghiên cứu thực trạng nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới ở lứa tuổi thanh niên tới đình chỉ thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội”, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Đỗ Thị Tiến Dung (2011), “Nghiên cứu thực trạng nhiễm trùng đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Thái Bình.
5. Thạch Thùy Linh (2013), “Nghiên cứu nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới ở phụ nữ có thai 3 tháng đầu”, khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Bùi Thị Thu Hà [36] Bùi Thị Thu Hà (2007), “Nhiễm khuẩn đường sinh sản ở phụ nữ từ 18-49 tuổi phường Mai Dịch, Hà Nội 2005”. Tạp chí Y học Thực hành, Số 12, tr.93-96.
7. Neess R. B., Hillier S. L., Richter H. E. et al (2002), “Douching in relation to bacterial vaginosis, lactobacilli, and facultative bacteria in the vagina”, *Obstet. Gynecol.*, 100(4), pp. 765.



TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA SINH VIÊN KHOA Y DƯỢC - ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI

Nguyễn Thành Trung¹, Nguyễn Ngô Quang², Nguyễn Hoàng Long¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm tìm hiểu tình trạng dinh dưỡng của sinh viên tại Khoa Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội. Tổng cộng 322 sinh viên của hai ngành Y Đa khoa và Dược học được tuyển vào nghiên cứu. Các thông tin về chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể (BMI) và một số thông tin cá nhân được thu thập. Kết quả cho thấy sinh viên Khoa Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội có BMI trung bình là $20,0 \pm 2,2$ (kg/m²). Tỷ lệ sinh viên thiếu năng lượng trường diễn (21,9%), thừa cân (5,9%) và béo phì (5,3%). BMI của sinh viên ngành dược và sinh viên sống ở nhà riêng có xu hướng cao hơn của sinh viên Y đa khoa, và sinh viên sống trong kí túc xá.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, sinh viên, thiếu năng lượng trường diễn, thừa cân, béo phì

ABSTRACT:

NUTRITION STATUS AMONG STUDENTS AT SCHOOL OF MEDICINE AND PHARMACY, VIETNAM NATIONAL UNIVERSITY

A cross-sectional study was conducted to investigate the nutrition status of students at School of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University. A total of 322 students of both General Practitioner and Pharmacy programs were recruited into the study. Information about height, weight, body mass index and several general personal variables were collected. The results show that the mean BMI of students were 20.0 ± 2.2 (kg/m²). The proportion of students having chronic energy deficiency, overweight and obesity were 21.9%, 5.9% and 5.3%, respectively. BMI of people who were Pharmacy students and living in their house were more likely to be higher than those are General Practitioner students and living in the dormitory.

Keyword: The nutritional status, student, Chronic Energy

Deficiency (CED), overweight, obesity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) không phù hợp là yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh mãn tính, cũng là nguyên nhân làm giảm hiệu quả làm việc, học tập. Đây là vấn đề đặc biệt quan trọng, cần được quan tâm đối với các đối tượng nói chung và sinh viên Y Dược - nhóm đối tượng có nhiều thay đổi về môi trường sống, sinh hoạt cùng những áp lực trong học tập và cuộc sống, nói riêng. Tuy nhiên, tình trạng dinh dưỡng sinh viên, đặc biệt là sinh viên Y Dược tại Việt Nam đến nay vẫn còn nhiều tồn tại. Theo Nguyễn Duy Tân và cộng sự nghiên cứu trên 180 sinh viên năm 2013 cho thấy mức năng lượng cung cấp hằng ngày của họ chỉ đạt 83,6% so với nhu cầu, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (TNLTD) là 35% và 3% số sinh viên thừa cân [1]. Một nghiên cứu thực hiện trên 1070 sinh viên Y khoa tại một số trường Y phía Bắc cho thấy tỷ lệ TNLTD ở nam là 39,2%, ở nữ là 47,9% [2]. Năm 2011, trong một nghiên cứu khác về dinh dưỡng ở sinh viên y khoa Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, tác giả Nguyễn Thị Mai cho thấy: Tỷ lệ TNLTD của sinh viên là 27,4%; ở nữ cao hơn nam; tỷ lệ thừa cân, béo phì chung là 4,4% [3]. Nghiên cứu của Bùi Thị Thúy Quyên (2011) trên sinh viên trường Đại học Y Hà Nội cho thấy kết quả là 24,9% sinh viên TNLTD và 4,7% số sinh viên thừa cân, béo phì [4].

Khoa Y là một đơn vị mới thành lập thuộc Đại học Quốc gia Hà Nội với khoảng 400 sinh viên đang theo học. Việc cung cấp bằng chứng về TTDD của sinh viên trong Khoa là cần thiết nhằm đưa ra những khuyến cáo, giải pháp giúp nâng cao đời sống, sức khỏe thể chất và tinh thần cho thế hệ nòng cốt trong tương lai. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng của sinh viên Khoa Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2016 và xác định một số yếu tố liên quan.

1. Khoa Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội . Email: thanhtrungnguyen.smp@gmail.com

2. Bộ Y tế

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên Khoa Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: 1) Sinh viên hiện đang học tại Khoa Y Dược; 2) Đồng ý tham gia nghiên cứu; 3) Có khả năng trả lời câu hỏi.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội từ 15/3 đến 31/5 năm 2016.

2.3 Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Cỡ mẫu được tính dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ:

$$n = Z^2 \frac{(p \times (1-p))}{\Delta^2}$$

Với n là cỡ mẫu nghiên cứu; $\alpha = 0.05 \Rightarrow Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$; p là tỷ lệ sinh viên thiếu năng lượng trường diễn ($p = 0,274$ theo một nghiên cứu dinh dưỡng ở sinh viên y khoa Việt Nam năm 2011 của Nguyễn Thị Mai [3]). Δ là sai lệch mong muốn, $\Delta = 0,05$.

Từ đó tính được $n = 306$, cộng với dự trừ 5% sinh viên từ chối tham gia nghiên cứu. Tổng cộng có 322 sinh viên.

Phương pháp chọn mẫu: Nhóm tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên theo danh sách sinh viên các lớp thuộc hai ngành học y đa khoa và dược học từ năm 1 đến năm 4 trong năm học 2015-2016.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, phỏng vấn trực tiếp các sinh viên thông tin cá nhân và các chỉ số nhân trắc học. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá theo ngưỡng phân loại của WPRO – 2000 dành cho người châu Á, bao gồm: Thiếu năng lượng trường diễn độ III: $BMI < 16$. Thiếu năng lượng trường diễn độ II: $16 \leq BMI < 17$. Thiếu năng lượng trường diễn độ I: $17 \leq BMI < 18.5$. Bình thường: $18,5 \leq BMI < 23$. Thừa cân: $23 \leq BMI < 25$. Béo phì: $BMI \geq 25$ [5].

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sẽ được quản lý bằng phần mềm thống kê EPIDATA 3.1 và phân tích bằng STATA 12.0. Thông kê mô tả bao gồm trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn cho biến định lượng và tỷ lệ phần trăm cho các biến định tính. Kiểm định Khi bình phương để xác định sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng giữa các nhóm chia theo giới, tuổi, ngành học. Hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng để xem xét mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố ảnh hưởng. Giá trị $p < 0.05$ được xem xét có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Các sinh viên được cung cấp cụ thể thông tin về mục đích, mục tiêu của nghiên cứu, quyền lợi khi được tham gia và quyền chấp thuận hoặc từ chối tham gia nghiên cứu. Thông tin sinh viên cung cấp đảm bảo được giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Ngành	Y đa khoa	61	65,6	93	42,5	154	49,4
	Dược học	32	34,4	126	57,5	158	50,6
Khóa	K57	25	26,9	42	19,2	67	21,5
	K58	20	21,5	60	27,4	80	25,6
	K59	19	20,4	54	24,7	73	23,4
	K60	29	31,2	63	28,7	92	29,5
Nơi ở hiện tại	Nhà riêng	19	20,4	30	13,7	49	15,7
	Kí túc xá	32	34,4	70	32,0	102	32,7
	Nhà trọ	38	40,9	108	49,3	146	46,8
	Khác	4	4,3	11	5,0	14	4,8
Tổng		93	29,8	219	70,2	312	100,0

Bảng 1 cho thấy số lượng sinh viên nữ chiếm hơn 70% tổng số sinh viên, gấp 2,4 lần số sinh viên nam. Tỷ lệ sinh viên theo ngành học, khóa học khá tương đồng. Ngoài ra, đa

phần sinh viên khoa y dược hiện đang ở kí túc xá hoặc ở trọ bên ngoài (32,7% và 46,8%).



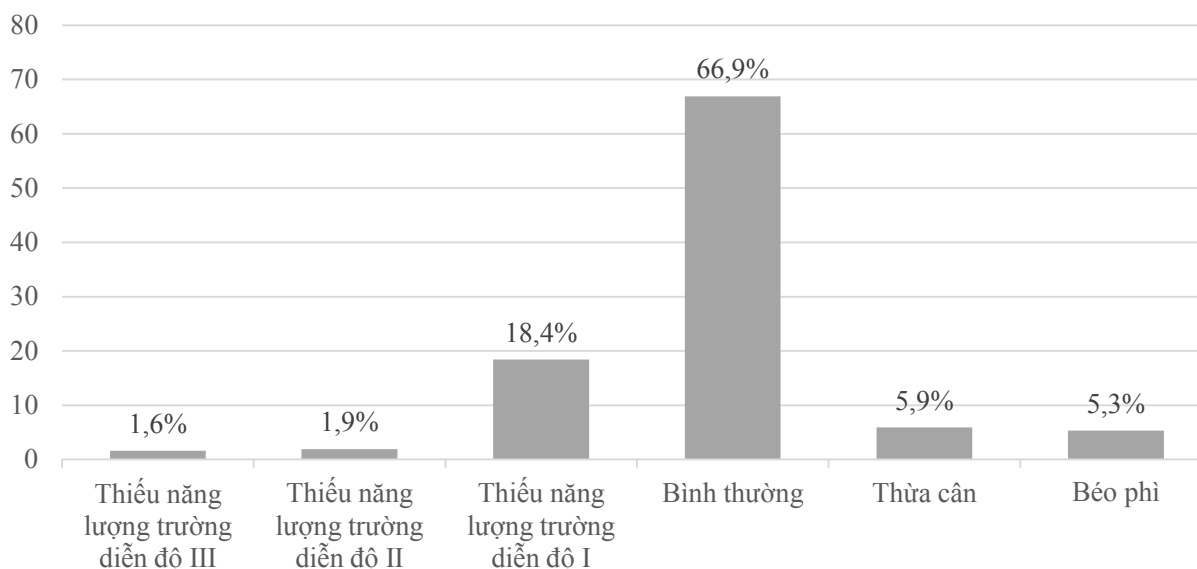
Bảng 2: Chiều cao, cân nặng và BMI trung bình

Thông tin chung		Chiều cao trung bình		Cân nặng trung bình		BMI trung bình		N
		X (cm) ± SD	P	X (kg) ± SD	P	X ± SD	P	
Chung		160,3 ± 7,8		51,4 ± 7,8		20,0 ± 2,2		312
Giới	Nam	169,2 ± 5,0	<0,05	58,9 ± 7,1	<0,05	20,6 ± 2,2	<0,05	93
	Nữ	156,4 ± 5,2		48,1 ± 5,5		19,7 ± 2,2		218
Ngành	Y đa khoa	161,8 ± 8,4	<0,05	51,8 ± 7,7	>0,05	19,7 ± 1,9	>0,05	154
	Dược học	158,8 ± 6,9		51,0 ± 8,0		20,2 ± 2,5		158
Năm học	Năm 4	162,0 ± 8,1	<0,05	52,1 ± 9,2	>0,05	19,7 ± 2,1	>0,05	67
	Năm 3	157,8 ± 6,7		49,8 ± 7,0		19,9 ± 1,6		80
	Năm 2	159,3 ± 8,1		52,1 ± 8,2		20,5 ± 3,0		73
	Năm 1	161,9 ± 7,8		51,7 ± 6,9		19,7 ± 2,1		92
Nơi ở	Nhà riêng	162,0 ± 9,9	>0,05	53,7 ± 9,8	>0,05	20,4 ± 2,8	>0,05	49
	Kí túc xá	159,5 ± 7,3		50,2 ± 5,6		19,7 ± 1,6		102
	Nhà trọ	160,1 ± 7,3		51,6 ± 8,3		20,1 ± 2,4		147
	Khác	160,8 ± 8,0		49,8 ± 6,7		19,2 ± 1,5		14

Kết quả bảng 2 cho thấy chiều cao trung bình của sinh viên nam là 169,2 cm cao hơn sinh viên nữ là 156,4 cm. Cân nặng trung bình của sinh viên nam là 51,4 kg cao hơn so với

sinh viên nữ là 48, kg. BMI trung bình của sinh viên là 20,0 ± 2,2. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chiều cao, cân nặng và BMI giữa nam và nữ với p<0,05.

Biểu đồ 1: Tình trạng dinh dưỡng của sinh viên khoa Y Dược



Biểu đồ 1 cho thấy khoảng 21,9 % sinh viên TNLTD, trong đó chủ yếu là TNLTD độ I (18,4%). Tỷ lệ sinh viên

thừa cân và béo phì lần lượt là 5,9 % và 5,3%.

Bảng 3: Tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan

Thông tin chung		TNLTD		Bình thường		Thừa cân/Béo phì		P
		n	%	n	%	n	%	
Chung		70	21,9	215	67,2	35	10,9	
Giới tính	Nam	12	12,9	66	71,0	15	16,1	P<0,05
	Nữ	58	26,5	148	67,6	13	5,9	
Ngành	Y đa khoa	30	18,5	114	70,4	18	11,1	p>0,05
	Dược học	40	25,3	101	63,9	17	10,8	
Năm học	Năm 4	17	25,0	43	63,2	8	11,8	p>0,05
	Năm 3	13	16,2	63	78,8	4	5,0	
	Năm 2	18	22,5	46	57,5	16	20,0	
	Năm 1	22	23,9	63	68,5	7	7,6	
Nơi ở	Nhà riêng	7	14,3	36	73,5	6	12,2	p>0,05
	Kí túc xá	24	23,5	73	71,6	5	4,9	
	Nhà trọ	34	23,1	97	66,7	16	10,2	
	khác	5	33,3	8	53,3	2	13,4	

Nhận xét: 21,9 % sinh viên TNLTD, tỷ lệ TNLTD ở nữ cao hơn nhiều ở nam (26,5% và 12,9%); tỷ lệ sinh viên thừa cân, béo phì là 11,2%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ CED và tỷ lệ thừa cân, béo phì giữa nam và nữ với p<0,05 (test Khi bình phương).

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến BMI trong nhóm đối tượng nghiên cứu theo mô hình hồi quy đa biến

Các yếu tố	Hệ số hồi quy	95% KTC		p-value
Giới (Nam so với nữ)	1,07	0,52	1,62	0,00
Nơi ở (so với nhà riêng)				
. Kí túc xá	-0,77	-1,53	-0,01	0,049
. Nhà trọ	-0,26	-0,97	0,45	0,47
. khác	-0,89	-2,20	0,43	0,19
Khối (so với năm 1)				
. Năm 2	0,91	0,22	1,60	0,01
. Năm 3	0,41	-0,28	1,09	0,24
. Năm 4	0,00	-0,70	0,70	1,00
Ngành (Dược học so với Y Đa khoa)	0,59	0,08	1,09	0,02

Mô hình hồi quy đa biến cho thấy, nam giới, sinh viên năm thứ 2 và học ngành Dược học có xu hướng có BMI cao hơn so với các nhóm còn lại. Trong khi đó, nhóm sinh viên ở ký túc xá có xu hướng có BMI thấp hơn. Các mối quan hệ có ý nghĩa thống kê với p< 0.05.

V. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu thấy chiều cao trung bình của sinh viên khoa Y dược là 160,2 cm, của sinh viên nam là 169,2cm và sinh viên nữ là 156,4 cm; cao hơn so với chiều cao đạt được của thanh niên Việt Nam ở nhóm 22-26 tuổi ở cả

nam và nữ theo tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009 - 2010 với mức đạt được trung bình của nam là 164,4 cm và nữ là 153,4 cm [6]. Tuy nhiên, kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Thúy Quyên trên đối tượng sinh viên năm 2 trường đại học Y Hà Nội (2011), theo đó sinh viên nam có chiều cao trung bình là 168 cm, sinh viên nữ là 154,5 cm [4]. Bảng 2 cũng cho thấy, cân nặng trung bình của sinh viên khoa Y Dược là 51,4kg, trong đó nam là 58,9kg và nữ là 48,1kg, cao hơn so với kết quả nghiên cứu tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009 -2010 (cân nặng người trưởng thành: nam là 54kg; nữ là 46kg) [6]. Từ kết



quả này có thể thấy chiều cao và cân nặng của sinh viên khoa Y Dược cao hơn so với chiều cao cân nặng của thanh niên Việt Nam nói chung trong vài năm trước đó. Điều này có thể được lý giải do có sự cải thiện về điều kiện sống, dinh dưỡng và chăm sóc sức khỏe trong những năm gần đây. Bên cạnh đó, trong nhóm thanh niên nói chung, sinh viên thường là nhóm có điều kiện kinh tế tốt hơn, được chăm sóc tốt hơn, đây cũng có thể được xem như là một nguyên nhân giải thích cho việc chiều cao cân nặng của sinh viên Khoa Y Dược cao hơn so với những báo cáo trước đó. Mặc dù vậy, sinh viên khoa Y – Dược có chiều cao và cân nặng thấp hơn so với nhóm sinh viên có độ tuổi tương đương tại Malaysia, cụ thể, cân nặng và chiều cao trung bình của 624 sinh viên là $55,65 \pm 12,21$ kg và $163,43 \pm 8,89$ cm [7]. Rõ ràng, khác biệt này là do sự khác biệt về thể trạng, chế độ ăn uống và điều kiện kinh tế của sinh viên nước ngoài so với sinh viên Việt Nam.

Tình trạng dinh dưỡng được phân tích qua chỉ số BMI. Kết quả BMI trung bình của sinh viên khoa Y dược là 20,0, trong đó BMI của nam là 20,6 cao hơn BMI của nữ là 19,7. Tuy nhiên kết quả còn cho thấy một tỷ lệ khá cao sinh viên TNLTD (21,9%), thừa cân (5,9%) và béo phì (5,3%). Tỷ lệ TNLTD ở nữ cao hơn nhiều ở nam (26,5% và 12,9%); ngược lại, tỷ lệ sinh viên thừa cân, béo phì ở nam lại cao hơn ở nữ (16,1% so với 5,9%). So sánh với nghiên cứu của Bùi Thị Thúy Quyên (2011) thì cũng có sự tương đồng với tỷ lệ TNLTD ở nam là 20,2% thấp hơn nhiều so với nữ là 32,6%, còn tỷ lệ thừa cân thì chiếm 5,7% ở nam cao hơn so với 3,7% ở nữ [4]. Sự khác biệt về chỉ số BMI giữa nam và

nữ có thể được giải thích do sự khác biệt về thói quen sinh hoạt hay vai trò của hoocmon sinh dục.

Khi phân tích những yếu tố liên quan tới BMI của sinh viên, kết quả chỉ ra rằng sinh viên Dược có BMI cao hơn so với sinh viên Y, kết quả này có thể được giải thích do sinh viên Y có chương trình học nặng hơn, áp lực học tập, thi cử, đi lâm sàng (thực hành ở các bệnh viện) cao hơn, dẫn tới ít có thời gian chăm sóc dinh dưỡng hợp lý cho bản thân hơn. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nhóm sinh viên ở ký túc xá có xu hướng có BMI thấp hơn so với sinh viên sống ở nhà riêng. Điều này có thể là kết quả của thói quen ăn uống bên ngoài với chế độ ăn không đủ chất của nhóm sinh viên sống ở ký túc xá; thêm vào đó, những sinh viên sống ở nhà riêng cùng gia đình thường được người thân chăm sóc tốt hơn.

Nghiên cứu này còn tồn tại nhiều hạn chế khi chưa xem xét đến các yếu tố kinh tế xã hội và mức độ tác động của các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của sinh viên. Nghiên cứu cũng chưa đánh giá được ảnh hưởng của tình trạng dinh dưỡng không khoa học đến chất lượng cuộc sống của sinh viên.

V. KẾT LUẬN

Sinh viên Khoa Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2016 có BMI trung bình là $20,0 \pm 2,2$, trong đó BMI trung bình của sinh viên nam là $20,6 \pm 2,2$, sinh viên nữ là $19,7 \pm 2,2$. Chỉ số này nằm trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ khá cao sinh viên TNLTD (21,9%), thừa cân (5,9%) và béo phì (5,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Duy Tân, Tô Thành Thắng và Vũ Thị Thanh Đào, "Khảo sát và đánh giá tình trạng dinh dưỡng của sinh viên trường Đại học An Giang thông qua khẩu phần ăn", Tạp chí DD&TP/Journal of Food and Nutrition Sciences, 9, 4, 2013.
2. Nguyễn Ái Châu, Phạm Văn Phú và Hà Huy Khôi, "Tình trạng dinh dưỡng của sinh viên một số trường Đại học Y khoa phía Bắc", Tạp chí Y học Dự phòng, 4, 34, 1997, tr. 54-60.
3. Nguyễn Thị Mai, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của sinh viên Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm 2011, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội 2011.
4. Bùi Thị Thúy Quyên, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của sinh viên Y2 trường Đại học Y Hà Nội - năm 2011, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội, 2011.
5. Nguyễn Thị Lâm, "Thống nhất phương pháp kỹ thuật sử dụng trong đánh giá thừa cân - béo phì của các nhóm tuổi khác nhau", Tạp chí DD&TP/Journal of Food and Nutrition Sciences, 1, 2013.
6. UNICEF Viện dinh dưỡng - Bộ Y tế, Báo cáo tóm tắt Tổng điều tra Dinh dưỡng 2009 - 2010, Hà Nội, 2012.
7. Nurul Huda và Ruzita Ahmad, "Preliminary Survey on Nutritional Status among University Students at Malaysia", Pakistan Journal of Nutrition, 9, 2, 2010.

KHẢ NĂNG CUNG CẤP HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC VỀ Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI TỈNH THANH HÓA 2015

Nguyễn Ngô Quang¹, Nguyễn Thành Trung², Nguyễn Hoàng Long²

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá khả năng cung cấp hoạt động đào tạo liên tục về y học cổ truyền cho nhân viên y tế tuyến huyện tại tỉnh Thanh Hóa năm 2015. Thiết kế nghiên cứu định tính được thực hiện. Kết quả cho thấy giảng viên kỹ năng giảng dạy tốt, tuy nhiên phương pháp giảng dạy chưa đa dạng và phù hợp; Đánh giá học viên trước trong và sau đào tạo chưa nghiêm túc; Nguồn tài chính chủ yếu từ nguồn ngân sách của đơn vị, chương trình mục tiêu quốc gia, dự án và học phí của học viên; Việc đánh giá còn nhiều hạn chế.

Từ khóa: Đào tạo liên tục, y học cổ truyền, khả năng.

ABSTRACT

CAPACITY TO PROVIDE CONTINUING MEDICAL EDUCATION ABOUT TRADITIONAL MEDICAL IN THANH HOA PROVINCE 2015

The purpose of this study was to assess the capacity to provide continuing medical education about traditional medical Thanh Hoa province in 2015. A qualitative study was conducted. Results show that although teachers had good teaching skill, the teaching method was inappropriate; students did not concentrate on the lecture before, during and after class; primary financial source was from units' budgets, national programs, projects and tuition fee; evaluation was limited.

Keywords: Continuing medical education, traditional medical, capacity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Y học cổ truyền là toàn bộ kiến thức, kỹ năng và thực hành dựa trên lý luận, lòng tin và kinh nghiệm vốn có của những nền văn hoá khác nhau, dù đã được giải thích hay chưa nhưng được dùng để duy trì sức khoẻ, cũng như để

phòng bệnh, chẩn đoán, cải thiện hoặc điều trị tình trạng đau ốm về thể xác hoặc tinh thần [1].

Y học cổ truyền Việt Nam ra đời từ rất sớm, gắn liền với lịch sử phát triển của truyền thống văn hoá dân tộc. Trải qua hàng nghìn năm lịch sử, YHCT Việt Nam đã đúc rút được nhiều kinh nghiệm phòng và chữa bệnh có hiệu quả. Nền YHCT Việt Nam còn được phát triển trong sự giao lưu với Trung Quốc và các nước trong khu vực [2]. Đặc biệt sau khi nước nhà giành độc lập, Đảng và nhà nước đã có những chủ trương chính sách quan trọng về phát triển YHCT như chủ trương kết hợp Y học hiện đại (YHHĐ) và YHCT, tổ chức hệ thống khám và chữa bệnh bằng YHCT từ tuyến trung ương đến các địa phương. Năm 2003 Thủ tướng Chính phủ chính thức phê duyệt chính sách quốc gia về Y dược học cổ truyền đã đề ra những mục tiêu, những giải pháp và chính sách cụ thể mà ngành y tế cần đạt được đến năm 2010. Trong đó có mục tiêu củng cố và hoàn thiện hệ thống khám chữa bệnh bằng YHCT, đề ra các chỉ tiêu khám chữa bệnh và sử dụng thuốc YHCT ở các tuyến y tế [3].

Đào tạo liên tục là các khóa đào tạo ngắn hạn, bao gồm: đào tạo bồi dưỡng để cập nhật kiến thức, kỹ năng, thái độ thuộc lĩnh vực chuyên môn đang đảm nhận; đào tạo lại, đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến, đào tạo chuyển giao kỹ thuật và các khóa đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác của ngành y tế mà không thuộc hệ thống văn bằng giáo dục quốc dân nhằm đảm bảo và nâng cao chất lượng của hệ thống chăm sóc y tế [4].

Năm 2008, Bộ Y tế đã ban hành thông tư số 07/2008/TT-BYT hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế [5]. Bộ Y tế quy định tất cả cán bộ y tế đang hoạt động trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam phải được đào tạo cập nhật về kiến thức, kỹ năng, thái độ trong lĩnh vực chuyên môn, nghiệp vụ của mình. Tuy nhiên, việc triển khai đào tạo liên tục nhân lực

1. Bộ Y tế

2. Khoa Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội. Tác giả Nguyễn Thành Trung: Email: thanhtrungnguyen.smp@gmail.com

y tế, đặc biệt đào tạo liên tục về YHCT theo Luật Khám bệnh chữa bệnh và Thông tư về đào tạo liên tục còn khá chậm, nhiều đơn vị y tế vẫn còn thụ động, trông chờ ở Bộ Y tế và sự hỗ trợ từ các dự án, vì vậy việc đào tạo liên tục nhân lực y tế còn chưa đáp ứng yêu cầu như mong muốn. Hiện nay, vẫn chưa có nhiều đề tài nghiên cứu tổng thể nào về thực trạng và nhu cầu đào tạo liên tục cho nhân viên y tế công tác về YHCT tại các bệnh viện đa khoa huyện. Vì những lý do trên và để góp phần nâng cao chất lượng đào tạo liên tục trong hệ thống y tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Thực trạng và khả năng cung cấp hoạt động đào tạo liên tục về y học cổ truyền tại tỉnh thanh hóa 2015”

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 12/2014 – 3/2016 tại 4 khoa YHCT của 4 bệnh viện đa khoa đại diện cho 4 khu vực của tỉnh Thanh Hóa.

- Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa – đại diện cho khu vực thành phố
- Bệnh viện đa khoa huyện Quảng Xương – đại diện cho khu vực nông thôn
- Bệnh viện đa khoa huyện Triệu Sơn – đại diện cho khu vực miền núi
- Bệnh viện đa khoa huyện Sầm Sơn – đại diện cho khu vực miền biển

2.2 Đối tượng: Nhân viên y tế làm công tác YHCT tại 4 khoa YHCT của các bệnh viện trên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Cán bộ vắng mặt trong thời gian nghiên cứu, không hợp tác và không tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

Chọn mẫu có chủ đích. Có tổng cộng 73 nhân viên y tế làm công tác YHCT đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu.

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

2.3.1. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

Bảng hỏi phỏng vấn sâu được xây dựng dựa trên việc tham khảo các nghiên cứu trước đó và xin ý kiến chuyên gia

2.3.2. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp bởi nhóm nghiên cứu theo từng chủ đề.

2.4. Sai số và cách khắc phục sai số

Sai số trong quá trình điều tra, các biện pháp khống chế sai số được áp dụng bao gồm xin ý kiến chuyên gia, chuẩn hóa bộ câu hỏi thông qua điều tra thử, tập huấn điều tra viên một cách kỹ lưỡng và giám sát chặt chẽ quá trình điều tra.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu nhằm mục đích điều tra về thực trạng và khả

năng cung cấp hoạt động đào tạo liên tục về YHCT tại tỉnh Thanh Hóa. Trước khi tham gia nghiên cứu, đối tượng phỏng vấn được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu. Họ sẽ được thông báo là họ tự nguyện quyết định tham gia vào nghiên cứu hay không. Đảm bảo đầy đủ quyền lợi của đối tượng khi tham gia nghiên cứu. Đảm bảo tính bảo mật thông tin nghiên cứu và trích dẫn chính xác về nguồn tài liệu tham khảo.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu này được thực hiện trên 73 nhân viên y tế làm việc về YHCT tại tỉnh Thanh Hoá, trong đó nữ chiếm 2/3. Nhân viên y tế có độ tuổi trung bình 30,4±6,3; trong đó thâm niên công tác tại bệnh viện dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 52,0%; từ 5 – 10 năm chiếm 38,4% và > 10 năm chiếm 9,6%.

3.1. Thực trạng cung cấp đào tạo liên tục cho CBYT

Theo quy định tại Thông tư 22/2013/TT-BYT và trong tài liệu hướng dẫn kiểm định chất lượng ĐTLT đều có quy định ngành y tế các tỉnh cần có kế hoạch ĐTLT cho CBYT trong tỉnh, đây là một tiêu chí đánh giá công tác quản lý ĐTLT của các SYT. Kế hoạch ĐTLT cho CBYT cần có kế hoạch 5 năm, kế hoạch hàng năm và trong kế hoạch cần có mục kinh phí, đồng thời các kế hoạch này cần được cấp thẩm quyền phê duyệt.

Hộp 1: Năm 2010, chúng tôi đã thành lập Ban chỉ đạo về công tác ĐLTT do một đồng chí Phó Giám đốc Sở phụ trách chuyên môn. Sau đó chúng tôi tiếp tục xây dựng các kế hoạch hàng năm và có kế hoạch 5 năm. Quá trình thực hiện công tác trên chúng tôi cũng đã xin ý kiến của lãnh đạo SYT và hội đồng thẩm định chuyên môn về ĐTLT. (PVS-CBQL SYT)

Hiện nay trên địa bàn tỉnh có 4 bệnh viện đủ điều kiện tham gia đào tạo liên tục cho cán bộ y tế là Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Phụ sản tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Nhi tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Lao và bệnh phổi tỉnh Thanh Hóa. (Theo Công văn số 6030/BYT-K2ĐT của Vụ trưởng Vụ Khoa học và Đào tạo, Bộ Y tế).

Như vậy, tại tỉnh Thanh Hóa công tác ĐTLT theo hướng dẫn của Bộ Y tế cho CBYT đã được triển khai từ năm 2011, Sở Y tế tỉnh Thanh Hóa đã thành lập Ban chỉ đạo ĐTLT và xây dựng các kế hoạch 5 năm và kế hoạch hàng năm cho ĐTLT.

Hộp 2: Chúng tôi căn cứ theo thông tư 07 thông tư 22 của Bộ Y tế, qua đó cái thứ nhất là số giờ để ĐTLT là tối thiểu 48 tiết học trong 2 năm liên tiếp, và tối thiểu 120 tiết học trong 5 năm liên tiếp, thứ hai căn cứ vào chức năng của các bệnh viện huyện trên địa bàn tỉnh thì chúng tôi xây dựng chương trình, thứ ba là chúng tôi đánh giá thực tại trình độ

chuyên môn của cán bộ y tế tuyến huyện hoặc xã theo từng chuyên ngành khác nhau, vị trí công tác, thứ tư là chúng tôi căn cứ vào điều kiện thực tế của các bệnh viện huyện và cuối cùng là nhu cầu học tập, tham gia các lớp ĐTLT của các CBYT ấy thì chúng tôi xây dựng cái kế hoạch này. Việc khảo sát nhu cầu đào tạo liên tục chúng tôi cũng vừa thực hiện gần đây thông qua công văn số 1642 của SYT tháng 7 năm vừa rồi. (PVS-CBQL SYT).

Trình độ chuyên môn của CBYT, chức năng nhiệm vụ, điều kiện cơ sở vật chất trang thiết bị, công tác khám chữa bệnh và nhu cầu học tập nâng cao trình độ chuyên môn của CBYT, công tác khám chữa bệnh tại các bệnh viện huyện/xã trên địa bàn tỉnh là các căn cứ để xây dựng kế hoạch ĐTLT hàng năm kế hoạch 5 năm cho CBYT bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thanh Hóa.

3.2. Khả năng cung cấp đào tạo liên tục cho CBYT

Triển khai kế hoạch ĐTLT cho CBYT

Theo quy định của Bộ Y tế, sau khi có kế hoạch ĐTLT được phê duyệt cần được triển khai tới các đơn vị đào tạo xây dựng kế hoạch hàng năm, các cơ sở ĐTLT cần thông báo công khai, rộng rãi khóa học do đơn vị tổ chức để người học chủ động lựa chọn, bố trí kế hoạch tham gia khóa học.

Hộp 3: *Về ĐTL cho cán bộ y tế, sau khi kế hoạch được phê duyệt chính thức, chúng tôi thông báo đến cho từng đơn vị trên địa bàn tỉnh. Chúng tôi cũng thiết kế tổ chức các khóa học ngắn hạn vào thời gian cuối tuần để các cán bộ có thể tham gia nhiều hơn. Xét riêng về mảng y học cổ truyền, hiện đơn vị chúng tôi chưa có triển khai khóa học nào liên quan đến lĩnh vực này. Song thời gian sắp tới, chúng tôi dự kiến sẽ triển khai khóa học trên. Về nguồn lực cho công tác y học cổ truyền, theo tôi thấy vẫn còn yếu do chuyên ngành cũng có nhiều hạn chế, các lớp để tham gia học hay muốn học thêm chuyên ngành khác cũng khó, hạn chế rất nhiều. Nếu có thể cần phát triển mạnh mẽ lĩnh vực này hơn nữa vì y học hiện đại kết hợp với y học cổ truyền là phương châm đúng đắn của ngành y tế nước ta. (PVS-CBQL BV 01).*

Các kế hoạch ĐTLT đã được Sở Y tế phê duyệt theo quy định của Bộ Y tế; Sở Y tế Thanh Hóa có trách nhiệm quản lý chặt chẽ việc cấp chứng nhận đào tạo liên tục và thẩm định chương trình, tài liệu đào tạo của các đơn vị thuộc Sở. Hàng năm Sở cũng đã báo cáo về Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo) theo định kỳ đúng với hướng dẫn của thông tư số 07/2008/TT-BYT.

Hộp 4: *Trên cơ sở kế hoạch Sở Y tế tỉnh giao cho chúng tôi, xây dựng các kế hoạch cho từng chương trình ĐTLT và báo cáo Sở phê duyệt. Sau khi được Sở phê duyệt chương trình, kế hoạch đó chúng tôi sẽ triển khai về các đơn vị có nhu cầu ĐTLT và bắt đầu các khóa học ĐTLT tại đơn vị đăng kí hoặc tại đơn vị chúng tôi. (PVS-CBQL BV 02).*

Các đơn vị xây dựng kế hoạch đào tạo cho từng chương trình đào tạo như dự kiến nội dung bài học (số tiết học lý thuyết, thực hành, ôn tập, kiểm tra), giảng viên, số lượng học viên, mức kinh phí, tài liệu học tập,... trình Sở Y tế tỉnh phê duyệt sau đó sẽ thông báo kế hoạch đào tạo các lớp ĐTLT về các bệnh viện huyện, TYT xã,...

Hộp 5: *Về các kế hoạch 5 năm thì tôi không biết, căn cứ vào chi tiết kế hoạch hàng năm do Sở Y tế giao và bệnh viện định hướng thì chúng tôi xây dựng chương trình và tổ chức ĐTLT cho CBYT. Tôi cũng nhớ, trong năm qua chúng tôi cũng đã mở một lớp ĐTLT cho CBYT công tác trong lĩnh vực y học cổ truyền thì phải. (PVS-CBQL BV 03).*

Như vậy một số đơn vị đào tạo chỉ được triển khai và nắm bắt được kế hoạch ĐTLT từng năm một, kế hoạch 5 năm thì vẫn chưa được triển khai. Qua hộp phỏng vấn trên, thực tế công tác ĐTLT cho các CBYT công tác trong lĩnh vực YHCT thực sự chưa được quan tâm đúng mức.

Các bệnh viện huyện được triển khai kế hoạch đào tạo của từng chương trình, kế hoạch tổng thể hàng năm và 5 năm đều không được triển khai chi tiết về các đơn vị này.

Xây dựng chương trình, tài liệu ĐTLT cho cán bộ y tế.

Chương trình đào tạo, tài liệu là một yếu tố quan trọng để đảm bảo chất lượng đào tạo. Chương trình và tài liệu ĐTLT phải đáp ứng được mục tiêu khóa học đào tạo. Những chương trình cũng như tài liệu trên do cơ sở đào tạo xây dựng và phải được thẩm định ban hành theo quy định trước khi đào tạo.

Hộp 6: Các chương trình và tài liệu đào tạo đó do các đơn vị tổ chức lớp ĐTLT xây dựng và biên soạn. Chúng cũng được Hội đồng chuyên môn của đơn vị, của Sở Y tế thẩm định, phê duyệt trước khi ban hành và giảng dạy. Tuy nhiên theo tôi thấy, Bộ Y tế cần có những tài liệu ĐTLT theo chuẩn chung tất cả các chuyên ngành thì tốt để các đơn vị tham khảo, xây dựng phù hợp với tình hình tại địa phương mình. (PVS-CBQL BV 03).

Việc xây dựng chương trình và tài liệu đào tạo được giao cho các đơn vị đào tạo thực hiện và Sở Y tế phê duyệt trước khi triển khai đào tạo.



Hộp 7: Sau khi nhận được kế hoạch chỉ tiêu hàng năm, chúng tôi phối hợp với các Bộ môn chuyên ngành, Bệnh viện trong tỉnh và các đơn vị chuyên môn khác để tổ chức xây dựng chương trình, tài liệu đào tạo rồi trình Sở Y tế phê duyệt, sau đó mới đưa vào đào tạo giảng dạy. Tuy nhiên cá nhân tôi thấy thủ tục hành chính cho việc thẩm định chương trình, tài liệu đào tạo còn hơi rườm rà, mất nhiều thời gian để lên tài liệu đào tạo chuẩn. Nhưng khi triển khai cụ thể mình thấy nội dung tài liệu cũng cần chỉnh sửa nhiều. (PVS-CBQL BV 04).

Như vậy chương trình, tài liệu ĐTLT cho CBYT tại tỉnh Thanh Hóa do các đơn vị đào tạo phối hợp với các đơn vị chuyên môn xây dựng và được Sở Y tế tỉnh phê duyệt. Trong công tác này có sự phối hợp thực hiện giữa các đơn vị đào tạo và các đơn vị chuyên môn.

Lựa chọn học viên tham gia đào tạo liên tục

Kế hoạch đào tạo và công văn phân bổ chỉ tiêu của Sở Y tế được gửi về các đơn vị, trên cơ sở đó các đơn vị triển khai tới các bệnh viện huyện, xã, nơi có học viên có nhu cầu tham gia các lớp ĐTLT để lên danh sách học viên.

Hộp 8: Khi gửi công văn về ĐTLT cho các đơn vị trên địa bàn tỉnh, chúng tôi có ghi rõ ràng, đầy đủ đối tượng tham gia lớp học và đó chính là tiêu chuẩn lựa chọn học viên, ngoài ra, chúng tôi có gửi kèm kế hoạch trong đó đã ghi rõ đối tượng tham gia và nhiều thông tin quan trọng khác. (PVS-CBQL BV 01).

Khi xây dựng các kế hoạch, chương trình đào tạo, các đơn vị ĐTLT đã có tiêu chí lựa chọn học viên cụ thể cho từng chương trình và được gửi về các đơn vị lựa chọn học viên tham gia. Khi tiếp nhận học viên, đơn vị tổ chức lớp ĐTLT cũng kiểm tra hồ sơ rõ ràng đầy đủ, đủ tiêu chuẩn mới tiếp nhận học viên đó.

Công tác tổ chức triển khai lớp học, tổ chức dạy và học quyết định chất lượng đào tạo, các bước để tổ chức một khóa học được bao gồm: Chuẩn bị nguồn lực, dự trù kinh phí; xây dựng tài liệu chương trình, xây dựng kế hoạch tài chính; Xây dựng biên bản ghi nhớ hợp tác (nếu có hợp tác đào tạo) và xây dựng thông báo tuyển sinh,...

Cán bộ giảng dạy là những giảng viên có kinh nghiệm về lĩnh vực nội dung lớp được đào tạo. Danh sách giảng viên cũng được Sở Y tế phê duyệt cùng với chương trình đào tạo.

Hộp 9: Mỗi lớp tổ chức khoảng 15-20 hoặc đến 30 học viên thôi. Học lý thuyết và thực hành tại bệnh viện. Phương pháp thuyết minh là chủ yếu dựa trên phương tiện cũng gọi

như bây giờ là tích cực rồi đó là sử dụng bài giảng điện tử, ...bản chất là những bác sĩ giỏi nhưng vì là chỉ qua một khóa học sư phạm y học có 10 ngày nên cách tiếp cận cơ bản vẫn là thuyết minh, các phương pháp dạy học tích cực khác vẫn chưa được phát huy nhiều. (PVS-CBQL-GV 06).

Số học viên bố trí như vậy là phù hợp, tuy nhiên phương pháp giảng dạy của các giảng viên chủ yếu vẫn là thuyết minh, chưa áp dụng nhiều phương pháp dạy học tích cực.

Hộp 10: Nên sắp xếp các học viên có cùng trình độ, độ tuổi hoặc có khoảng cách xa gần vào một lớp bởi vì một số đồng chí ở xa, tuổi cao khi học không thực sự nghiêm túc làm chúng tôi muốn học rồi cũng thấy chán, làm ảnh hưởng tới không khí học tập nói chung và chất lượng học tập nói riêng. (PVS-HV 07).

Các học viên được sắp xếp ngẫu nhiên vào một lớp học, không phân theo trình độ chuyên môn, tuổi giới hay địa vị công tác.

Công tác đánh giá học viên trước, trong và sau đào tạo

Việc đánh giá sau đào tạo giúp giáo viên, nhà quản lý trả lời câu hỏi: mục tiêu của bài học hay khóa học đào tạo đã đạt được hay chưa? Qua đó cũng là tiêu chuẩn để nhà quản lý cấp giấy chứng nhận hoặc chứng chỉ cho học viên đạt yêu cầu khóa học đề ra.

Hộp 11: Khảo sát đầu vào của cán bộ thi trước đây khi đào tạo cũng có một số bài kiểm tra và sau quá trình đào tạo cũng có những bài kiểm tra lý thuyết hoặc thực hành đầu ra, ...Thực tế thi cần nhiều hình thức và nhiều cách đánh giá khác nhau nhưng mà so sánh kết quả bài kiểm tra đầu vào đầu ra hoặc chỉ dựa vào đầu ra thì có sự khác biệt lớn. Dựa vào đó có thể thấy được quá trình đào tạo là có giá trị tuy nhiên cần tiếp tục phát triển cải tiến phương pháp đánh giá nhất là về ứng dụng, thực hành trong công việc chuyên môn của từng học viên. (PVS-CBQL 03).

Có thể thấy rằng đánh giá bằng bài kiểm tra đầu vào và bài kiểm tra đầu ra là cách làm phổ biến chung trong công tác tập huấn cũng như ĐTLT hiện nay.

Công tác giám sát đào tạo

Về phương pháp giám sát trực tiếp hoặc gián tiếp, về hình thức có thể là giám sát định kỳ hoặc đột xuất và có thể thực hiện bằng phương thức tự giám sát hay giám sát từ bên ngoài.

Hộp 12: Chúng tôi căn cứ vào kế hoạch đào tạo, chỉ đạo các cơ sở đào tạo phải đánh giá học viên ngay từ đầu vào,

đầu ra hay trong quá trình học tập. Cuối khoá báo cáo kết quả khóa học về Sở. Sau khóa học, học viên về đơn vị mình công tác cũng phải có quá trình đánh giá trong quá trình làm việc sau này. (PVS-CBQL SYT)

Công tác giám sát của Sở Y tế chủ yếu là thực hiện giám sát gián tiếp qua văn bản báo cáo, qua ý kiến của cán bộ quản lý trực tiếp CBYT.

Sở Y tế cũng kiểm tra về giờ giấc lên lớp của giảng viên, kiểm tra lấy số liệu thông qua cán bộ phụ trách lớp học và phản hồi của học viên sau khóa học. Sau khóa học, đơn vị tổ chức lớp học phải hoàn thiện đầy đủ hồ sơ trình Sở Y tế tỉnh cấp chứng chỉ ĐTLT cho học viên.

Như vậy các đơn vị đào tạo tổ chức giám sát bằng cả hình thức gián tiếp và trực tiếp, sau khóa học các học viên đủ điều kiện sẽ được Sở Y tế cấp chứng chỉ ĐTLT

Công tác tài chính phục vụ cho công tác ĐTLT

Nguồn tài chính phục vụ cho công tác ĐTLT có thể lấy từ nhiều nguồn khác nhau: ngân sách nhà nước, ngân sách của đơn vị, nguồn thu học phí của học viên, nguồn hỗ trợ từ các dự án và các nguồn hợp pháp khác.

Hộp 13: *Ngân sách dùng cho các chương trình ĐTLT do mình quản lý hầu hết là những nguồn ngân sách của tỉnh và ngân sách từ các chương trình mục tiêu quốc gia kết hợp với mức đóng học phí của học viên, mức phí hỗ trợ của đơn vị cử học viên tham gia. (PVS-CBQL).*

Nguồn ngân sách phục vụ cho công tác ĐTLT hiện nay trên địa bàn tỉnh chủ yếu lấy từ ngân sách của tỉnh và các chương trình mục tiêu quốc gia kết hợp với học phí của học viên. Như vậy ngoài học phí đóng góp từ học viên thì cũng đã có sự hỗ trợ kinh phí từ các nguồn khác nhau.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng cung cấp đào tạo liên tục cho CBYT

Cho đến nay, trên địa bàn tỉnh chỉ có 4 bệnh viện đủ điều kiện tham gia đào tạo liên tục cho cán bộ Y tế là Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Phụ sản tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Nhi tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Lao và bệnh phổi tỉnh Thanh Hóa. Tuy các bệnh viện trên đều có khoa Đông Y/YHCT song chưa phải là những bệnh viện chuyên sâu về lĩnh vực YHCT. Các bệnh viện trên chủ yếu tổ chức các khóa học ĐTLT về lâm sàng như nội soi tai mũi họng, Siêu âm cơ bản, Quản lý bệnh viện, Chồng nhiễm khuẩn bệnh viện. Bởi vậy các khóa học đào tạo liên tục về YHCT cho CBYT còn hạn chế về mặt số lượng cũng như chất lượng và ít được quan tâm hơn.

Tại tỉnh Thanh Hóa, công tác ĐTLT theo hướng dẫn của Bộ Y tế cho CBYT đã được triển khai từ năm 2011, Sở Y tế tỉnh Thanh Hóa đã thành lập Ban chỉ đạo ĐTLT và xây dựng các kế hoạch 5 năm và kế hoạch hàng năm cho ĐTLT

4.2. Khả năng cung cấp đào tạo liên tục cho CBYT

Kế hoạch ĐTLT hàng năm cho CBYT của tỉnh Thanh Hóa đã được triển khai rộng rãi đến từng đơn vị. Tuy nhiên một số đơn vị đào tạo chỉ được triển khai và nắm bắt được kế hoạch ĐTLT từng năm một, kế hoạch 5 năm thì vẫn chưa được triển khai gây nhiều khó khăn và dẫn tới thụ động trong xây dựng kế hoạch hàng năm. Điều này cho thấy, công tác ĐTLT cho các CBYT đang công tác trong lĩnh vực YHCT thực sự chưa được quan tâm đúng mức.

Tất cả các học viên được hỏi đều cho rằng tài liệu ĐTLT được biên soạn có chất lượng tốt, các học viên đều đọc lại tài liệu sau khi kết thúc khóa học.

Chương trình, tài liệu ĐTLT cho CBYT tại tỉnh Thanh Hóa được các đơn vị đào tạo xây dựng và trình Hội đồng của Sở Y tế tỉnh phê duyệt trước khi đào tạo. Các đơn vị ĐTLT đã phối hợp các đơn vị có chuyên môn để biên soạn chương trình và tài liệu. Theo hướng dẫn về quản lý ĐTLT của Bộ Y tế, các chương trình và tài liệu ĐTLT cần được các cấp có thẩm quyền phê duyệt trước khi tổ chức các khóa học. Công tác này đã được thực hiện đầy đủ tại tỉnh Thanh Hóa. Nhờ vậy mà chất lượng tài liệu được các học viên và cán bộ quản lý đánh giá cao và hữu ích cho người học.

Trong công tác lựa chọn học viên tham gia lớp học ĐTLT, các đơn vị cung cấp ĐTLT y tế tại tỉnh Thanh Hóa đã thực hiện theo đúng hướng dẫn của Bộ Y tế, các tiêu chí lựa chọn học viên rõ ràng và công khai rộng rãi. Việc có tiêu chí lựa chọn học viên rõ ràng và công khai rộng rãi các tiêu chí đó đã tạo thuận lợi cho các CBYT cũng như các lãnh đạo đơn vị y tế trong việc lựa chọn và cử cán bộ tham gia các lớp học. Vậy nên các học viên tham gia các lớp học đúng đối tượng, phù hợp với trình độ, chuyên môn của mình.

Giảng viên là những người có trình độ chuyên môn cao và có kinh nghiệm về lĩnh vực giảng dạy. Việc bố trí lớp học ĐTLT có từ 25 đến 30 học viên là hợp lí. Tuy nhiên trong công tác tổ chức dạy và học còn gặp một số vấn đề chưa phù hợp.

Việc sắp xếp học viên một cách ngẫu nhiên như đang thực hiện thực sự chưa hợp lý. Về ý kiến xếp học viên theo độ tuổi và theo khoảng cách là không cần thiết, trên thực tế cần đa dạng các yếu tố này để có sự hỗ trợ giữa các học viên quá trình học tập. Nên sắp xếp học viên vào các lớp học theo trình độ chuyên môn, như vậy sẽ thuận lợi cho quá trình giảng dạy và tổ chức học tập.

Đa số giáo viên có kỹ năng giảng dạy tốt, tuy nhiên phương pháp giảng dạy chủ yếu là thuyết trình, vẫn có giáo



viên được học viên đánh giá là chưa có cách tiếp cận phù hợp trong giảng dạy. Điều này sẽ ảnh hưởng đến tâm lý học viên và hiệu quả học tập của học viên. Cần có những buổi trao đổi về chuyên môn nghiệp vụ giữa các giáo viên nhằm học hỏi, chia sẻ kinh nghiệm chon hay đề các giáo viên ĐTLT đều có phương pháp tốt trong giảng dạy.

Các đơn vị hiện nay đều đánh giá học viên bằng một bài kiểm tra đầu vào và một bài kiểm tra đầu ra. Đó có thể là những bài kiểm tra lý thuyết hay thực hành tùy theo nội dung lớp học đào tạo. Theo đánh giá của học viên có những đơn vị ĐTLT thì tổ chức đánh giá nghiêm túc, có những đơn vị thì vẫn mang tính hình thức, chưa thực sự nghiêm túc. Việc tổ chức đánh giá như vậy cũng có ảnh hưởng đến tâm lý của người học và dẫn tới hiệu quả chưa cao. Cần quan tâm đến đánh giá trong quá trình học, qua đó tác động đến động cơ học tập của học viên, giúp học viên tích cực và chủ động hơn trong việc học tập.

Hiện tại công tác giám sát ĐTLT được giao cho các đơn vị tổ chức đào tạo tự giám sát và báo cáo kết quả về Sở Y tế. Việc giám sát như vậy có ưu điểm là thuận tiện và dễ thực hiện, tuy nhiên nhược điểm của phương pháp này là không kịp thời và thiếu khách quan. Để hỗ trợ kịp thời công tác tổ chức ĐTLT của các đơn vị và có đánh giá khách quan hơn về chương trình ĐTLT, Sở Y tế cần đa dạng các hình thức tổ chức giám sát: Sở Y tế giám sát trực tiếp, lập đoàn thanh tra kiểm tra các chương trình, cơ sở vật chất phục vụ cho công tác ĐTLT của từng đơn vị đào tạo,...

Các chương trình ĐTLT đã được triển khai trong giai đoạn qua có nguồn tài chính từ sử dụng nguồn ngân sách của đơn vị và các chương trình mục tiêu y tế quốc gia, hỗ trợ từ các dự án và việc đóng góp học phí của học viên. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, ngân sách phục vụ cho ĐTLT có thể lấy từ ngân sách đơn vị, các chương trình dự án hoặc do người học đóng góp. Tuy nhiên đối với ĐTLT cho CBYT, vì đặc thù cán bộ công tác tại bệnh viện tuyến huyện có mức

thu nhập không cao, rất khó khăn về kinh tế, vậy nên việc thu học phí thu học phí từ người học là không khả thi, vẫn cần có chính sách hỗ trợ kinh phí từ ngân sách nhà nước, đơn vị và ngân sách hỗ trợ từ các chương trình dự án để triển khai công tác ĐTLT cho CBYT

V. KẾT LUẬN

- Có 4 bệnh viện tại tỉnh Thanh Hóa đủ điều kiện tham gia đào tạo liên tục cho CBYT.

- Kế hoạch ĐTLT 5 năm vẫn chưa được xây dựng.

- Chương trình, tài liệu ĐTLT cho CBYT tại tỉnh Thanh Hóa do các đơn vị đào tạo phối hợp với các đơn vị chuyên môn xây dựng và được Sở Y tế tỉnh phê duyệt. Trong công tác này có sự phối hợp thực hiện giữa các đơn vị đào tạo và các đơn vị chuyên môn.

- Các đơn vị ĐTLT đã có tiêu chí lựa chọn học viên cụ thể cho từng chương trình và được gửi về các đơn vị lựa chọn học viên tham gia.

- Số lượng học viên trên 1 lớp ĐTLT dao động từ 25 đến 30 học viên.

- Đa số giáo viên có kỹ năng giảng dạy tốt, tuy nhiên phương pháp giảng dạy chủ yếu là thuyết trình, vẫn có giáo viên được học viên đánh giá là chưa có cách tiếp cận phù hợp trong giảng dạy

- Vẫn còn những đơn vị ĐTLT tổ chức đánh giá học viên trước và sau đào tạo chưa thực sự nghiêm túc.

- Các chương trình ĐTLT đã được triển khai có nguồn tài chính từ sử dụng nguồn ngân sách của đơn vị và các chương trình mục tiêu y tế quốc gia, hỗ trợ từ các dự án và đóng góp học phí của học viên.

- Công tác đánh giá tác động của ĐTLT cho CBYT tại tỉnh Thanh Hóa đã được quan tâm, tuy nhiên hoạt động này chưa thực sự được thực hiện đồng bộ, mang tính chất lồng ghép với các chương trình khác. Việc đánh giá còn rất nhiều hạn chế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. WHO (2000), Progress in Essential Drugs and Medicines Policy 1998 - 1999, Health Technology and Pharmaceuticals Cluster, WHO/EDM/2000.2.
2. Phạm Hưng Củng (1996), Nghiên cứu ứng dụng xã hội hóa YHCT chăm sóc sức khỏe ban đầu tại cộng đồng trong nền kinh tế thị trường có định hướng XHCN, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II.
3. Chính phủ Việt Nam (2003), Quyết định về việc ban hành Chiến lược về đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế giai đoạn đến 2020 và định hướng 2030.
4. Bộ Y tế (2013), Thông tư 22 Hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế, Nhà xuất bản Y học.
5. Bộ Y tế (2008), Thông tư số 07/2008/TT-BYT hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế.

THỰC TRẠNG VỆ SINH TRƯỜNG HỌC TẠI 2 TRƯỜNG TIỂU HỌC, HUYỆN KIM BẢNG, TỈNH HÀ NAM

Dương Văn Tú¹, Nguyễn Trường Yên¹

TÓM TẮT

Vệ sinh trường học không đảm bảo sẽ trực tiếp và gián tiếp gây những ảnh hưởng xấu đến sức khỏe và khả năng học tập của học sinh, **Với mục Tiêu:** Mô tả thực trạng vệ sinh trường học tại 2 trường tiểu học, huyện Kim Bảng, tỉnh Hà nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang vệ sinh trường học 2 trường tiểu học. **Kết quả:** Diện tích khu trường, sân chơi, bãi tập, cây xanh, phòng học đều đạt tiêu chuẩn vệ sinh trường học. Cường độ chiếu sáng tự nhiên lớp học bình quân là 301lux. Đạt chỉ số chiếu sáng tự nhiên lớp học theo quy định. 2 trường học có nước uống cho học sinh, nước rửa tay đạt yêu cầu nhưng chưa có xà phòng rửa tay. Nhà tiêu, nhà tiểu, xử lý rác thải, nước thải đều đạt quy định vệ sinh trường học.

Cường độ chiếu sáng nhân tạo lớp học bình quân chung cho các khối của 2 trường là 310 lux, đạt tiêu chuẩn quy định. Cường độ chiếu sáng nhân tạo lớp học ở khối lớp 1 là 224lux, khối lớp 2 là 137lux, khối lớp 3 là 215lux, khối lớp 4 là 557lux và khối lớp 5 là 418lux.

Từ khóa: Vệ sinh, trường học, tiểu học.

ABSTRACT

Objective: Describe the sanitation situation at school of 2 elementary schools, Kim Bang district, Ha Nam province. **Method:** Studies describing the cross-sectional survey of two elementary schools. **Results:** The area of the school, playground, yard, trees, classrooms are standard school sanitation. Natural light intensity is 301lux per class. Achieve natural lighting indicators prescribed classes. 2 schools have drinking water for students, lotions and unsatisfactory. Latrines, toilets, garbage disposal, waste water will reach school hygiene regulations.

Conclusions: Artificial lighting intensity of the average class for blocks of 2 school classes is 310lux, standard regulations. Artificial lighting intensity in grade 1 class is

224lux, 137lux grade 2, grade 3 is 215lux, 557lux grade 4 and grade 5 is as 418lux.

Keywords: Sanitation situation, school, elementary school.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vệ sinh trường học là một trong những công tác quan trọng nhằm chăm sóc sức khỏe cho học sinh, góp phần đào tạo một thế hệ trẻ vừa có đầy đủ sức khỏe, kiến thức và có đạo đức tốt cho xã hội [3]. Vệ sinh trường học không đảm bảo sẽ trực tiếp và gián tiếp gây những ảnh hưởng xấu đến sức khỏe và khả năng học tập của học sinh, là nguyên nhân gây nên những bệnh tật học đường như cận thị, cong vẹo cột sống. Tỷ lệ học sinh bị cong vẹo cột sống còn ở mức cao, vẫn chưa được khống chế. Một số kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ mắc cong vẹo cột sống ở học sinh khá cao, từ khoảng 17,3% cho đến 38,1% tùy từng địa phương [1,5]. Theo Thống kê của Bộ Y tế, năm 2011, có 66.224 trường hợp mắc sốt xuất huyết, trong đó 50% là trẻ em [4,6]. Để có cơ sở khoa học để đưa ra những giải pháp phù hợp cải thiện, nâng cao chất lượng tốt hơn nữa về công tác vệ sinh trường học tại các trường tiểu học, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả thực trạng vệ sinh trường học tại 2 trường tiểu học, huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu:

- 2 trường tiểu học huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

- Điều kiện vệ sinh trường, lớp, trang thiết bị học tập.
- Điều kiện chăm sóc sức khỏe học sinh tại trường.

2.2.1 Thời gian tiến hành nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 9 năm 2015 đến 12 năm 2015.

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

1. Trung Tâm Y tế dự phòng Hà Nam

2.2.3. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

2.2.3.1. Cơ mẫu để điều tra thực trạng vệ sinh trường học.

Từ danh sách của Phòng Giáo dục và Đào tạo huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam có 18 trường tiểu học trong đó có 7 trường trong diện miền núi, trường còn lại thuộc đồng bằng. Chọn chủ đích 2 trường tiểu học Liên Sơn xã Liên Sơn và trường tiểu học Ngọc Sơn xã Ngọc Sơn.

2.2.3.2. Cơ mẫu phòng học.

Tổng số phòng học cần đo đạc, mỗi khối 1 lớp chọn 1 phòng tương ứng 5 phòng học/5 khối, (5 khối × 2 trường) = 10 phòng có cả tầng trên và tầng dưới.

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu.

Chúng tôi tiến hành đo, quan sát thực tế trong, ngoài trường học, phòng học tại 2 trường. Thông tin thu thập dựa trên bảng kiểm đã được chuẩn bị sẵn. Chỉ tiêu là đánh giá các chỉ số về vệ sinh trường học, vệ sinh lớp học, các công trình vệ sinh trong trường học và điều kiện chăm sóc sức khỏe học sinh của 2 trường, theo Quyết định số 1221/2000/QĐ-BYT ngày 18/4/2000 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu sau khi thu thập được nhập bằng phần mềm Epi-Data 3.1 và xử lý, phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng về điều kiện vệ sinh môi trường học tập.

Bảng 3.1. Phân bố diện tích mặt bằng/học sinh theo trường.

Trường	Diện tích (m ²)	Diện tích (m ²)/1 học sinh
Liên Sơn	6,000	23,3
Ngọc Sơn	4,555	12,5
Chung	10,555	17,0

Bảng 3.5. Số học sinh bình quân theo lớp và diện tích phòng học/1 học sinh.

Khối lớp	Số học sinh bình quân/lớp			Diện tích phòng học/m ² / học sinh)		
	Liên Sơn	Ngọc Sơn	Chung	Liên Sơn	Ngọc Sơn	Chung
Khối lớp 1	31	29	30	1,6	1,7	1,6
Khối lớp 2	22	23	22	2,2	2,1	2,1
Khối lớp 3	24	28	26	2,0	1,7	1,8
Khối lớp 4	24	28	26	2,0	1,7	1,8
Khối lớp 5	26	33	29	1,9	1,5	1,7
Chung	25	28	26	2,0	1,7	1,8

Nhận xét: Số học sinh trong mỗi lớp học đạt tiêu chí

Nhận xét: Diện tích cả 2 trường đều đảm bảo diện tích theo quy định. TC 1221: (10 m²/1 học sinh).

Bảng 3.2. Phân bố diện tích cây xanh.

Trường	Diện tích cây xanh (m ²)	Tỷ lệ % TC 1221: (20-40%)
Liên Sơn	2,100	35,0
Ngọc Sơn	1,366	30,0
Chung	3,466	32,8

Nhận xét: Diện tích cây xanh chung 2 trường đạt 32,8% diện tích khuôn viên.

Bảng 3.3. Đảm bảo nước uống đủ số lượng, chất lượng.

Nước uống cho học sinh	Liên Sơn	Ngọc Sơn
	SL	SL
Nước đóng bình	1	1
Nước đun sôi để nguội	0	0
Nước qua bình lọc	0	0

Nhận xét: 2 trường đều bố trí nước uống cho học sinh bằng nước đóng bình.

Bảng 3.4. Tiêu chí khu vệ sinh học sinh.

Tiêu chí	Liên Sơn		Ngọc Sơn		Chung	
	SL		SL		SL	
Chậu rửa tay	0		0		0	
Vòi rửa tay	1		1		2	
Xà phòng rửa tay	0		0		0	

Nhận xét: Khu vệ sinh cho học sinh chưa đạt tiêu chí quy định không có chậu rửa tay và xà phòng

3.1.3. Thực trạng điều kiện phòng học.

3.1.3.1. Diện tích phòng học.

3.1.3.2. *Chiếu sáng lớp học.*

Bảng 3.7. Số phòng đạt chỉ tiêu phòng học thuận chiều ánh sáng

Trường Khối học	Liên Sơn (n=5)		Ngọc Sơn (n=5)		Chung (n=10)	
	SL	Đạt	SL	Đạt	SL	Đạt
	Khối lớp 1	1	1	1	0	2
Khối lớp 2	1	1	1	0	2	1
Khối lớp 3	1	1	1	1	2	2
Khối lớp 4	1	1	1	1	2	2
Khối lớp 5	1	1	1	1	2	2
Chung	5	5	5	3	10	8

Nhận xét: Có 8/10 phòng học kiểm tra thuận chiều ánh sáng, 2/10 phòng không thuận chiều ánh sáng.

Bảng 3.8. Cường độ chiếu sáng tự nhiên theo trường

Trường	Cường độ chiếu sáng tự nhiên lớp học (Lux)				
	X	Max	min	Số mẫu	Đạt
Liên Sơn	207	305,6	108,3	5	5
Ngọc Sơn	396,3	687,1	105,6	5	5
Chung	301,6	496,3	107	10	10

Nhận xét: Cường độ chiếu sáng tự nhiên trong lớp học tính bình quân đều đạt tiêu chuẩn cả ở 2 trường.

Bảng 3.9. Cường độ chiếu sáng tự nhiên ngoài trời và hệ số (K.E.O) theo trường.

Tiêu chí Trường	Chiếu sáng ngoài trời (lux)	Tối đa (lux)	Tối thiểu (lux)	Đạt hệ số K.E.O $\geq 3\%$ (n=10)	Tỷ lệ
Liên Sơn	546,4	687,3	405,6	5	50%
Ngọc Sơn	348,6	489,0	208,3	5	50%
Chung	447,5	588,1	307	10	100%

Nhận xét: Cường độ chiếu sáng tự nhiên ngoài trời bình quân đạt tiêu chí.

Bảng 3.10. Số phòng đạt chỉ tiêu chiếu sáng tự nhiên lớp học theo trường.

Tiêu chí	Trường	Liên Sơn (n=5)	Ngọc Sơn (n=5)	chung (n=10)	
				Đạt	TL
Thuận chiều ánh sáng		5	3	8	80%
Có diện tích cửa sổ $\geq 20\%$		2	5	7	70%
Có cường độ chiếu sáng tự nhiên $\geq 100\text{lux}$		5	5	10	100%
Đạt hệ số K.E.O $\geq 3\%$		5	5	10	100%
Đạt cả 4 chỉ tiêu		2	3	5	50%

Nhận xét: Cả 2 trường đều lắp bóng đèn không hợp lý theo quy định. 100% phòng học đều treo bóng chiếu sáng cao hơn quạt trần.

Bảng 3.11. Cường độ chiếu sáng nhân tạo tại các phòng học.

Khối học	Cường độ chiếu sáng nhân tạo lớp học (Lux) (n=10)				
	Bình quân	Tối đa	Tối thiểu	Số phòng	Đạt 6 điểm $\geq 300\text{lux}$
Khối lớp 1	224,0	305,6	142,5	2	0
Khối lớp 2	137,3	150,1	124,6	2	0
Khối lớp 3	215,2	256,5	174,0	2	0
Khối lớp 4	557,0	952,3	161,6	2	0
Khối lớp 5	418,4	713,3	123,5	2	0
Chung	310,3	475,5	145,2	10	0

Nhận xét: Bình quân cường độ chiếu sáng nhân tạo lớp học ở các khối lớp học của 2 trường đạt tiêu chuẩn quy định

Bảng 3.19. Số phòng đạt chỉ tiêu về chiếu sáng nhân tạo phòng học.

Nội dung	Trường	Liên Sơn	Ngọc Sơn
		SL	SL
Đủ số bóng đèn và công suất		0	0
Có vị trí bóng đèn hợp lý		0	0
Có cường độ chiếu sáng tự nhiên $\geq 300\text{lux}$ đồng đều ở các điểm		0	0

Nhận xét: Các phòng thiếu số bóng đèn và thiếu công suất để tăng cường chiếu sáng, vị trí bóng đèn không hợp lý, không đạt cường độ chiếu sáng nhân tạo.

3.1.3.3. *Thực trạng điều kiện thông gió, vi khí hậu, tiếng ồn lớp học.*

Bảng 3.12. Đảm bảo thông gió nhân tạo lớp học.

Trường	Liên Sơn	Ngọc Sơn
Thông gió quạt trần	5	5
Quạt treo tường bàn	5	5

Nhận xét: 100 phòng học đạt thông gió nhân tạo bằng quạt trần và quạt treo tường, số quạt từ 2 - 3 quạt/phòng học.

3.1.4. Thực trạng điều kiện bàn ghế học sinh, bảng.

3.1.4.1. Kích thước bàn ghế.

Bảng 3.13. Kích thước bàn ghế đối chiếu so với lớp học.

Chỉ số bàn ghế	Chiều cao Bàn (cm)		Chiều dài bàn (cm)		Chiều cao ghế (cm)		Hiệu số bàn,ghế(cm)		Tiêu chuẩn
	Liên sơn	Ngọc Sơn	Liên sơn	Ngọc Sơn	Liên sơn	Ngọc Sơn	Liên sơn	Ngọc Sơn	
K. lớp 1	62	59	120	120	36	30	26	29	19
K. lớp 2	57	67	120	120	28	36	29	31	19 - 20
K. lớp 3	65	66	190	120	37	36	28	30	20 - 21
K. lớp 4	62	64	190	120	37	36	25	28	21 - 22
K. lớp 5	65	64	190	120	37	36	28	28	23

Nhận xét: Kích thước bàn ghế ở tất cả các khối lớp, không bằng kích thước chuẩn.

3.1.5. Thực trạng các công trình nhà vệ sinh trong trường.

3.1.5.1. Về nhà Tiêu.

Bảng 3.14. Loại nhà tiêu sử dụng cho học sinh.

Trường	Loại nhà tiêu	Tiêu chí vệ sinh
Liên Sơn	Tự hoại	Đạt
Ngọc Sơn	Thấm dột nước	Đạt

Nhận xét: Các trường đều có sử dụng các loại nhà tiêu hợp vệ sinh.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu tại 2 trường tiểu học thuộc huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam cho thấy; vị trí xây dựng trường trường Liên Sơn học sinh đi xa nhất 3,5km, trường Ngọc Sơn xây dựng sát đường giao thông liên xã nên bất an toàn. Diện tích trường Liên Sơn là: 6000m² đạt 23,3m²/1 học sinh, diện tích trường Liên Sơn là: 4555m² đạt 12,5m²/1 học sinh. Với các dãy phòng học 2 tầng và hướng lấy ánh sáng đều đảm bảo quy định, điều đặc biệt là trường tiểu học Liên Sơn có 1 khu nhà đa năng rất thuận tiện cho học sinh rèn luyện thể dục thể thao vui chơi giải trí.

Tình hình nước uống cho học sinh đã được cải thiện đáng kể trong nhiều năm gần đây. Theo kết quả thấy tình hình nước sinh hoạt cho học sinh khá tốt. 2/2 trường học có nước sinh hoạt và toàn bộ dùng nguồn nước mưa và nước giếng khoan

qua lọc. Số vòi nước cho học sinh là đạt yêu cầu.

Bình quân số học sinh/lớp chung cho cả 5 khối của 2 trường là: 26 em/lớp, phù hợp theo quy định 1,6m²/học sinh, đạt tiêu chuẩn quy định (1,1-1,25m²/học sinh).

Kết quả đo cường độ chiếu sáng tại 2 trường bằng lux chưa đạt được sự chiếu sáng đồng đều trong các phòng học, chỉ có 5/10 phòng đạt các chỉ tiêu chiếu sáng tự nhiên lớp học, không có phòng học nào đạt tất cả các yêu cầu về chỉ số chiếu sáng nhân tạo (bao gồm đảm bảo cường độ chiếu sáng tự nhiên ≥ 300 lux đồng đều ở các điểm và số bóng đèn đủ theo quy định). Hiện tại vẫn còn một số phòng của trường tiểu học Liên Sơn chỉ bố trí trong lớp 4 bóng đèn tròn công suất thấp so với quy định

Các phòng học được khảo sát đều được trang bị thông gió nhân tạo bằng quạt trần. Số quạt từ 2 - 4 quạt/ phòng học. Trung bình nhiệt độ trong các phòng học là: 200C, độ ẩm trung bình chung là: 60% và vận tốc chuyển động không khí là: 0,1 m/s, các chỉ số đều đạt yêu cầu quy định.

Các khối lớp học, hiệu số bàn ghế đều cao hơn tiêu chuẩn quy định từ 5 đến 11cm, và hầu hết trong một phòng học chỉ bố trí một loại và một cỡ bàn ghế. Đặc biệt ở khối 3, khối 4 và khối 5 của trường miền núi Liên Sơn vẫn còn bố trí loại bàn ghế 4 chỗ ngồi có chiều dài 190cm chiều sâu ghế 17cm và có hiệu số bàn ghế đều cao hơn quy định. 2 trường học đã trang bị đủ số lượng nhà tiêu cho học sinh, với loại nhà tiêu tự hoại và thấm dột nước.

V. KẾT LUẬN

- Diện tích khu trường, sân chơi, bãi tập, cây xanh, phòng

học đều đạt tiêu chuẩn vệ sinh trường học.

- Cường độ chiếu sáng tự nhiên lớp học bình quân là 301lux. Đạt chỉ số chiếu sáng tự nhiên lớp học theo quy định.

- 100 phòng học đạt thông gió nhân tạo bằng quạt trần và quạt treo tường, số quạt từ 2 - 3 quạt/phòng học.

- Kích thước bàn ghế ở tất cả các khối lớp, không đạt kích thước chuẩn.

- 2 trường học có nước uống cho học sinh, nước rửa và đạt yêu cầu. Về hố tiêu, hố tiêu, xử lý rác, nước thải đều đạt quy định vệ sinh trường học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Bộ Y tế** (2012), *Trường học nâng cao sức khỏe*.
2. **Cục Y tế dự phòng** (2012), *Bộ Y tế, Báo cáo số 112/BC-DP về Thực trạng công tác y tế trường học và định hướng đến năm 2015*.
3. **Lê Thị Mai Chi** (2015), *Thực trạng điều kiện về sinh trường học, chăm sóc y tế tại một số trường tiểu học và trung học cơ sở thành phố Hải Dương năm 2015*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
4. **Vũ Quang Dũng** và cs (2008) *Nghiên cứu thực trạng vệ sinh ở hai trường trung học cơ sở tại tỉnh Thái Nguyên*, Tạp chí Khoa học và Công nghệ 89(01)/1: 221-230.
5. **Ngô Thị Nhu** và CS (2010). *Thực trạng điều kiện học tập của học sinh ở một số trường trung học cơ sở tỉnh Thái Bình năm 2010*, Tạp chí Y học Thực hành (792) - số 11/2011, tr.78-80
6. **Nguyễn Cảnh Phú** (2010), *Thực trạng công tác y tế trường học tại thành phố Vinh tỉnh Nghệ An*, Tạp chí Y học thực hành, số 872, tr.27.
7. **Sở Y tế Hà Nam** (2015), *Báo cáo kết quả công tác y tế dự phòng 6 tháng đầu năm 2015*, số 70/BC-SYT, phần I, mục 5 trang 4.
8. **Nguyễn Đăng Tuệ** (2013), *Đánh giá điều kiện vệ sinh và thực trạng triển khai hoạt động y tế học đường tại các trường tiểu học, trung học cơ sở thuộc tỉnh Hà Nam năm 2013*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.



THỰC TRẠNG CÁN BỘ Y TẾ VẬN CHUYỂN CẤP CỨU CHUYỂN TUYẾN BỆNH NHI, TỪ CÁC BỆNH TUYẾN TỈNH ĐẾN BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2013

Lê Thanh Hải¹, Lê Bá Tuấn¹, Đỗ Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Cán bộ y tế vận chuyển cấp cứu có đủ về số lượng trình độ và kỹ năng đóng vai trò quan trọng và là cần thiết trong quá trình vận chuyển cấp cứu. Nhằm tìm hiểu thực trạng và tìm ra giải pháp xây dựng nguồn nhân lực trong chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang 410 trường hợp vận chuyển cấp cứu chuyển tuyến bệnh nhi từ các bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013.

Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng, chất lượng: 1 nhân viên 65,1%, 2 nhân viên 34,9% trong đó BS và NHS 3,2%, 2 điều dưỡng 31,7%, 1 điều dưỡng 65,1%. Bệnh viện có đội vận chuyển cấp cứu 13,7%; cán bộ y tế thường xuyên tham gia vận chuyển cấp cứu 26,1%; cán bộ có kinh nghiệm 9%; được học APLS 47,3%; Tổng số cán bộ đạt đánh giá kỹ năng cấp cứu là 46,3%.

Từ khóa: Cán bộ y tế; vận chuyển cấp cứu; bệnh viện tuyến tỉnh.

ABSTRACT

REALITY OF HEALTH STAFF IN PATIENT TRANSPORT SERVICE FROM PROVINCIAL HOSPITALS TO VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2013

It is important for health staff who work in patient transport service to have enough personnel and skills in transporting patients. In order to investigate the reality and find out the solution to build up personnel in this service, we carry out a cross-sectional study on 410 cases of patient who was transported from provincial hospitals to the National Children's Hospital in 2013.

The result shows the quality and quantity of health staff on ambulance: only one staff 65,1%, 2 staff 34,9% with one doctor and one nurse 3,2%, 2 nurses 31,7%, 1 nurse 65,1%.

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

hospital having patient transport team 13,7%; staff who frequently take part in patient transport 26,1%; experienced staff 9%; APLS trained staff 47,3%; Total of staff obtained emergency skills 46,3%.

Keywords: Health staff, emergency's patient transport, provincial hospitals.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Jons Hopkins Medicine qui định nhân viên vận chuyển bệnh nhân phải được đào tạo qua các lớp tập huấn cơ bản như cấp cứu nhi khoa nâng cao (PALS), điều dưỡng cấp cứu nhi khoa (ENPC), lớp cấp cứu chấn thương nâng cao cho điều dưỡng (ATCN). Khi vận chuyển bệnh nhân sơ sinh thì phải có một kíp vận chuyển riêng [7]. Có nhiều bệnh rất phức tạp và đa dạng mà cơ sở y tế tiếp nhận bệnh nhân không đủ khả năng để hồi sức và điều trị chuyên sâu [6]. Do đó, bệnh nhân cần phải được chuyển lên tuyến cao hơn với nguyên tắc là bệnh nhân thường xuyên được chăm sóc tốt nhất từ cơ sở tiếp nhận và xử trí ban đầu đến các đơn vị của tuyến trên.

Theo tác giả Lê Thanh Hải việc các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh chưa có đội vận chuyển bệnh nhân cấp cứu với các cán bộ y tế chuyên trách dẫn tới tình trạng cán bộ y tế vận chuyển bệnh nhân không nắm đầy đủ thông tin về người bệnh từ tên, tuổi, chẩn đoán, điều trị, cũng như không có đủ khả năng theo dõi, đánh giá và xử lý các tình huống khẩn cấp xảy ra trong quá trình vận chuyển, dẫn tới tình trạng bệnh nhân nặng lên hoặc tử vong trên đường vận chuyển [1].

Bệnh nhi chuyển tuyến cấp cứu thường là những bệnh nặng, ở tuyến tỉnh không đủ khả năng về trình độ, phương tiện kỹ thuật điều trị và phải đưa đến bệnh viện Nhi Trung ương. Do sức khỏe bệnh nhi thường yếu kém và cần có sự xử trí của nhân viên y tế có đủ trình độ chuyên môn và kỹ năng. Nhằm tìm hiểu thực trạng nhân lực trong vận chuyển cấp cứu chuyển tuyến ở bệnh nhi chúng tôi tiến hành nghiên cứu, qua

đó đề xuất các giải pháp trong việc xây dựng đội ngũ vận chuyển chuyên nghiệp cấp cứu hiệu quả trong việc giảm thiểu tỷ lệ vận chuyển không an toàn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Cán bộ y tế các đội vận chuyển cấp cứu bệnh nhi nặng từ 0-18 tuổi được vận chuyển cấp cứu từ bệnh viện cấp tỉnh hoặc tương đương đến Bệnh viện Nhi Trung ương theo qui định của Bộ Y tế.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian tiến hành nghiên cứu: Từ tháng 5/2013 đến 12/2013

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cấp cứu-Chống độc, phòng khám Cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng

4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p) * N}{d^2 (N-1) + Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}$$

N = 9.500: kích thước quần thể nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ 5/2013 đến tháng 12/2013, do vậy chúng tôi sử dụng số liệu tham khảo số chuyển viện cấp cứu với cùng kỳ năm 2012, tức là từ thời điểm tháng 5 đến tháng 11 năm 2012 có 9.500 bệnh nhi vận chuyển cấp cứu từ bệnh viện tuyến tỉnh, đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

$p = 27,8\% = 0,278$ là tỷ lệ vận chuyển không an toàn, tham khảo từ nghiên cứu vận chuyển chuyên nghiệp cấp cứu từ bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Đồng II (bệnh viện thuộc tuyến trung ương) nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2003 đến tháng 2/2004 của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [3].

$Z = 1,96$ ($\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z).

$d = 0,045$, là sai số tuyệt đối, lấy mức 0,045.

$n = 367$, cỡ mẫu cần nghiên cứu. Với các giá trị trên, thay số ta được số bệnh nhi tối thiểu cần cho nghiên cứu là $n = 367$ bệnh nhi, dự phòng 10% đối tượng nghiên cứu chúng tôi tiến hành thu thập số liệu với 405 trường hợp bệnh nhi cần tiến hành nghiên cứu.

Thực tế trong nghiên cứu chúng tôi thu thập 410 bệnh nhi vận chuyển chuyên nghiệp cấp cứu từ các bệnh viện tuyến tỉnh, bệnh viện khác đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

5. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm

EPIDAT, nhập liệu bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung về nhân viên y tế vận chuyển cấp cứu

Yếu tố		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lượng nhân viên y tế trên xe	1 nhân viên	267	65,1
	2 nhân viên	143	34,9
Chức danh	BS và NHS	13	3,2
	2 Điều dưỡng	130	31,7
	1 Điều dưỡng	267	65,1
Bệnh viện có đội vận chuyển cấp cứu	Có	56	13,7
	Không	354	86,3
Cán bộ y tế tham gia vận chuyển cấp cứu thường xuyên	Có	107	26,1
	Không	303	73,9
Cán bộ y tế có kinh nghiệm làm việc khoa cấp cứu	Có	37	9,0
	Không	373	91,0
Cán bộ y tế được học PLS trên APLS	Có	194	47,3
	Không	216	52,7
TỔNG		410	100

Việc vận chuyển bệnh nhi cấp cứu đa số chỉ có 1 nhân viên y tế với trình độ điều dưỡng chiếm 65,1%, cấp cứu có 2 nhân viên y tế có bác sỹ và nữ hộ sinh là 3,2%, cấp cứu có 2 nhân viên y tế là điều dưỡng chiếm 31,7%. Ở bệnh viện tuyến dưới có đội vận chuyển cấp cứu chỉ chiếm 13,7%. Tỷ lệ tham gia vận chuyển cấp cứu thường xuyên có 26,1%. Tỷ lệ có kinh nghiệm làm việc tại khoa cấp cứu là 9%. Tỷ lệ được học PLS trên APLS là 52,7%.

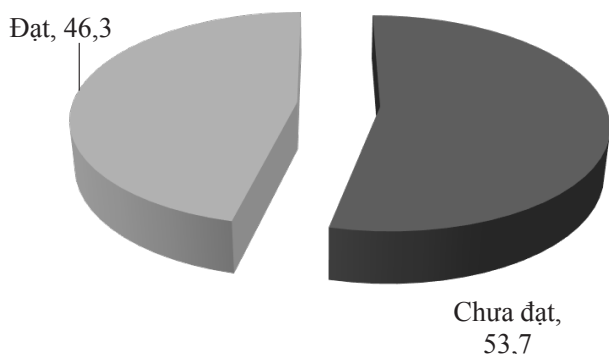
Bảng 2. Phân bố các kỹ năng cấp cứu của các đội vận chuyển cấp cứu

Các yếu tố		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kỹ năng theo dõi đánh giá dấu hiệu nặng	Có	267	65,1
	Không	143	34,9
Kỹ năng bóp bóng Masque	Có	151	36,8
	Không	259	63,2
Kỹ năng đặt nội khí quản	Có	36	8,8
	Không	374	91,2
Kỹ năng đặt đường truyền tĩnh mạch	Có	154	37,6
	Không	256	62,4

Các yếu tố		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kỹ năng xử trí co giật	Có	138	33,7
	Không	272	66,3
Kỹ năng hồi sức tim mạch	Có	99	24,1
	Không	311	75,9
TỔNG		410	100

Kỹ năng của cán bộ trong đội vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu bệnh nhi khi kiểm tra có 34,9% đội không có kỹ năng theo dõi đánh giá dấu hiệu nặng; 63,2% đội không có kỹ năng bóp bóng Masque; 91,2% đội không có kỹ năng đặt nội khí quản; 62,4% đội không có kỹ năng đặt đường truyền tĩnh mạch; 66,3% đội không có kỹ năng xử trí co giật; 75,9% đội không có kỹ năng hồi sức tim mạch.

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ cán bộ đạt các kỹ năng cấp cứu



Có 220 đội cấp cứu cán bộ chưa đạt điểm kỹ năng cấp cứu chiếm tỷ lệ 53,7%, 190 đội cấp cứu cán bộ đạt kỹ năng cấp cứu chiếm tỷ lệ 46,3%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng nhân lực phục vụ cho cấp cứu nếu không tính tài xế lái xe thì đa số là 1 cán bộ y tế là điều dưỡng viên, chiếm tỷ lệ 65,1%, trong khi đó đội cấp cứu có 2 cán bộ y tế là 34,9%, trong đó 1 bác sỹ và 1 nữ hộ sinh là 3,2%, 2 điều dưỡng là 31,7%. Trong báo cáo đề xuất xây dựng hệ thống cấp cứu Nhi khoa (2004) của tác giả Đinh Phương Hòa [2], nhân viên cho mỗi xe cấp cứu phải ít nhất 03 người bao gồm 01 bác sỹ được đào tạo cấp cứu nhi, 01 y tá điều dưỡng nhi, 01 lái xe Warren và cộng sự (2004) khuyến cáo số người vận chuyển phải ít nhất là hai người, đặc biệt khi vận chuyển bệnh nhân nặng không ổn định cần phải có một bác sỹ được đào tạo về xử lý các tình huống hô hấp và tim mạch. Đối với bệnh nhân ổn định người chuyển bệnh nhân có thể chỉ là y tá [8], [9].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả

của tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự [1] tiến hành 2 đợt nghiên cứu chuyên tuyến bệnh nhân nặng từ 25 Bệnh viện Nhi và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bệnh viện Nhi Trung ương, đợt I tháng 11/2007-3/2008, đợt 2, tháng 8/2009- 1/2010. Số cán bộ vận chuyển cấp cứu nhi (không kể lái xe) chỉ có một người chiếm gần 90%, trong đó 81% là y tá, 9,3% nữ hộ sinh và chỉ có 5,8% là bác sỹ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh viện tuyến dưới có đội vận chuyển cấp cứu chỉ chiếm 13,7%, trong khi đó hầu hết các bệnh viện là không có đội vận chuyển cấp cứu. Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự [1] 2007-2010, trong đó ngoại trừ cấp cứu 115 có cán bộ vận chuyển riêng, số còn lại chưa có cán bộ chuyên trách vận chuyển bệnh nhân cấp cứu, cán bộ y tế vận chuyển bệnh nhân đa số là điều dưỡng, hoặc ở khoa có bệnh nhân chuyển viện, hoặc ở khoa Nhi, hoặc ở các khoa khác trong bệnh viện.

Việc các bệnh viện tuyến tỉnh chưa có đội vận chuyển bệnh nhân cấp cứu với các cán bộ y tế chuyên trách dẫn tới tình trạng cán bộ y tế vận chuyển bệnh nhân không nắm đầy đủ thông tin về người bệnh từ tên, tuổi, chẩn đoán, điều trị, cũng như không có đủ khả năng theo dõi, đánh giá và xử lý các tình huống khẩn cấp xảy ra trong quá trình vận chuyển, dẫn tới tình trạng bệnh nhân nặng lên hoặc tử vong trên đường vận chuyển.

Thông thường có kinh nghiệm và thường gian làm việc thường xuyên về cấp cứu thì thực hành cấp cứu sẽ tốt hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cán bộ tham gia vận chuyển cấp cứu thường xuyên chiếm tỷ lệ rất thấp với 26,1%. Kinh nghiệm làm việc tại khoa Cấp cứu cũng chỉ có 9%, tỷ lệ cán bộ được được học PLS trên APLS chiếm 47,3%. Theo tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự [1] kỹ năng cấp cứu ở nhóm chưa học APLS là rất thấp với 80% không đạt yêu cầu, 9% đạt yêu cầu.

Khi tiến hành đánh giá kỹ năng thực hành cấp cứu của các cán bộ y tế ở 410 trường hợp vận chuyển trong nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ có kỹ năng theo dõi đánh giá dấu hiệu nặng là 65,1%, tỷ lệ có kỹ năng bóp bóng Masque là 36,8%, tỷ lệ có kỹ năng đặt nội khí quản 8,8%, tỷ lệ có kỹ năng đặt đường truyền tĩnh mạch là 37,6%, tỷ lệ có kỹ năng xử trí co giật là 33,7%, tỷ lệ có kỹ năng hồi sức tim mạch là 24,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có 220 đội cấp cứu cán bộ chưa đạt điểm kỹ năng cấp cứu chiếm tỷ lệ 53,7%. 190 đội cấp cứu cán bộ đạt kỹ năng cấp cứu chiếm tỷ lệ 46,3%.

Tỷ lệ thực hành kỹ năng thực hành cấp cứu đạt của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự [1] nghiên cứu 2 đợt, đợt I tháng 11/2007-

3/2008, đợt 2 từ tháng 8/2009- 1/2010, kết quả cho thấy kỹ năng của cán bộ vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu cho thấy việc theo dõi đánh giá bệnh nhân đợt 1 đạt là 81,9, đợt 2 đạt là 90,3%; Đặt truyền tĩnh mạch đợt 1 đạt là 79,6%, đợt 2 đạt là 66,1%; Kỹ năng bóp bóng đợt 1 đạt là 75,2%, đợt 2 là 77,1%; Kỹ năng hồi sức tim-phổi đợt 1 đạt là 36,3%, đợt 2 là 39,7%; Kỹ năng xử trí co giật đợt 1 đạt là 34,5%, đợt 2 đạt là 37%, đặt nội khí quản đợt 1 đạt là 11,1%, đợt 2 đạt là 18,3%.

Cũng theo Lê Thanh Hải và cộng sự [1] trong quá trình vận chuyển cấp cứu, phần lớn số bệnh nhân đòi hỏi phải hỗ trợ hô hấp (90%), tuần hoàn (40%) và thần kinh nhưng chỉ có 11% số cán bộ vận chuyển đặt được nội khí quản, khoảng 1/3 số cán bộ vận chuyển biết cấp cứu tim-phổi và thần kinh (đợt I). Đã có 35% nhân viên y tế vận chuyển bệnh nhân trong nghiên cứu lần 2 đã được đào tạo về cấp cứu, cao hơn đợt 1 (không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,19$), nhưng kỹ năng cấp cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa so với nghiên cứu lần 1.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu trên 410 trường bệnh nhi vận chuyển cấp cứu từ tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương, cho thấy nhân lực cho công tác vận chuyển cấp cứu chuyên tuyến bệnh nhi vừa thiếu về số lượng, trình độ, vừa yếu về kiến thức lẫn kỹ năng cấp cứu và chưa có tính chuyên nghiệp.

Cần có sự quan tâm của các cấp, các ngành trong việc xây dựng đội ngũ nhân lực cấp cứu đặc biệt là đội ngũ vận chuyển cấp cứu chuyên tuyến bệnh nhi có tính chuyên nghiệp, đủ về số lượng (ít nhất 3 cán bộ y tế) và chất lượng (trình độ chuyên môn, kỹ thuật về cấp cứu bệnh nhi). Bên cạnh đó cần có các lớp tập huấn thường xuyên cho cán bộ cấp cứu bệnh nhi, thường xuyên tổ chức công tác giao ban, hội thảo, hội nghị chuyên đề nhằm chia sẻ kinh nghiệm, phổ biến các kỹ thuật trong cấp cứu bệnh nhi, nhằm giảm số ca tử vong, tăng khả năng hồi phục sức khỏe cho bệnh nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Bộ Y tế (2010)**, *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu Nhi khoa nâng cao (APLS) nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trong 24h đầu ở tuyến tỉnh*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ - Chủ nhiệm đề tài Lê Thanh Hải.
2. **Đinh Phương Hòa và Nguyễn Công Khanh (2005)**, *Nghiên cứu hiện trạng cấp cứu nhi, lựa chọn tiến bộ khoa học và xây dựng mô hình cấp cứu nhi khoa phù hợp các tuyến nhằm giảm tỷ lệ tử vong trong 24 giờ đầu*, Đề tài độc lập cấp nhà nước, tr.59- 61.
3. **Hoàng Trọng Kim (2004)**, *Tính an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng 1*, Tạp chí Y học thực hành-Bộ Y tế, tr.116-121.
4. **Lê Thanh Hải (2009)**, *Đánh giá vận chuyển bệnh nhi nặng từ tuyến tỉnh đến khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Trung ương năm 2009*, Tạp chí Nhi khoa, tr.15-19.
5. **Lê Thanh Hải (2010)**, *Vận chuyển an toàn bệnh nhân trẻ em*, Thực hành cấp cứu Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, tr.27-35.
6. **Kronick, J.B., et al. (1996)**, *Pediatric and neonatal critical care transport: a comparison of therapeutic interventions*. *Pediatr Emerg Care*, 1996. 12(1): p. 23-6.
7. **Jons Hopkins Lifeline (2014)**, *The Jons Hopkins Medicine Lifeline Transportation Program*, 410.614.7777. 1800 Orleans Street Nelson SB-280 Baltimore, Maryland 21287.
8. **Praveen Khilnani and R.Chhabra (2008)**, *Transport of critically ill children: How to utilize resources in the developing world*, *Indian J Pediatr*, 75(6), pp.591-598.
9. **Warren J.and et al (2004)**, *Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients*, *Crit Care Med*, 32(1), pp.256-62.



TỶ LỆ VẬN CHUYỂN KHÔNG AN TOÀN, TỬ VONG TRƯỚC 24 GIỜ NHẬP VIỆN Ở CÁC TRƯỜNG HỢP CHUYỂN TUYẾN CẤP CỨU TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2013

Lê Bá Tuấn¹, Lê Thanh Hải¹, Phạm Ngọc Toàn¹, Đỗ Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Vận chuyển không an toàn và tỷ lệ tử vong là vấn đề cần được quan tâm trong vận chuyển cấp cứu đặc biệt đối với các trường hợp chuyển tuyến. Bệnh nhi chuyển tuyến thường là bệnh nặng. Các Bệnh viện tuyến tỉnh không đủ khả năng điều trị, bên cạnh đó cần có những trang thiết bị, kỹ thuật đặc thù.

Nhằm tìm ra giải pháp giảm tỷ lệ vận chuyển không an toàn, giảm tỷ lệ tử vong ở các trường hợp vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang 410 bệnh nhi chuyển tuyến cấp cứu từ Bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013. Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Tỷ lệ vận chuyển không an toàn là 34,6%, tử vong 24 giờ đầu nhập viện 10,2%.

- Nguy cơ tử vong 24 giờ đầu nhập viện ở trẻ sơ sinh cao gấp 573,17 lần trẻ trên 1 tháng tuổi ($p < 0,001$). Nguy cơ tử vong 24 giờ đầu nhập viện ở trẻ sơ sinh non yếu tử vong 24 giờ đầu cao gấp 10,67 lần trẻ sơ sinh thường ($p < 0,05$).

- Nguy cơ tử vong 24 giờ đầu nhập viện ở trẻ vận chuyển không an toàn cao gấp 12,19 lần trẻ vận chuyển an toàn ($p < 0,001$).

Từ khóa: Vận chuyển không an toàn; tử vong 24h; nguy cơ tử vong.v

ABSTRACT

PERCENTAGE OF UNSAFE PATIENT TRANSPORT AND MORTALITY RATE WITHIN 24 HOURS OF ADMISSION IN EMERGENCY TRANSPORT CASES AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2013

It is important to consider unsafe transport and mortality rate in emergency transport, especially in cases of referral transport. Referred patients are those who have severe condition which cannot be treated at provincial hospitals.

In order to find out the solution to unsafe patient transport and reduce mortality rate in emergency transport, we carry out a cross-sectional study on 410 patients referred from provincial hospitals to Vietnam National Children's Hospital in 2013. The result shows that:

- The rate of unsafe patient transport is 34,6%, mortality rate within 24 hours of admission is 10,2%.

- Mortality risk within 24 hours of admission in neonates is 573,17 times higher than that in infants above 1 month old ($p < 0,001$). Mortality risk within 24 hours of admission in immature neonates is 10,67 times higher than that in normal children ($p < 0,05$).

- Mortality risk within 24 hours of admission in unsafe patient transport is 12,19 times higher than that in safe transport ($p < 0,001$).

Keywords: Unsafe transport, mortality within 24 hours, mortality risk.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Khilnani P. và cộng sự [2008], vận chuyển bệnh nhân nhi nặng một cách an toàn đang là vấn đề toàn cầu, đặc biệt là ở các nước đang phát triển như Ấn Độ và Nam Phi. Một nước lớn như Ấn Độ, vấn đề vận chuyển này còn rất phức tạp và còn trong giai đoạn sớm của sự phát triển [8]. Duke T., 2003 cho rằng vận chuyển bệnh nhi nặng là một vấn đề toàn cầu bị lãng quên [7].

Đối với các trường hợp vận chuyển chuyển tuyến bệnh nhi thường là những trường hợp bệnh rất nặng, nguy cơ tử vong cao. Thông thường các bệnh viện tuyến tỉnh không đủ khả năng điều trị và phải chuyển lên các bệnh viện tuyến trung ương. Quá trình vận chuyển bệnh nhi đòi hỏi có những trang thiết bị, kỹ thuật riêng và khác biệt so với các bệnh nhân là người lớn tuổi. Theo Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2], tỷ lệ vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu không an toàn ở bệnh nhi

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

» Ngày nhận bài: 10/02/2017 | » Ngày phản biện: 14/02/2017 | » Ngày duyệt đăng: 17/02/2017

tại bệnh Nhi đồng I là 27,8%, tỷ lệ tử vong trước 24 giờ là 3,3%.

Bệnh viện Nhi Trung ương là bệnh viện tuyến đầu ngành về Nhi khoa của cả nước. Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ vận chuyển không an toàn và tỷ lệ tử vong trước 24 giờ nhập viện là cần thiết, qua đó đề xuất các biện pháp can thiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả các bệnh nhân nặng từ 0-18 tuổi được vận chuyển cấp cứu từ bệnh viện cấp tỉnh hoặc tương đương đến bệnh viện Nhi Trung ương theo qui định của Bộ Y tế.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian tiến hành nghiên cứu: Từ tháng 4/2013 đến 11/2013
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cấp cứu-Chống độc, phòng khám Cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng.

4. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p) * N}{d^2 (N-1) + Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}$$

N = 9.500: Kích thước quần thể nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ 5/2013 đến tháng 12/2013, do vậy chúng tôi sử dụng số liệu tham khảo số chuyển viện cấp cứu với cùng kỳ năm 2012, tức là từ thời điểm tháng 5 đến tháng 11 năm 2012 có 9.500 bệnh nhi vận chuyển cấp cứu từ Bệnh viện tuyến tỉnh, đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

p = 27,8%=0,278 là tỷ lệ vận chuyển không an toàn, tham khảo từ nghiên cứu vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu từ bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Đồng II (bệnh viện thuộc tuyến trung ương) nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2003 đến tháng 2/2004 của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2].

Z = 1,96 (α = 0,05, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)

d=0,045, là sai số tuyệt đối, lấy mức 0,045

n =367, cỡ mẫu cần nghiên cứu, với các giá trị trên, thay số ta

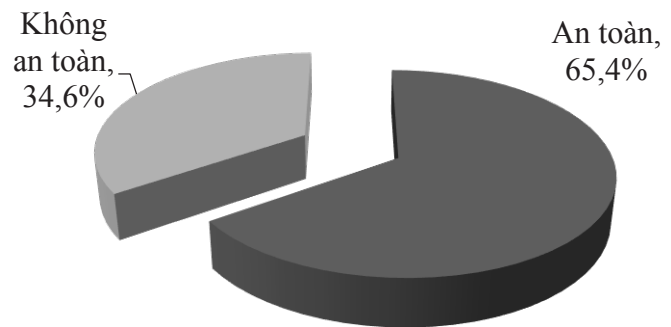
được số bệnh nhi tối thiểu cần cho nghiên cứu là n=367 bệnh nhi, dự phòng 10% đối tượng nghiên cứu chúng tôi tiến hành thu thập số liệu với 405 trường hợp bệnh nhi cần tiến hành nghiên cứu.

Thực tế trong nghiên cứu chúng tôi thu thập 410 bệnh nhi vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu từ các Bệnh viện tuyến tỉnh, bệnh viện trung ương khác đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

5. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm EPIDAT, nhập liệu bằng phần mềm SPSS.

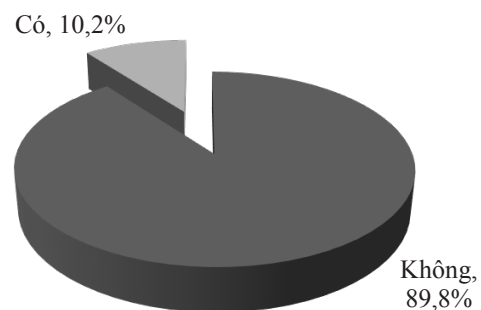
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 1. Tỷ lệ an toàn của vận chuyển cấp cứu



An toàn là không phải cấp cứu khẩn cấp khi nhập viện hoặc không có biến cố xảy ra khi vận chuyển. Kết quả nghiên cứu có 142 trường hợp vận chuyển không an toàn chiếm tỷ lệ 34,6%, số vận chuyển an toàn là 268 bệnh nhi chiếm 65,4%.

Biểu đồ 2. Phân bố tử vong trong 24 giờ đầu



Tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện có 42 trường hợp chiếm tỷ lệ 10,2%, số không tử vong là 368 trường hợp chiếm 89,8%.

Bảng 1. Phân bố tử vong của sơ sinh trong 24 giờ đầu

Yếu tố		Tử vong		Không		Tổng	p	OR (95%CI)
		SL	TL	SL	TL			
Phân loại trẻ	Sơ sinh	38	86,4	6	13,6	44	<0,001	573,17
	>1 tháng	4	1,1	362	98,9	366		[154,87;2121,18]
Sơ sinh non yếu	Có	32	94,1	2	5,9	34	0,018	10,67
	Không	6	60,0	4	40,0	10		[1,58-71,91]

(Sử dụng kiểm định Fisher's exact 2 phía vì có giá trị bằng nhỏ hơn 5)

Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ tử vong sơ sinh trong 24 giờ đầu là 86,4%, trong khi đó ở trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên tỷ lệ tử vong là 1,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); $OR = 573,17$ [95%CI 154,87;2121,18]; Sơ sinh

non yếu tử vong 24 giờ đầu chiếm đến 94,1%, trong khi trẻ sơ sinh thường tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu là 60%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), $OR = 10,67$ [95%CI: 1,58-71,91].

Bảng 2. Tử vong 24 giờ đầu theo tính an toàn trong vận chuyển cấp cứu

Vận chuyển	Tử vong		Không		Tổng	p	OR (95%CI)
	SL	TL	SL	TL			
Không an toàn	35	24,6	107	75,4	142	<0,001	573,17
An toàn	7	2,6	261	97,4	268		[154,87;2121,18]
TỔNG	42	10,2	368	89,8	410		

Tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu ở nhóm trẻ được vận chuyển không an toàn là 24,6%, tử vong 24 giờ đầu nhóm vận chuyển an toàn là 2,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), $OR = 12,19$ [95%CI 5,25- 28,31]

IV. BÀN LUẬN

Tính an toàn là kết quả của quá trình vận chuyển chuyển tuyến bệnh nhi bao gồm tất cả các khâu từ can thiệp từ trước khi vận chuyển, xử trí khi có sự cố trong khi vận chuyển và tiếp nhận bệnh nhi. An toàn được xác định là không phải cấp cứu khẩn cấp khi nhập viện hoặc không có biến cố xảy ra khi vận chuyển.

Kết quả nghiên cứu có 142 trường hợp vận chuyển không an toàn chiếm tỷ lệ 34,6%, số vận chuyển an toàn là 268 bệnh nhi chiếm 65,4%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2] tại Bệnh viện Nhi đồng I đối với các trường hợp chuyển tuyến cấp cứu trên 701 bệnh nhi từ tháng 3.2001 đến tháng 2.2004 cho thấy có 506 trường hợp chiếm 72,2% chuyển viện an toàn (không phải cấp cứu khẩn cấp khi nhập viện hoặc không có biến cố xảy ra lúc chuyển viện), có 195 trường hợp chiếm 27,8% chuyển viện không an toàn.

Theo Lê Thanh Hải và cộng sự [1] đánh giá 2 đợt, đợt I tháng 11/2007-3/2008, đợt 2 từ tháng 8/2009- 1/2010 đã đưa ra nhận định là hầu hết các trường hợp vận chuyển từ tuyến tỉnh đến khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi Trung ương là không an toàn: không liên hệ trước khi chuyển, cán bộ y tế vận chuyển còn thiếu về số lượng, kiến thức thực hành cấp cứu nhi khoa thiếu, trang thiết bị cấp cứu trên xe cứu thương chưa đầy đủ, còn để bệnh nhân tử vong trên đường vận chuyển và đến khoa cấp cứu trong tình trạng các dấu hiệu sống không ổn định.

Thực tế, tính an toàn trong chuyển tuyến cấp cứu phụ thuộc vào nhiều yếu tố như nhân lực vận chuyển, trang thiết bị và tình trạng sức khỏe của bệnh nhi. Trong khi đó, hầu hết các bệnh nhi khi chuyển tuyến là những bệnh nhi mà các bệnh viện tuyến dưới không có đủ trang thiết bị, kỹ thuật điều trị hoặc người thân của bệnh nhi không tin tưởng.

Do vậy, sự an toàn trong chuyển tuyến cấp cứu không có nghĩa hoàn toàn là do sự yếu kém về trang thiết bị hay nhân lực, tuy vậy trang thiết bị và nhân lực đóng vai trò quan trọng quyết định đến tính an toàn khi vận chuyển. Trong công tác cấp cứu nhi, giảm tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện là vấn đề đang được quan tâm và sự tìm kiếm giải pháp hiệu quả vẫn là bài toán nan giải.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng mong muốn góp phần đánh giá thực trạng vấn đề và tìm ra giải pháp trong việc giảm tử vong trong cấp cứu Nhi khoa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện có 42 trường hợp chiếm tỷ lệ 10,2%, số không tử vong là 368 trường hợp chiếm 89,8%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều khi so sánh với tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2] cũng với đối tượng bệnh nhi chuyển tuyến, kết quả nghiên cứu có 23 bệnh nhân chiếm 3,3% chết trong vòng 24 giờ, trong số đó có 11 bệnh nhân tử vong trong 6 giờ đầu. Tuy vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Nga và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên [5] đối với các trường hợp bệnh nhi nặng trong 24 giờ đầu, tỷ lệ tử vong là 21%.

Như vậy, cùng là tuyến trung ương, tuy nhiên tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ của Bệnh viện Nhi Đồng I và thấp hơn ở Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên [2][5].

Phân tích đặc điểm đối tượng tử vong trong 24 giờ là cần thiết, qua đó xác định được các nhóm có nguy cơ cao trong tử vong 24 giờ nhập viện, từ đó có thể đưa ra các giải pháp can thiệp hữu hiệu trên các nhóm đối tượng nguy cơ cao là điều cần thiết.

Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ tử vong sơ sinh trong 24 giờ đầu là 86,4%, trong khi đó ở trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên tỷ lệ tử vong là 1,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nguy cơ tử vong 24 giờ đầu ở nhóm trẻ sơ sinh cao gấp 573,17 lần so với trẻ trên 1 tháng tuổi ($OR = 573,17$

95%CI 154,87;2121,18).

Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Nga và cộng sự [5] tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, trong đó tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu trẻ sơ sinh là 66%. Tác giả Phan Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thành Đạt [6] nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi đồng II cho thấy các trường hợp tim ngừng thở trước nhập viện, đối tượng là trẻ sơ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,7%.

Theo tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự [1] có khoảng 2/3 (2 lần đánh giá với tỷ lệ lần lượt là 65% và 70%) số bệnh nhân chuyển viện ở lứa tuổi sơ sinh, điều đó chứng tỏ rằng cấp cứu sơ sinh tuyến dưới còn yếu và thiếu, nhiều bệnh viện chưa có khoa sơ sinh hoặc có chỉ là hình thức, nhiều bệnh viện tỉnh có tổ chức phòng cấp cứu sơ sinh riêng nhưng chưa đầy đủ, nó cũng giải thích nguyên nhân quá tải bệnh nhân sơ sinh ở các tuyến trên.

Mặt khác, trong nghiên cứu của chúng tôi khi phân tích sơ sinh non yếu tử vong 24 giờ đầu chiếm đến 94,1%, trong khi trẻ sơ sinh thường tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu là 60%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), $OR = 10,67$ [95%CI 1,58-71,91].

Thông thường, sức khỏe trẻ sơ sinh phụ thuộc vào các điều kiện chăm sóc khi mang thai của các bà mẹ và các điều kiện y tế khi sinh con, việc chăm sóc sau sinh. Điều đó cho thấy công tác chăm sóc sinh sản và chăm sóc trong và sau sinh là vấn đề cần được quan tâm. Trong đó, trước tiên cần quan tâm dự phòng qua việc chăm sóc sức khỏe khi các bà mẹ mang thai, tiếp đó đảm bảo các điều kiện y tế trong quá trình sinh nở, cũng như sau sinh, và gia đình chăm sóc trẻ sau sinh tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phân tích tử vong

24 giờ đầu ở nhóm trẻ được vận chuyển không an toàn là 24,6%, tử vong 24 giờ đầu nhóm vận chuyển an toàn là 2,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Nguy cơ tử vong 24 giờ đầu nhập viện ở nhóm trẻ vận chuyển không an toàn cao gấp 12,19 lần so với nhóm trẻ vận chuyển an toàn ($OR = 12,19$ 95%CI 5,25- 28,31). Nguy cơ tử vong ở nhóm vận chuyển không an toàn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự tại Bệnh viện Nhi Đồng I [2], trong đó tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu nhập viện ở nhóm trẻ được vận chuyển không an toàn là 11,3%, tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu nhập viện ở nhóm trẻ được vận chuyển an toàn là 0,2%, $p < 0,0001$ $OR = 64,2$.

Từ đó cho thấy nâng cao được chất lượng vận chuyển cấp cứu, nâng cao được tỷ lệ vận chuyển an toàn sẽ làm giảm được tỷ lệ tử vong trong 24 giờ, giảm các biến chứng và giúp trẻ mau hồi phục.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu trên 410 trường hợp bệnh nhi chuyển tuyến cấp cứu từ các Bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy tỷ lệ vận chuyển không an toàn là 34,6%, tử vong 24 giờ đầu nhập viện 10,2%. Trẻ tử vong chủ yếu là trẻ sơ sinh đặc biệt là trẻ sơ sinh non yếu, các trường hợp tử vong chủ yếu là các trường hợp vận chuyển không an toàn.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy cần có các biện pháp nâng cao chất lượng trong dịch vụ vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi nhằm nâng cao tỷ lệ vận chuyển an toàn, trong đó cần đầu tư các trang thiết bị kỹ thuật đặc thù cho trẻ sơ sinh, trẻ sinh non.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Bộ Y tế (2010)**, *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu Nhi khoa nâng cao (APLS) nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trong 24h đầu ở tuyến tỉnh*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ - Chủ nhiệm đề tài Lê Thanh Hải.
2. **Hoàng Trọng Kim (2004)**, *Tình an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng I*, Tạp chí Y học thực hành-Bộ Y tế, tr.116-121.
3. **Lê Thanh Hải (2009)**, *Đánh giá vận chuyển bệnh nhi nặng từ tuyến tỉnh đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2009*, Tạp chí Nhi khoa, tr.15-19.
4. **Lê Thanh Hải (2010)**, *Vận chuyển an toàn bệnh nhân trẻ em*, Thực hành cấp cứu Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, tr.27-35
5. **Lê Thị Nga và CS (2009)**, *Đánh giá kết quả cấp cứu bệnh nhân nặng trong 24 giờ nhập viện tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên*, Tạp chí Khoa học & Công nghệ, 51(3): 3-7.
6. **Phan Thị Thanh Hiền và Nguyễn Thành Đạt (2007)**, *Tình hình ngưng tim ngưng thở trước nhập viện tại khoa Cấp cứu lưu Bệnh viện Nhi đồng 2 từ năm 2004 - 2007*, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 11, Phụ bản số 4, tr.74-78.
7. **Duke, T., (2003)** *Transport of seriously ill children: a neglected global issue*. Intensive care Med, 2003. 39: p. 1414-1416.
8. **Praveen Khilnani and R.Chhabra (2008)**, *Transport of critically ill children: How to utilize resources in the developing world*, *Indian J Pediatr*, 75(6), pp.591-598.



THỰC TRẠNG TRANG THIẾT BỊ CHO CÔNG TÁC VẬN CHUYỂN CHUYỂN TUYẾN CẤP CỨU BỆNH NHI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2013

Đỗ Mạnh Hùng¹, Lê Thanh Hải¹, Lê Bá Tuấn¹

TÓM TẮT

Trang thiết bị đóng vai trò quan trọng trong quá trình vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi trong việc giảm thiểu tỷ lệ tử vong và giảm tỷ lệ vận chuyển không an toàn. Xác định thực trạng và đề xuất các giải pháp đầu tư các trang thiết bị trong công tác vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi là điều cần thiết. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang 410 trường hợp vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi từ các bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương, kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Thực trạng trang thiết bị: Hộp chống sốc 85,1%, bình oxy 90,2%. Massque 91,5%, bóng 90%, bộ đặt nội khí quản 14,6%, máy thở 1,5%, dịch truyền 80,2%, Canuyl 79,2% máy đo huyết áp 74,9%, thuốc chống co giật 84,4%, băng cầm máu 46,3%, Monitor 5,6%. Số trường hợp vận chuyển được đánh giá đầy đủ các trang thiết bị theo danh mục đã nêu là 4,4%. Hiện chưa có các trang thiết bị đặc thù cho bệnh nhi đặc biệt là các trang thiết bị cho trẻ sơ sinh.

- Mối liên quan trang thiết bị với vận chuyển không an toàn: Tỷ lệ không an toàn ở bệnh viện tuyến dưới không có đội vận chuyển cấp cứu là 37%, so với 19,6% ở bệnh viện có đội vận chuyển cấp cứu, OR=2,4. Trên xe cấp cứu có không có đủ trang thiết bị cấp cứu cơ bản tỷ lệ không an toàn là 36%, so với xe có đầy đủ trang thiết bị cấp cứu tỷ lệ này là 5,6%, OR=9,55.

Từ khóa: Trang thiết bị, bệnh nhi, vận chuyển không an toàn,

ABSTRACT

REALITY OF MEDICAL EQUIPMENT ON AMBULANCE TRANSPORT TO VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2013

Medical equipment plays an important role in transporting patients regarding the reduction of mortality rate and unsafe transport. It is also necessary to identify reality and suggestion of solution to investing medical equipment for patient transport

service. Therefore, we perform a cross-sectional study on 410 patients transported from provincial hospitals to Vietnam National Children's Hospital. The result shows that:

- Reality of medical equipment: anti-shock box 85,1%, oxygen 90,2%. Massque 91,5%, ball 90%, endotracheal tube insertion 14,6%, mechanical ventilation 1,5%, infusion 80,2%, Canuyl 79,2% blood pressure monitor 74,9%, anticonvulsants 84,4%, hemostatic bandage 46,3%, Monitor 5,6%. Number of cases evaluated as adequate equipment 4,4%. Currently there is no typical medical equipment for children, especially for neonates.

- Relation between medical equipment and unsafe transport: Percentage of unsafety in provincial hospital which has no transport team 37% versus 19,6% in hospital having transport team, OR=2,4. Percentage of unsafety in ambulance having inadequate equipment 36%, meanwhile that in having adequate equipment is 5,6%, OR=9,55.

Keywords: Medical equipment, children's patients, unsafe transport.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trang thiết bị trong vận chuyển cấp cứu có vai trò quan trọng đối với việc giúp bệnh nhân ổn định sức khỏe trong quá trình vận chuyển, giảm nguy cơ tử vong và các biến chứng cho bệnh nhân. Đối với công tác vận chuyển cấp cứu nhi khoa cần có những trang thiết bị cấp cứu đặc thù, phù hợp với các đặc điểm của bệnh nhi. Trong những trường hợp cấp cứu chuyển tuyến thường là những trường hợp bệnh nhi nặng, các bệnh viện tuyến cơ sở không đủ khả năng điều trị, nguy cơ tử vong và biến chứng cao trong quá trình vận chuyển. Do vậy có được các trang thiết bị phù hợp trong quá trình vận chuyển cấp cứu là điều hết sức cần thiết.

Theo Lê Thanh Hải và cộng sự tuyến trước đã có cố gắng điều trị và ổn định bệnh nhân trước khi chuyển viện song họ cũng gặp những trở ngại lớn cấp cứu về hô hấp, có lẽ do mặt

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

» Ngày nhận bài: 10/02/2017 | » Ngày phản biện: 13/02/2017 | » Ngày duyệt đăng: 18/02/2017

bệnh hô hấp là phổ biến, kinh nghiệm điều trị những trường hợp nặng còn hạn chế, đồng thời tuyến trước cũng còn thiếu về trang thiết bị cấp cứu hô hấp (như CPAP, máy thở...v.v). Đây có lẽ là lý do giải thích tại sao tỷ lệ tử vong trong khi chuyển viện không giảm [1]. Cũng theo Lê Thanh Hải và cộng sự [1] trên xe cứu thương phần lớn đã có các dụng cụ cấp cứu về hô hấp, tuần hoàn, thần kinh... song chỉ có ít trường hợp có máy theo dõi các chỉ số sống trên đường vận chuyển, gần 100% không có máy thở đi kèm và chỉ 20 - 30% có dụng cụ đặt nội khí quản.

Với mục đích tìm hiểu thực trạng trang thiết bị cho công tác vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu cho bệnh nhi từ các bệnh viện tuyến tỉnh, đến Bệnh viện Nhi Trung ương, qua đó đề xuất việc đầu tư các trang thiết bị nhằm đảm bảo công tác vận chuyển cấp cứu đạt hiệu quả cao từ đó giảm tỷ lệ tử vong, giảm tỷ lệ vận chuyển không an toàn trong quá trình vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Thực trạng trang thiết bị cho công tác vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu bệnh nhi, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp bệnh nhân nặng từ 0-18 tuổi được vận chuyển cấp cứu từ bệnh viện cấp tỉnh hoặc tương đương đến bệnh viện Nhi Trung ương theo qui định của Bộ Y tế.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian tiến hành nghiên cứu: Từ tháng 4/2013 đến 11/2013

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cấp cứu-Chống độc, phòng khám Cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng

4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p) * N}{d^2 (N-1) + Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}$$

N = 9.500: kích thước quần thể nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ 5/2013 đến tháng 12/2013, do vậy chúng tôi sử dụng số liệu tham khảo số chuyên viện cấp cứu với cùng kỳ năm 2012, tức là từ thời điểm tháng 5 đến tháng 11 năm 2012 có 9.500 bệnh nhi vận chuyển cấp cứu từ bệnh viện tuyến tỉnh, đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

p = 27,8%=0,278 là tỷ lệ vận chuyển không an toàn, tham

khảo từ nghiên cứu vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu từ bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Đồng II (bệnh viện thuộc tuyến trung ương) nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2003 đến tháng 2/2004 của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [3].

Z = 1,96 (α = 0,05, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)

d=0,045, là sai số tuyệt đối, lấy mức 0,045

n =367, cỡ mẫu cần nghiên cứu, với các giá trị trên, thay số ta được số bệnh nhi tối thiểu cần cho nghiên cứu là n=367 bệnh nhi, dự phòng 10% đối tượng nghiên cứu chúng tôi tiến hành thu thập số liệu với 405 trường hợp bệnh nhi cần tiến hành nghiên cứu.

Thực tế trong nghiên cứu chúng tôi thu thập 410 bệnh nhi vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu từ các Bệnh viện tuyến tỉnh, Bệnh viện Trung ương khác đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

5. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm EPIDAT, nhập liệu bằng phần mềm SPSS.

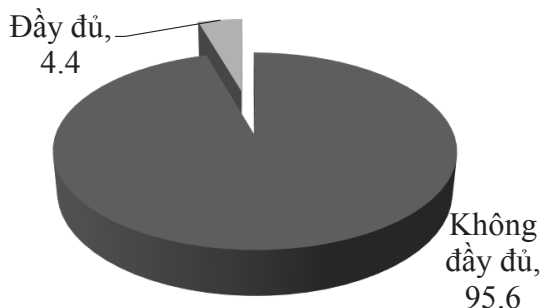
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Y dụng cụ đi kèm khi chuyển tuyến

Y dụng cụ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hộp chống sốc	349	85,1
Ballon	22	5,4
Bình Oxy	370	90,2
Masque	375	91,5
Bóng	369	90,0
Bộ đặt nội khí quản	60	14,6
Máy thở	6	1,5
Dịch truyền	329	80,2
Canyl	326	79,5
Máy đo huyết áp	307	74,9
Thuốc chống co giật	346	84,4
Băng cầm máu	190	46,3
Monitor	23	5,6

Không có trang thiết bị nào có đủ ở 100% các ca khi tiến hành chuyển tuyến cấp cứu, trang thiết bị có tỷ lệ cao nhất ở các ca chuyển tuyến cấp cứu là Masque 91,5%, tiếp đến là bình Oxy 90,2%, bóng 90%, hộp chống sốc 85,1%, thuốc chống co giật 84,4%, dịch truyền 80,2%, Canyl 79,5%, máy đo huyết áp 74,9%, băng cầm máu 46,3%. Các trang thiết bị khác chiếm tỷ lệ nhỏ vài phần trăm đến hơn 10%.

Biểu đồ 1.Đánh giá mức độ đầy đủ TTB trên xe chuyên tuyến cấp cứu



Như vậy có 18 trường hợp chiếm 4,4% tổng số ca là trên xe được đánh giá có đầy đủ trang thiết bị vận chuyển cấp cứu. Trong khi đó 392 ca, chiếm hầu hết số ca (95,6%) không đầy đủ số lượng trang thiết bị chuyên tuyến cấp cứu trên xe.

Bảng 2. Mối liên quan giữa TTB, phương tiện với tính an toàn VCCC

Yếu tố		Không an toàn		An toàn		P	OR (95%CI)
		SL	TL	SL	TL		
BV có đội vận chuyển cấp cứu	Không	131	37,0	223	63,0	0,0112	2,40 [1,20- 4,81]
	Có	11	19,6	45	80,4		
Đầy đủ TTB cấp cứu cơ bản	Không	141	36,0	251	64,0	0,009*	9,55 [1,26- 72,52]
	Đầy đủ	1	5,6	17	94,4		
TỔNG		142	34,6	268	65,4		

(*Kiểm định Fisher's exact 2 phía)

Kết quả cho thấy bệnh viện tuyến dưới sẵn có đội vận chuyển cấp cứu và sự đầy đủ trang thiết bị cấp cứu có ảnh hưởng đến tính an toàn trong vận chuyển cấp cứu ($p < 0,05$). Trong đó tỷ lệ không an toàn ở bệnh viện tuyến dưới không có đội vận chuyển cấp cứu là 37%, so với 19,6% ở bệnh viện có đội vận chuyển cấp cứu, $OR=2,4$. Trên xe cấp cứu có không có đủ TTB cấp cứu cơ bản tỷ lệ không an toàn là 36%, so với xe có đầy đủ TTB cấp cứu tỷ lệ này là 5,6%, $OR=9,55$.

IV. BÀN LUẬN

Trang thiết bị phục vụ công tác chuyên tuyến cấp cứu nhi bao gồm các trang thiết bị hỗ trợ trong quá trình vận chuyển bệnh nhi. Trong nghiên cứu của chúng tôi chúng tôi tiến hành đánh giá 13 danh mục TTB dành cho vận chuyển cấp cứu nhi bao gồm (1) hộp chống sốc, (2) Ballon, (3) Bình Oxy, (4) Masque, (5) Bóng, (6) Bộ đặt nội khí quản, (7) Máy thở (8) Dịch truyền, (9) Canyl, (10) Máy đo huyết áp, (11) thuốc chống co giật, (12) Băng cầm máu.

Mặc dù, với mỗi loại bệnh cấp cứu khác nhau sự chuẩn bị các trang thiết bị, thuốc là khác nhau. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự thiếu thốn trong công tác chuyên tuyến cấp cứu nhi. Cũng cần phải lưu ý rằng tỷ lệ phải chuyển tuyến cấp cứu ở bệnh nhi chủ yếu là do viêm phổi, do vậy các trang thiết bị hỗ trợ hô hấp đóng vai trò rất quan trọng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên

cứu của các cộng sự về vận chuyển cấp cứu chuyên tuyến nhi trước đó. Theo tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [3] nghiên cứu mô tả cắt ngang 701 trường hợp bệnh nhi cấp cứu chuyển viện tại Bệnh viện Nhi đồng I, từ tháng 3.2001 đến tháng 2.2004 cho thấy có 26 trường hợp chiếm 3,7% chuyển viện đầy đủ trang thiết bị tối thiểu để cấp cứu và theo dõi bệnh nhân; 468 trường hợp chiếm 66,8% có trang thiết bị nhưng không đầy đủ, 207 trường hợp chiếm 29,5% không có bất cứ trang thiết bị nào.

Theo tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự [1] nghiên cứu 2 đợt, đợt 1 tháng 11/2007-3/2008, đợt 2 từ tháng 8/2009-1/2010, đánh giá 11 trang thiết bị vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu nhi thiết yếu, kết quả cho thấy (1) oxy đợt 1 là 97,3%, đợt 2 là 90%; (2) bóng đợt 1, 80,1%, đợt 2 là 82%; (3) mask đợt 1 là 79,6%, đợt 2 là 76%; (4) thuốc chống co giật đợt 1 là 49,6%, đợt 2 là 64,7%; (5) bông băng cầm máu đợt 1 là 45,1%, đợt 2 là 63,3%; (6) dịch truyền đợt 1 là 35,8%, đợt 2 là 61,9%, (7) Canyl đợt 1 là 35,8%, đợt 2 là 52,1%; (8) bộ đặt nội khí quản đợt 1 là 20%, đợt 2 là 30,6%; (9) máy đo huyết áp đợt 1 là 18,6%, đợt 2 là 57,8%; (9) máy theo dõi nhiều thông số (hay còn gọi là monitor) đợt 1 là 0,4%, đợt 2 là 8,7%, máy thở đợt 1 là 0%, đợt 2 là 2,6%.

Theo Samdi O. và cộng sự cho rằng nếu đầu tư cải thiện hệ thống thông tin và trang thiết bị cấp cứu trên xe cứu thương đã làm giảm tới 50% các trường hợp tử vong trong cấp cứu[9].

Do vậy việc đầu tư các trang thiết bị trên xe vận chuyển cấp cứu là điều cấp thiết cần phải đầu tư nhằm giảm tỷ lệ tử vong và các biến chứng cũng như tăng sự hồi phục ở bệnh nhi.

Các yếu tố thuộc về trang thiết bị, phương tiện có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tính an toàn trong vận chuyển ($p < 0,05$). Trong đó, nguy cơ vận chuyển không an toàn ở nhóm bệnh viện không có đội vận chuyển cấp cứu (tỷ lệ 37%) cao gấp 2,4 lần nhóm bệnh viện có đội vận chuyển cấp cứu (tỷ lệ 19,6%); Nguy cơ vận chuyển không an toàn ở nhóm vận chuyển không có đầy đủ các trang thiết bị cấp cứu cơ bản (tỷ lệ 36%) cao gấp 9,55 lần nhóm đầy đủ các trang thiết bị (tỷ lệ 5,6%). Từ kết quả nghiên cứu cho thấy cần thiết ở các bệnh viện sản nhi, các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh có các đội vận chuyển cấp cứu, bên cạnh đó đảm bảo đầy đủ trang thiết bị phục vụ công tác vận chuyển cấp cứu nhi. Thực tế, bệnh nhi là bệnh có những đặc thù riêng, qua nghiên cứu cũng cho thấy đa số mắc các bệnh liên quan đến hô hấp, đối

tượng tử vong đa số là các trẻ sơ sinh, trẻ dưới 1 tuổi, trong khi đó thực tế các đơn vị có các trang thiết bị máy sưởi ấm sơ sinh, máy thở,.. đặc thù cho trẻ là hầu như không có.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 410 trường hợp vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013. Kết quả nghiên cứu cho thấy thực trạng và vai trò của trang thiết bị cho công tác vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi từ các bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy các bệnh viện tuyến dưới cần có sẵn đội vận chuyển cấp cứu và sự đầy đủ trang thiết bị cấp cứu. Nâng cấp cơ sở vật chất, trang thiết bị, phương tiện đầy đủ cho công tác cấp cứu. Đặc biệt với các trường hợp cấp cứu nhi, cần có các trang thiết bị đặc thù phù hợp với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Bộ Y tế (2010)**, *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu Nhi khoa nâng cao (APLS) nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trong 24h đầu ở tuyến tỉnh*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ - Chủ nhiệm đề tài Lê Thanh Hải.
2. **Đinh Phương Hòa và Nguyễn Công Khanh (2005)**, *Nghiên cứu hiện trạng cấp cứu nhi, lựa chọn tiến bộ khoa học và xây dựng mô hình cấp cứu nhi khoa phù hợp các tuyến nhằm giảm tỷ lệ tử vong trong 24 giờ đầu*, Đề tài độc lập cấp nhà nước, tr.59- 61.
3. **Hoàng Trọng Kim (2004)**, *Tính an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1*, Tạp chí Y học thực hành-Bộ Y tế, tr.116-121.
4. **Lê Thanh Hải (2009)**, *Đánh giá vận chuyển bệnh nhi nặng từ tuyến tỉnh đến khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Trung ương năm 2009*, Tạp chí Nhi khoa, tr.15-19.
5. **Lê Thanh Hải (2010)**, *Vận chuyển an toàn bệnh nhân trẻ em*, Thực hành cấp cứu Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, tr.27-35.
6. **Kronick, J.B., et al. (1996)**, *Pediatric and neonatal critical care transport: a comparison of therapeutic interventions*. *Pediatr Emerg Care*, 1996. 12(1): p. 23-6.
7. **Jons Hopkins Lifeline (2014)**, *The Jons Hopkins Medecine Lifeline Transportation Program*, 410.614.7777. 1800 Orleans Street Nelson SB-280 Baltimore, Maryland 21287.
8. **Praveen Khilnani and R.Chhabra (2008)**, *Transport of critically ill children: How to utilize resourses in the developing world*, *Indian J Pediatr*, 75(6), pp.591-598.
9. **Samdi O, Senegheh P. (1997)** "Facilitating emergency obstetrical care through transportation and communication" *Int.J.of Gynecology and Obstetrics*; 52(2):157-64.
10. **Warren J.and et al (2004)**, *Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients*, *Crit Care Med*, 32(1), pp.256-62.



ẢNH HƯỞNG XỬ TRÍ TRƯỚC VIỆN ĐẾN TỬ VONG TRONG 24 GIỜ NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2013

Phan Thị Ngọc Lan¹, Lê Thanh Hải¹, Đỗ Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Nhằm tìm hiểu việc xử trí tuyến trước và xử trí trong quá trình vận chuyển cấp cứu đến tử vong trong 24 giờ nhập viện, qua đó đề xuất các giải pháp giảm thiểu tỷ lệ tử vong ở trẻ tại Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu cắt ngang có phân tích 54 trường hợp tử vong trong 24 giờ nhập viện và 262 trường hợp tử vong sau 24 giờ nhập viện năm 2013 tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong trong 24 giờ nhập viện ($p < 0,05$) như sau:

- Xử trí tuyến trước: Thời gian vào viện sau 24 giờ, tuyến trước không chẩn đoán, chẩn đoán không phù hợp, phù hợp 1 phần; xử trí tuyến trước không hoặc xử trí không tích hợp.

- Quá trình vận chuyển: Gia đình tự túc vận chuyển, không có nhân viên y tế, không có dụng cụ y tế trên xe, không được cấp cứu khi vận chuyển.

Từ khóa: Tử vong 24h, xử trí trước viện, quá trình vận chuyển.

ABSTRACT

AFFECT OF MANAGEMENT AT PROVINCIAL HOSPITALS ON MORTALITY WITHIN 24 HOURS OF ADMISSION AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2013

To investigate the management of provincial hospitals and patient transport in patients who die within 24 hours of admission, from which suggestion for intervention should be drawn out, we carry out a cross-sectional study on 54 death cases within 24 hours of admission and 262 death cases after 24 hours of admission to Vietnam National Children's Hospital in 2013. The result shows related factors of mortality rate within 24 hours of admission ($p < 0.05$) as below:

- Management at provincial hospitals: Admission after 24 hours, not be diagnosed, unprecise diagnosis, partly precise, not treatment, unsuitable treatment

- Patient transport: Parents transport themselves, no medical

staff to accompany patients, no medical equipment on ambulance, no life support on ambulance.

Keywords: Die within 24 hours of admission, the management of provincial hospitals, patient transport in patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ tử vong trong 24 giờ trong bệnh viện chiếm tỷ lệ lớn so với tỷ lệ tử vong chung, thường chiếm tỷ lệ từ 39% năm 2000 xuống 23% năm 2004 và tỷ lệ này duy trì (giảm không đáng kể) trong hai năm 2005, 2006 và 2007 [1].

Theo Lê Thanh Hải và cộng sự tuyến trước đã có cố gắng điều trị và ổn định bệnh nhân trước khi chuyển viện song họ cũng gặp những trở ngại lớn cấp cứu về hô hấp, có lẽ do mặt bệnh hô hấp là phổ biến, kinh nghiệm điều trị những trường hợp nặng còn hạn chế, đồng thời tuyến trước cũng còn thiếu về trang thiết bị cấp cứu hô hấp (như CPAP, máy thở...).

Đây có lẽ là lý do giải thích tại sao tỷ lệ tử vong trong khi chuyển viện không giảm [1]. Xử trí ban đầu cho bệnh nhi trước khi chuyển lên tuyến trên có ý nghĩa quan trọng để giảm bớt tỷ lệ tử vong.

Việc nhận biết sớm các dấu hiệu nguy kịch, ổn định tình trạng bệnh nhi trước khi vận chuyển là hết sức cần thiết. Mô hình bệnh cấp cứu ở trẻ em khác biệt với người lớn, lý do chính là tỷ lệ mắc các bệnh nhiễm trùng gây nên suy hô hấp hay gặp hơn, suy chức năng thần kinh là nguyên nhân phổ biến nhất, nó có thể tiên phát do nhiễm trùng thần kinh trung ương hoặc thứ phát do nhiễm độc, thiếu oxy não, xuất huyết, chấn thương, động kinh hoặc các bệnh chuyển hoá [7].

Nhằm tìm ra giải pháp giảm tỷ lệ tử vong nói chung và tử vong trước 24 giờ nói riêng tại Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài: “Ảnh hưởng xử trí trước viện đến tử vong trong 24 giờ nhập viện, tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

» Ngày nhận bài: 10/02/2017 | » Ngày phản biện: 14/02/2017 | » Ngày duyệt đăng: 18/02/2017

1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu hồ sơ bệnh án năm về các trường hợp bệnh nhân tử vong từ 01/10/2012 đến 30/09/2013 tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Chỉ chọn các trường hợp có đầy đủ hồ sơ bệnh án, thông tin tình trạng cấp cứu, nhập viện, chuyển viện phù hợp với các mục tiêu, chỉ tiêu trong nghiên cứu.

2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân tử vong từ 01/10/2012 đến 30/09/2013 Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu

định lượng có phân tích.

3. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn toàn bộ đối tượng có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, kết quả nghiên cứu có 54 trẻ tử vong trong 24 giờ và 262 trẻ tử vong sau 24 giờ năm 2013.

4. Quản lý và phân tích số liệu:

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích số liệu bằng SPSS 17.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 Ảnh hưởng việc xử trí tuyến trước đến tử vong trong 24 giờ

Xử trí tuyến dưới		Phân loại	Tử vong				p	OR
			Trong 24h		Sau 24h			
			SL	TL	SL	TL		
Thời gian phát hiện đến khi vào viện	>24 giờ	35	32,7	72	67,3	<0,001	4,86 (2,61-9,04)	
	<24 giờ	19	9,1	190	90,9			
Chẩn đoán tuyến trước	Không chẩn đoán, chẩn đoán không phù hợp, phù hợp 1 phần	32	43,8	41	56,1	<0,001	7,84 (4,15-14,82)	
	Phù hợp	22	9,1	221	90,9			
Xử trí ở tuyến trước	Không hoặc xử trí không thích hợp	29	30,9	65	69,1	<0,001	3,52 (1,92-6,43)	
	Thích hợp	25	11,3	197	88,7			
TỔNG		54	17,1	262	82,9			

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các hoạt động xử trí tuyến dưới bao gồm thời gian phát hiện đến khi vào viện, chẩn đoán tuyến trước và xử trí tuyến trước với tử vong trước và sau 24 giờ nhập viện ($p < 0,05$).

Nhóm trẻ có thời gian phát hiện đến khi vào viện trên 24 giờ có nguy cơ tử vong trước 24 giờ (32,7%) cao gấp 4,86 lần nhóm trẻ có thời gian phát hiện đến khi vào viện trong 24 giờ.

Trẻ không được chẩn đoán, chẩn đoán không phù hợp, phù hợp 1 phần có nguy cơ tử vong trước 24 giờ (43,8%) cao gấp 7,84 lần nhóm trẻ chẩn đoán phù hợp, không rõ thông tin (9,1%).

Nhóm trẻ không được xử trí, hoặc xử trí không thích hợp ở tuyến trước có nguy cơ tử vong trước 24 giờ nhập viện (30,09%) cao gấp 3,52 lần nhóm trẻ được xử trí thích hợp ở tuyến trước (11,3%).

Bảng 2 Ảnh hưởng quá trình vận chuyển đến tử vong trong 24 giờ ở trẻ

Đặc điểm		Phân loại	Tử vong				p	OR
			Trong 24h		Sau 24h			
			SL	TL	SL	TL		
Đơn vị vận chuyển	Gia đình	17	35,4	31	64,6	<0,001	3,42 (1,72-6,80)	
	Dịch vụ	37	13,8	231	86,2			
Nơi vận chuyển đến BV Nhi TW	Nhà	16	25,0	48	75,0	0,0597	1,88 (0,97-3,64)	
	BV tỉnh	38	15,1	214	84,9			
Nhân viên y tế	Không	17	33,3	34	66,7	<0,001	3,08 (1,56-6,07)	
	Có	37	14,0	228	86,0			

Đặc điểm		Phân loại	Tử vong				p	OR
			Trong 24h		Sau 24h			
			SL	TL	SL	TL		
Có dụng cụ y tế trên xe	Không	17	34,7	32	65,3	<0,001	3,30 (1,67-6,54)	
	Có	37	13,9	230	86,1			
Được cấp cứu khi vận chuyển	Không	17	38,6	27	61,4	<0,001	4,0 (1,99-8,04)	
	Có	37	13,6	235	86,4			
TỔNG		54	17,1	262	82,9			

Các yếu tố trong quá trình vận chuyển ảnh hưởng đến tử vong trong và sau 24 giờ nhập viện bao gồm đơn vị vận chuyển, phương tiện vận chuyển, có nhân viên y tế, có dụng cụ y tế trên xe, được cấp cứu khi vận chuyển ($p < 0,05$).

Gia đình tự túc vận chuyển có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện (35,4%) cao gấp 3,42 lần nhóm trẻ vận chuyển bằng dịch vụ vận chuyển (13,8%).

Nhóm trẻ được vận chuyển trên xe không có nhân viên y tế có nguy cơ tử vong (33,3%) cao gấp 3,08 lần nhóm trẻ không có nhân viên y tế.

Nhóm trẻ được vận chuyển trên xe không có dụng cụ y tế (34,7%) có nguy cơ tử vong trước 24 giờ nhập viện cao gấp 3,3 lần nhóm trẻ có dụng cụ y tế (13,9%).

Nhóm trẻ không được cấp cứu khi vận chuyển có nguy cơ tử vong trước 24 giờ nhập viện (18,6%) cao gấp 4 lần nhóm trẻ được cấp cứu khi vận chuyển (13,6%).

IV. BÀN LUẬN

Thời gian phát hiện đến khi vào viện: Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ có thời gian phát hiện đến khi vào viện nguy cơ tử vong trước 24 giờ (32,7%) cao gấp 4,86 lần trẻ có thời gian phát hiện đến khi vào viện trong 24 giờ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Việc đến bệnh viện muộn ở một số trường hợp là do gia đình khi có phát hiện trẻ có các dấu hiệu thì tự mua thuốc chữa lấy. Theo tác giả Hồ Việt Mỹ và CS nghiên cứu TVTE trước 24 giờ vào khoa Cấp cứu Nhi Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định (1990-1994) cho thấy 61,4% trẻ được điều trị trước ở bệnh viện thành phố, 43,86% là tự điều trị [2].

Cần tăng cường công tác tuyên truyền giáo dục các bậc cha mẹ cách xử trí đúng khi trẻ có các dấu hiệu vấn đề về sức khỏe là điều cần thiết.

Chẩn đoán ở tuyến trước: Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ không được chẩn đoán, chẩn đoán không phù hợp, phù hợp 1 phần có nguy cơ tử vong trong 24 giờ (43,8%) cao gấp 7,84 lần nhóm trẻ chẩn đoán phù hợp, không rõ thông tin (9,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả này có thể giải thích là khi trẻ được chẩn đoán

chính xác ở tuyến cơ sở, trẻ sẽ được các bác sỹ đưa ra các phương án cấp cứu phù hợp nhất, điều đó sẽ giảm được nguy cơ tử vong trước 24 giờ ở trẻ.

Xử trí tuyến trước: Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ không được xử trí, hoặc xử trí không thích hợp ở tuyến trước có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện (30,09%) cao gấp 3,52 lần nhóm trẻ được xử trí thích hợp ở tuyến trước (11,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Vì đa số các trường hợp bệnh nhi tử vong trong 24 giờ là những bệnh nhi nặng, nên việc xử lý tuyến trước là rất quan trọng. Xử trí tuyến trước cho bệnh nhi giúp cho bệnh nhi ổn định trước sức khỏe, đảm bảo không xảy ra sự cố trên đường vận chuyển là rất quan trọng.

Xử trí tuyến trước thích hợp: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy trẻ không được xử trí, hoặc xử trí không thích hợp ở tuyến trước có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện (30,09%) cao gấp 3,52 lần nhóm trẻ được xử trí thích hợp ở tuyến trước (11,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Như vậy, mặc dù xử trí tuyến trước là rất quan trọng, suy vấn đề xử trí thích hợp với đặc thù mỗi loại bệnh cũng như đối với mỗi bệnh nhi là rất quan trọng. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần nâng cao tỷ lệ xử trí tuyến trước cũng như kỹ năng xử trí tuyến cơ sở cho cán bộ y tế.

* Các yếu tố trong quá trình vận chuyển

Đơn vị vận chuyển: Gia đình tự túc vận chuyển có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện (35,4%) cao gấp 3,42 lần nhóm trẻ vận chuyển bằng dịch vụ vận chuyển (13,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Đối với trẻ tử vong trong 24 giờ, thực tế là các trẻ đang trong tình trạng được cấp cứu. Khi được vận chuyển bằng các dịch vụ cấp cứu, trên xe có trang thiết bị y tế, cán bộ y tế có kỹ năng xử trí tình huống, điều đó giải thích nguy cơ tử vong trong 24 giờ là cao hơn so với dịch vụ vận chuyển.

Vận chuyển có nhân viên y tế: Nhóm trẻ được vận chuyển trên xe không có nhân viên y tế có nguy cơ tử vong (33,3%) cao gấp 3,08 lần nhóm trẻ không có nhân viên y tế, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của cán bộ y tế

giúp xử trí các tình huống, ổn định bệnh nhân trong quá trình cấp cứu. Thực tế nhiều trường hợp bệnh nặng có biểu hiện không rõ ràng, gia đình đưa đến bệnh viện trong tình trạng tụt, trên đường không được xử trí khi có sự cố, làm cho trẻ tử vong không đáng có, lẽ ra trẻ có thể giữ được tính mạng và hồi phục lại nếu có nhân viên y tế.

Trang thiết bị trong quá trình vận chuyển: Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ được vận chuyển trên xe không có dụng cụ y tế (34,7%) có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện cao gấp 3,3 lần trẻ có dụng cụ y tế (13,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Theo Hoàng Trọng Kim và cộng sự tại Bệnh viện Nhi Đồng I (2004) [3], ở các đối tượng chuyển tuyến cấp cứu, không tìm thấy mối liên quan giữa vận chuyển không an toàn với trang thiết bị đầy đủ ($p > 0,05$).

Mặc dù vậy, không có sự mâu thuẫn với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, vì kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên khía cạnh có hoặc không có trang thiết bị. Thực tế mỗi loại bệnh cấp cứu, cần thiết một vài loại trang thiết bị nhất định, không nhất thiết là đầy đủ. Tuy nhiên nếu trên xe được trang bị đầy đủ các trang thiết bị đầy đủ sẽ đảm bảo tốt hơn cho công tác vận chuyển cấp cứu.

Các trang thiết bị như máy thở oxy, thiết bị giúp thông khí quản, sốc tim, các trang thiết bị giúp giữ ấm, các loại thuốc chống co giật, là cần thiết, điều đó có thể giảm thiểu được nguy cơ tử vong ở trẻ khi cấp cứu.

Cấp cứu trên xe vận chuyển: Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ không được cấp cứu khi vận chuyển có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện (18,6%) cao gấp 4 lần nhóm trẻ được cấp cứu khi vận chuyển (13,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự tại Bệnh viện Nhi Đồng I (2004) [3], về các trường hợp cấp cứu chuyển tuyến cho thấy vận chuyển bệnh nhân không an toàn ở nhóm có xử trí ban đầu là 34,5% so với nhóm không có xử trí ban đầu là 18,8, OR=2,3, $p < 0,0001$.

Các kỹ thuật cấp cứu, khả năng xử trí cấp cứu là điều cần thiết trang bị cho cán bộ làm công tác vận chuyển cấp cứu.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu trên 54 trường hợp tử tử vong trong 24 giờ nhập viện và 262 trường hợp tử tử vong sau 24 giờ nhập viện cho thấy ảnh hưởng của việc xử trí tuyến trước và vận chuyển cấp đến tử tử vong trong 24 giờ nhập tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy các bậc cha mẹ cần được truyền thông về nhận biết các dấu hiệu bất thường ở trẻ và đưa trẻ đến cơ sở y tế khi có các dấu hiệu về sức khỏe. Bên cạnh đó, các tuyến y tế cơ sở cần được tập huấn về các xử trí bệnh nhân đặc biệt với các trường hợp bệnh nặng. Cần tăng cường công tác cấp cứu tại bệnh viện cũng như dịch vụ 115, cần đảm bảo đầu tư đầy đủ các trang thiết bị, nhân lực và kỹ năng xử trí cấp cứu trong quá trình vận chuyển cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Bộ Y tế (2010)**, *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu Nhi khoa nâng cao (APLS) nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trong 24h đầu ở tuyến tỉnh*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ, tr.1-57 – Chủ nhiệm đề tài Lê Thanh Hải.
- Hồ Việt Mỹ, Phạm Thiên Ngôn (1996)**, "Tình hình tử vong trước 24 giờ tại phòng cấp cứu khoa nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định trong 5 năm (1990 - 1994)", *Nhi khoa*, Tập 5, Tr. 55 - 62.
- Hoàng Trọng Kim và cộng sự (2004)** "Tính an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi đồng I từ tháng 3/2003 đến tháng 2/2004". *Y học thực hành* 2004;495:116-121.
- Phan Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thành Đạt (2007)**, *Tình hình ngưng tim ngưng thở trước nhập viện tại khoa Cấp cứu lưu Bệnh viện Nhi đồng 2 từ năm 2004 - 2007*, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 11, Phụ bản số 4, tr.74-78.
- Tô Thanh Hương, Nguyễn Thị Nga (1981)**, "Tình hình tử vong trước 24 giờ tại Khoa Sơ sinh Viện bảo vệ sức khỏe trẻ em trong 3 năm 1977 - 1979", *Báo cáo Hội nghị ngành Nhi*, Tr. 44 - 50.
- Samdi O, Senegeh P. (1997)** "Facilitating emergency obstetrical care through transportation and communication" *Int.J.of Gynecology and Obstetrics*; 52(2):157-64.
- Sinclair .J (19970)**, "The spectrum of paediatric intensive care", *Paediatric intensive care*, Oxford university press 1997, pp. 31- 33.
- Warren J.and et al (2004)**, Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients, *Crit Care Med*, 32(1), pp.256-62.



TỬ VONG SAU 24 GIỜ NHẬP VIỆN Ở CÁC TRƯỜNG HỢP VẬN CHUYỂN CẤP CỨU BỆNH NHI TỪ Y TẾ TUYẾN XÃ, TUYẾN HUYỆN ĐẾN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH YÊN BÁI NĂM 2016

Lê Thanh Hải¹, Phạm Ngọc Toàn¹, Đỗ Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm tử vong sau 24 giờ nhập viện ở các trường hợp vận chuyển cấp cứu bệnh Nhi từ y tế tuyến xã, tuyến huyện đến Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái từ tháng 12/2015 đến tháng 5/2016.

Phương pháp: Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích trên 96 trường hợp vận chuyển cấp cứu.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong sau 24 giờ nhập viện là 15,63%, nguy cơ tử vong sau 24 giờ nhập viện nhóm trẻ sơ sinh so với trẻ trên 1 tuổi là OR=16,84, 95% CI 4,04-70,25, $p<0,001$; nguy cơ tử vong sau 24 giờ nhập viện nhóm tiền sử sơ sinh non yếu so với trẻ bình thường OR=17,33, 95%CI 3,69-81,52, $p<0,001$; nguy cơ tử vong sau 24 giờ nhập viện nhóm trẻ vận chuyển không an toàn so với nhóm trẻ an toàn OR=8,99, 95%CI 1,90-42,45.

Từ khóa: Tử vong 24h, bệnh nhi, vận chuyển cấp cứu.

ABSTRACT

MORTALITY RATE WITHIN 24 HOURS AFTER ADMISSION IN CHILDREN TRANSFERRED FROM COMMUNE AND DISTRICT MEDICAL CENTERS TO YEN BAI GENERAL HOSPITAL

Objective: To investigate the characteristics of patients who was transported from commune medical center and district hospitals to Yen Bai general hospital and die within 24 hours after admission from December 2015 to May 2016.

Method: A cross-sectional study was carried out on 96 emergency transport cases

Result: The result shows that the mortality rate within 24 hours after admission is 15,63%, mortality risk within 24 hours after admission in neonatal versus children above 1 year old: OR=16,84, 95%CI 4,04-70,25, $p<0,001$; mortality risk within 24 hours after admission in children born with

immaturity versus normal children OR=17,33, 95%CI 3,69-81,52, $p<0,001$; mortality risk within 24 hours after admission in children with unsafe transfer versus safe transfer OR=8,99, 95%CI 1,90-42,45.

Keywords: Mortality rate within 24 hours, children's patients, emergency transport.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ tử vong sau 24 giờ nhập bệnh viện chiếm tỷ lệ lớn so với tỷ lệ tử vong chung, thường chiếm tỷ lệ từ 39% năm 2000 xuống 23% năm 2004 và tỷ lệ này duy trì (giảm không đáng kể) trong ba năm 2005, 2006 và 2007 [3].

Vận chuyển cấp cứu từ y tế tuyến dưới lên tuyến trên là những trường hợp khi mà bệnh nhân nặng, cơ sở y tế tuyến dưới không đủ năng lực chẩn đoán, điều trị, quá trình vận chuyển thiếu an toàn là những nguy cơ lớn gây ra tử vong ở các trường hợp vận chuyển cấp cứu. Các nghiên cứu ở các bệnh viện khác nhau và đối tượng khác nhau cho kết quả khác nhau. Theo Vũ Bá Tuấn và cộng sự (2015) nguy cơ tử vong sau 24 giờ nhập viện các trường hợp vận chuyển cấp cứu từ tuyến dưới đến Bệnh viện Nhi Trung ương là 10,2% [1]. Theo Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2] bệnh nhi chuyển tuyến cấp cứu, tỷ lệ tử vong 24 giờ sau nhập viện chiếm 3,3%. Theo Lê Thị Nga và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên [4] đối với các trường hợp bệnh nhi nặng trong 24 giờ đầu, tỷ lệ tử vong là 21%. Theo các nghiên cứu của Vũ Bá Tuấn và cộng sự, Hoàng Trọng Kim và cộng sự thì vận chuyển không an toàn là nguy cơ cao của tử vong sau 24 giờ nhập viện[1][2].

Tỉnh Yên Bái là tỉnh miền núi phía Bắc, khoảng cách đi lại từ bệnh viện tuyến tỉnh đến các đơn vị y tế cơ sở là khá xa và đường đi khó khăn, mất nhiều thời gian so với các tỉnh khác trong cả nước. Do vậy các trường hợp vận chuyển cấp cứu nhi dễ xảy ra tai biến và ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng bệnh

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

» Ngày nhận bài: 10/02/2017 | » Ngày phản biện: 15/02/2017 | » Ngày duyệt đăng: 20/02/2017

Nhi. Nhằm tìm hiểu đặc điểm tử vong 24 giờ nhập viện trong các trường hợp vận chuyển cấp cứu từ y tế tuyến xã, huyện lên Bệnh viện Đa khoa tỉnh, qua đó tìm ra giảm pháp can thiệp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Tử vong sau 24 giờ nhập viện ở các trường hợp vận chuyển cấp cứu bệnh Nhi từ y tế tuyến xã, tuyến huyện đến Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái năm 2016”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian tiến hành nghiên cứu: Từ tháng 12/2015 - tháng 5/2016 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái.

Đối tượng nghiên cứu:

- Tất cả các bệnh nhi nặng từ 0-18 tuổi được vận chuyển cấp cứu từ các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh đến khoa cấp cứu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái.

- Cán bộ y tế tham gia vận chuyển: Là bác sỹ, điều dưỡng viên, hoặc nữ hộ sinh; Có giấy tờ hợp lệ chứng minh là vận chuyển tuyến cấp cứu từ các cơ sở y tế Trung tâm y tế, bệnh viện huyện.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng.

Cỡ mẫu nghiên cứu:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p) * N}{d^2 (N-1) + Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}$$

N = 1032: Kích thước quần thể nghiên cứu tham khảo

trong 6 tháng trước thời điểm nghiên cứu có 1.032 trường hợp dưới 18 tuổi cấp cứu tại bệnh viện.

$p = 34,6\% = 0,346$ là tỷ lệ vận chuyển không an toàn, tham khảo từ nghiên cứu vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013 [1].

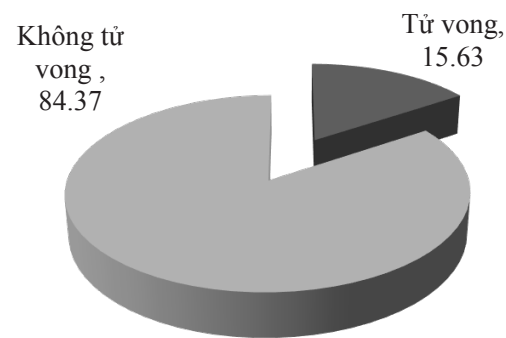
$Z = 1,96$ ($\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)

$d = 0,1$ là sai số tuyệt đối, lấy mức 0,1

$n = 81$: Cỡ mẫu cần nghiên cứu là 81 trường hợp, thực tế chúng tôi thu thập được 96 trường hợp cấp cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu 1. Phân bố tử vong trong 24 giờ đầu



Tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện có 15 trường hợp chiếm tỷ lệ 15,64%, số không tử vong là 81 trường hợp chiếm 84,37%.

Bảng 1. Phân bố tử vong của sơ sinh trong 24 giờ đầu

Yếu tố	Phân loại	Tử vong		Không		P	OR (95%CI)
		SL	TL	SL	TL		
Phân loại trẻ	Sơ sinh	7	63,64	4	36,36	<0,001*	16,84 (4,04-70,25)
	>1 tháng	8	9,41	77	90,59		
Sơ sinh non yếu	Có	6	66,67	3	33,33	<0,001*	17,33 (3,69-81,52)
		9	10,34	78	89,66		
TỔNG		15	15,63	81	84,37		

(*Kiểm định Fisher's exact 2 phía)

Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ tử vong sơ sinh trong 24 giờ đầu là 63,64%, trong khi đó ở trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên tỷ lệ tử vong là 9,41%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); OR = 16,84 (95%CI 4,04-70,25); Sơ sinh non yếu

tử vong 24 giờ đầu chiếm đến 66,67%, trong khi trẻ sơ sinh thường đủ ngày tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu là 10,34%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), OR = 17,33 (95%CI: 3,69-81,52).

Bảng 2. Ảnh hưởng vận chuyển cấp cứu không an toàn tới tử vong 24 giờ đầu nhập viện

Vận chuyển	Phân loại	Tử vong		Không		P	OR (95%CI)
		SL	TL	SL	TL		
Không an toàn	13	27,66	34	72,34	36,36	0,0017	8,99 (1,90-42,45)
	An toàn	2	4,08	47	95,92		
TỔNG		15	15,63	81	83,37		

Tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu ở nhóm trẻ được vận chuyển không an toàn là 27,66%, tử vong 24 giờ đầu ở nhóm vận chuyển an toàn là 4,08%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$), OR = 8,99 (95%CI 1,90- 42,45).

IV. BÀN LUẬN

Tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện có 15 trường hợp chiếm tỷ lệ 15,64%, số không tử vong là 81 trường hợp chiếm 84,37%.

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả Lê Bá Tuấn năm 2013 ở các trường hợp cấp cứu từ tuyến tỉnh lên Bệnh viện Nhi Trung ương với tỷ lệ tử vong chiếm tỷ lệ 10,2% [1].

Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều khi so sánh với tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2] cũng với đối tượng bệnh nhi chuyển tuyến, kết quả nghiên cứu có 23 bệnh nhân chiếm 3,3% chết trong vòng 24 giờ, trong số đó có 11 bệnh nhân tử vong trong 6 giờ đầu.

Tuy vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Nga và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên [4] đối với các trường hợp bệnh nhi nặng trong 24 giờ đầu, tỷ lệ tử vong là 21%.

Như vậy, mặc dù chỉ là vận chuyển từ tuyến huyện lên Bệnh viện Đa khoa tuyến tỉnh, nhưng tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các Bệnh viện Trung ương. Điều này có thể do nhiều yếu tố, trong đó việc phát hiện muộn, chẩn đoán không phù hợp, trình độ cán bộ, trang thiết bị hạn chế và đường xá đi lại khó khăn là những nguyên nhân có thể gây lên tình trạng tử vong khi cấp cứu còn cao.

Nguy cơ tử vong 24 giờ đầu nhập viện:

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tử vong sơ sinh trong 24 giờ đầu là 63,64%, trong khi đó ở trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên tỷ lệ tử vong là 9,41%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); OR = 16,84 (95%CI 4,04-70,25); Sơ sinh non yếu tử vong 24 giờ đầu chiếm đến 66,67%, trong khi trẻ sơ sinh thường đủ ngày tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu là 10,34%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), OR = 17,33 (95%CI: 3,69-81,52).

Tỷ lệ tử vong sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh là rất cao. Tương tự với Vũ Bá Tuấn và cộng sự cho thấy tỷ lệ tử vong sơ sinh trong 24 giờ đầu là 86,4%, trong khi đó ở trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên tỷ lệ tử vong là 1,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nguy cơ tử vong 24 giờ đầu ở nhóm trẻ sơ sinh cao gấp 573,17 lần so với trẻ trên 1 tháng tuổi (OR = 573,17; 95%CI 154,87 - 2121,18) [1].

Theo tác giả Lê Thị Nga và cộng sự [4] tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, trong đó tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu trẻ sơ sinh là 66%. Tác giả Phan Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thành Đạt [5] nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi đồng II cho thấy các trường hợp tim ngừng thở trước nhập viện, đối tượng là trẻ sơ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,7%.

Theo tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự [3] có khoảng 2/3 (2 lần đánh giá với tỷ lệ lần lượt là 65% và 70%) số bệnh nhân chuyển viện ở lứa tuổi sơ sinh, điều đó chứng tỏ rằng cấp cứu sơ sinh tuyến dưới còn yếu và thiếu, nhiều Bệnh viện chưa có khoa sơ sinh hoặc có chỉ là hình thức, nhiều Bệnh viện Đa khoa tỉnh có tổ chức phòng cấp cứu sơ sinh riêng nhưng chưa đầy đủ, nó cũng giải thích nguyên nhân quá tải bệnh nhân sơ sinh ở các tuyến trên.

Trẻ sơ sinh non yếu thường có nguy cơ tử vong rất cao. Theo Lê Bá Tuấn và cộng sự khi phân tích sơ sinh non yếu tử vong 24 giờ đầu chiếm đến 94,1%, trong khi trẻ sơ sinh thường tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu là 60%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), OR = 10,67 (95%CI 1,58-71,91) [1].

Trẻ sơ sinh non yếu cần các điều kiện chăm sóc đặc biệt, khi cấp cứu vấn đề đầy đủ trang thiết bị phương tiện, nhân lực là hết sức quan trọng. Tuy nhiên tại Yên Bái hầu hết các Bệnh viện đa khoa tuyến huyện còn thiếu nguồn lực trong chăm sóc trẻ sơ sinh non yếu. Do vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc quan tâm đầu tư cải thiện dịch vụ y tế là hết sức cần thiết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu ở nhóm trẻ được vận chuyển không an toàn là 27,66%, tử vong 24 giờ đầu ở nhóm vận chuyển an toàn là 4,08%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$), OR = 8,99 (95%CI 1,90- 42,45).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Lê Bá Tuấn ở các trường hợp cấp cứu bệnh nhi tới Bệnh viện Nhi Trung ương trong đó nguy cơ tử vong 24 giờ đầu nhập viện ở nhóm trẻ vận chuyển không an toàn cao gấp 12,19 lần so với nhóm trẻ vận chuyển an toàn (OR=12,19 95%CI 5,25-28,31) [1].

Tương tự theo tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự tại Bệnh viện Nhi Đồng I, trong đó tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu nhập viện ở nhóm trẻ được vận chuyển không an toàn là 11,3%, tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu nhập viện ở nhóm trẻ được vận chuyển an toàn là 0,2%, $p < 0,0001$ OR = 64,2 [2].

Như vậy vận chuyển không an toàn là nguyên nhân hàng đầu các trường hợp tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện. Do vậy, cải thiện vận chuyển an toàn bệnh nhi là điều cấp thiết ở trong cả nước nói chung cũng như tỉnh Yên Bái nói riêng.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu 96 trường hợp vận chuyển cấp cứu bệnh nhi từ các cơ sở y tế tuyến xã, tuyến huyện đến Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái cho thấy tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu nhập viện là 15,63%. Trong đó: Nguy cơ tử vong nhóm bệnh nhi sơ sinh cao gấp 16,84 lần so với nhóm trên 1 tuổi; Nguy cơ tử vong nhóm tiền sơ sinh sử dụng non yếu cao gấp 17,33 lần so với nhóm bình thường; nguy cơ tử vong nhóm vận chuyển không

an toàn cao gấp 8,99 lần nhóm vận chuyển an toàn.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy quá trình vận chuyển cần quan tâm đến các đặc điểm bệnh nhân như trẻ sơ sinh, trẻ dưới 1 tuổi, tiền sử đẻ non nhằm có các biện pháp vận chuyển phù hợp với đặc điểm độ tuổi. Quá trình vận chuyển cần được chuẩn bị đầy đủ phương tiện, trang thiết bị, thuốc và cán bộ có kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Lê Bá Tuấn** (2015). *Thực trạng vận chuyển bệnh nhân cấp cứu tới Bệnh viện Nhi Trung ương*. Luận văn Tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa II – Đại học Y Hà Nội, 2015.
2. **Hoàng Trọng Kim** (2004), *Tính an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1*, Tạp chí YHTH, tr.116-121.
3. **Lê Thanh Hải và CS** (2010), *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu Nhi khoa nâng cao (APLS) nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trong 24h đầu ở tuyến tỉnh*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ, tr.1-57.
4. **Lê Thị Nga và CS** (2009), *Đánh giá kết quả cấp cứu bệnh nhân nặng trong 24 giờ nhập viện tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên*, Tạp chí Khoa học & Công nghệ, 51(3), tr.3-7.
5. **Phan Thị Thanh Hiền và Nguyễn Thành Đạt** (2007), *Tình hình ngưng tim ngưng thở trước nhập viện tại khoa Cấp cứu lưu Bệnh viện Nhi đồng 2 từ năm 2004-2007*, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 11, tr.74-78.
6. **Cabrera, A.G. and et al** (2011), *Interhospital transport of children requiring extracorporeal membrane oxygenation support for cardiac dysfunction*, *Congenit Heart Dis*, 6(3), pp.202-8
7. **Chen, P., A.J. Macnab and C. Sun** (2005), *Effect of transport team interventions on stabilization time in neonatal and pediatric interfacility transports*, *Air Med J*, 24(6), pp.244-7
8. **Duke and T.** (2003), *Transport of seriously ill children: a neglected global issue*, *Intensive care Med*, 39, pp.1414-1416



ĐÁNH GIÁ KỸ NĂNG XỬ TRÍ CỦA CÁN BỘ Y TẾ TRONG QUÁ TRÌNH VẬN CHUYỂN CHUYỂN TUYẾN CẤP CỨU TỪ BỆNH VIỆN TUYẾN TỈNH ĐẾN BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2013

Phạm Ngọc Toàn¹, Lê Thanh Hải¹, Lê Bá Tuấn¹, Đỗ Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Kỹ năng xử trí của cán bộ y tế trong quá trình vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi đóng vai trò quan trọng đối với tính mạng và sức khỏe của bệnh nhi. Nhằm đánh giá thực trạng qua đó tìm ra giải pháp can thiệp nâng cao kỹ năng xử trí của cán bộ y tế trong quá trình vận chuyển chuyển tuyến bệnh nhi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 410 bệnh nhi chuyển tuyến cấp cứu năm 2013. Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Xử trí tuyến dưới: Tỷ lệ xử trí ở tuyến trước 60%; điều trị tuyến dưới trên 24 giờ 98,5%; Các biện pháp truyền dịch 68,8%, truyền kháng sinh 55,4%, ủ ấm 25,1%; chống co giật 0,7%.

- Liên hệ tuyến trên 4,6%, giải thích cho gia đình bệnh nhân 72,7%.

- Khi vận chuyển: Hỗ trợ hô hấp 28,3%; truyền dịch 3,2%.

- Các thủ thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương: Thai thông đường thở 0,2%; hút tiết dịch 22,4%, chỉnh tư thế BN 0,2%, đặt NKQ 2,4%, thở oxy 29,8%; thuốc vận mạch 0,2%, thuốc an thần 2%.

Từ khóa: Cán bộ y tế; kỹ năng xử trí; vận chuyển cấp cứu.

ABSTRACT

EVALUATION OF MANAGEMENT SKILL IN PATIENT EMERGENCY TRANSPORT FROM PROVINCIAL HOSPITALS TO VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2013

Management skill in patient transport service of medical staff plays an important role in health of referred patients. In order to evaluate the reality and find out interventions to improve management skill of medical staff in patient transport, we performed a cross-sectional study on 410 patients who are referred and transported to the National Children's Hospital (VNCH) in 2013. The result shows that:

- Management skill at provincial hospitals: percentage of management skill 60%; treatment after 24 hours of admission 98,5%; infusion methods 68,8%, antibiotic infusion 55,4%, keeping warm 25,1%; anti-convulsants 0,7%.

- Contact to higher referral hospital 4,6%, give explanation for patients' family 72,7%.

- When transporting: respiratory support 28,3%; infusion 3,2%.

- Management at VNCH: Open respiratory route 0,2%; aspiration 22,4%, adjust patient's gesture 0,2%, insert tracheal tube 2,4%, oxygen 29,8%; vasostimulant 0,2%, neuroleptics 2%.

Keywords: Medical staff; management skill; transport service of medical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Khilnani P. và cộng sự [2008], vận chuyển bệnh nhân nhi nặng một cách an toàn đang là vấn đề toàn cầu, đặc biệt là ở các nước đang phát triển như Ấn Độ và Nam Phi. Một nước lớn như Ấn Độ, vấn đề vận chuyển này còn rất phức tạp và còn trong giai đoạn sớm của sự phát triển [11]. Duke T., 2003 cho rằng vận chuyển bệnh nhi nặng là một vấn đề toàn cầu bị lãng quên [8].

Hầu hết các ca vận chuyển chuyển tuyến bệnh nhi là những ca bệnh nặng, tuyến dưới không có đủ cơ sở vật chất, kỹ thuật điều trị và phải chuyển lên Bệnh viện Nhi Trung ương. Trong quá trình vận chuyển bệnh nhi, hầu hết bệnh nhi trong tình trạng sức khỏe, dễ xảy ra các sự cố. Do vậy xử trí của cán bộ y tế đóng vai trò quan trọng đối với tính mạng và sức khỏe bệnh nhi. Theo nghiên cứu của Hoàng Trọng Kim và cộng sự [4], xử trí ban đầu, và thông tin chuyển viện đầy đủ có ảnh hưởng đến vận chuyển chuyển tuyến bệnh nhân không an toàn.

Nhiệm vụ xử trí của cán bộ y tế trong khi chuyển tuyến được quy định tại Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 21/01/2008 [1] về việc ban hành Quy chế Cấp cứu,

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

» Ngày nhận bài: 10/02/2017 | » Ngày phản biện: 15/02/2017 | » Ngày duyệt đăng: 21/02/2017

Hồi sức tích cực và Chống độc. Trong đó cán bộ y tế phải có trách nhiệm: Thực hiện y lệnh, chăm sóc, theo dõi người bệnh trên đường vận chuyển; Nhận và bàn giao hồ sơ bệnh án chuyên viện, tư trang của người bệnh, giải quyết các thủ tục cần thiết liên quan đến việc tiếp nhận người bệnh ở tuyến trên. Người vận chuyển bệnh nhân chỉ được ra về sau khi người bệnh được bệnh viện nơi đến tiếp nhận ký vào phiếu hoặc sổ chuyển người bệnh.

Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm tìm ra thực trạng công tác xử trí, qua đó xác định các giải pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng vận chuyển bệnh nhi là điều cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Cán bộ y tế các đội vận chuyển cấp cứu bệnh nhi nặng từ 0-18 tuổi được vận chuyển cấp cứu từ bệnh viện cấp tỉnh hoặc tương đương đến Bệnh viện Nhi Trung ương theo qui định của Bộ Y tế.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian tiến hành nghiên cứu: từ tháng 5/2013 đến 12/2013

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cấp cứu-Chống độc, phòng khám Cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng

4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p) * N}{d^2 (N-1) + Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}$$

N = 9.500: Kích thước quần thể nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ 5/2013 đến tháng 12/2013, do vậy chúng tôi sử dụng số liệu tham khảo số chuyển viện cấp cứu với cùng kỳ năm 2012, tức là từ thời điểm tháng 5 đến tháng 11 năm 2012 có 9.500 bệnh nhi vận chuyển cấp cứu từ Bệnh viện tuyến tỉnh, đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

$p = 27,8\% = 0,278$ là tỷ lệ vệ chuyển không an toàn, tham khảo từ nghiên cứu vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu từ Bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Đồng II (bệnh viện thuộc tuyến Trung ương) nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2003 đến tháng 2/2004 của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [4].

$Z = 1,96$ ($\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z).

$d = 0,045$, là sai số tuyệt đối, lấy mức 0,045.

$n = 367$, cỡ mẫu cần nghiên cứu, với các giá trị trên, thay số ta được số bệnh nhi tối thiểu cần cho nghiên cứu là $n = 367$ bệnh nhi, dự phòng 10% đối tượng nghiên cứu chúng tôi tiến

hành thu thập số liệu với 405 trường hợp bệnh nhi cần tiến hành nghiên cứu.

Thực tế trong nghiên cứu chúng tôi thu thập 410 bệnh nhi vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu từ các Bệnh viện tuyến tỉnh, Bệnh viện Trung ương khác đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

5. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm EPIDATA, nhập liệu bằng phần mềm SPSS 17.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Xử trí bệnh nhi trước khi chuyển tuyến cấp cứu

Bảng 1. Phân bố số bệnh nhân được xử trí ở tuyến trước

Xử trí ở tuyến trước	Số bệnh nhân	Tỷ lệ%
Không	164	40
Có	246	60
Tổng số	410	100

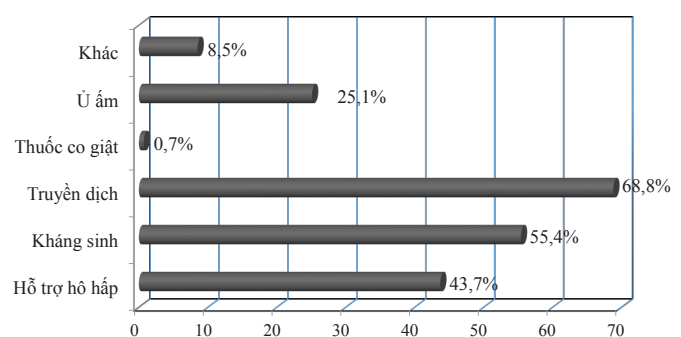
Có 60% số bệnh nhi được xử lý tuyến trước, trước khi được chuyển cấp cứu đến Bệnh viện Nhi Trung ương, trong khi đó 40% không được xử lý ở tuyến trước.

Bảng 2. Thời gian điều trị tại tuyến dưới

Thời gian điều trị ở tuyến dưới	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dưới 24 giờ	4	1,5
Từ 1 đến 2 ngày	98	37,1
Từ 3 đến 5 ngày	85	32,2
Từ 6 đến 7 ngày	18	6,8
trên 7 ngày	59	22,3
Tổng	264	100

Trong số 264 trẻ được xử lý ở tuyến dưới, thời gian điều trị 1-2 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,1%, tiếp đến là từ 3-5 ngày chiếm tỷ lệ 32,2%, tiếp đến là thời gian điều trị trên 7 ngày với 22,3%, 6-7 ngày chiếm 6,8%, dưới 24 giờ chiếm tỷ lệ thấp nhất với 1,5%.

Biểu đồ 1. Phân bố các biện pháp đã xử trí ở tuyến trước



Các biện pháp xử trí ở tuyến trước, trong đó có việc truyền dịch chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,8%, tiếp đến là tiêm thuốc kháng sinh với 55,4%, hỗ trợ hô hấp 43,7%, ủ ấm chiếm 25,1%, biện pháp tiêm thuốc co giật chiếm 0,7%.

2. Liên hệ bệnh viện tuyến trên, giải thích cho gia đình bệnh nhi trước khi chuyển tuyến

Biểu đồ 3. Bệnh nhân chuyển tuyến có liên hệ trước

Liên hệ trước khi chuyển bệnh nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có liên hệ	19	4,6
Không liên hệ	391	95,4
Tổng số	410	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh viện tuyến dưới có liên hệ với bệnh viện nhi Trung ương 19 ca, chiếm tỷ lệ 4,6%. Trong khi đó, đa phần cán bộ y tế ở tuyến dưới không có sự liên hệ với Bệnh viện Nhi Trung ương, tỷ lệ 95,4%.

Bảng 4. Gia đình bệnh nhi được thông tin/giải thích trước khi chuyển viện

Giải thích và thông tin trước khi chuyển	Số gia đình	Tỷ lệ %
Có	298	72,7
Không	112	27,3
Tổng số	410	100

Hầu hết các cán bộ y tế có thông tin và giải thích với gia đình bệnh nhi trước khi chuyển tuyến cấp cứu với 298 trường hợp chiếm 72,7%. Tuy vậy, vẫn còn tỷ lệ khá cao số trường hợp là không thông tin và giải thích với gia đình bệnh nhi với 112 trường hợp chiếm 27,3%.

3. Xử trí bệnh nhi trên xe vận chuyển và tới phòng cấp cứu Bệnh viện Nhi Trung ương

Bảng 5. Bệnh nhi cần hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển

Cần hỗ trợ hô hấp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có	116	28,3
Không có	294	71,7
Tổng số	410	100

Tỷ lệ bệnh nhi cần có sự hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển là 116 bệnh nhi chiếm tỷ lệ 28,3%, trong khi đó có 294 bệnh nhi không cần có sự hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển chiếm tỷ lệ 71,7%.

Bảng 6. Các thủ thuật được thực hiện khi vận chuyển

	Các biện pháp	Số lượng	Tỷ lệ %
Hỗ trợ hô hấp	Thở oxy từ ballon	96	23,4
	Thở ô xy từ bình	13	3,2
	Nội khí quản bóp bóng	7	1,7
	Không có hỗ trợ	294	71,7
Truyền dịch	Có	13	3,2
	Không	397	96,8
TỔNG		410	100

Số bệnh nhi có sự hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển là 116 bệnh nhi, trong đó thở ô xy từ ballon chiếm tỷ lệ cao nhất với 96 bệnh nhi chiếm 23,4%, thở từ bình có 13 bệnh nhi chiếm 3,2%, nội khí quản bóp bóng có 7 bệnh nhi chiếm tỷ lệ 1,7%. Số trẻ truyền dịch là 13 trẻ chiếm 3,2% tổng số bệnh nhi

Bảng 7. Các thủ thuật được thực hiện tại phòng cấp cứu của Bệnh viện Nhi Trung ương

Thủ thuật	Số bệnh nhân (n=410)	Tỷ lệ %
Khai thông đường thở	1	0,2
Hút tiết dịch	92	22,4
Chỉnh tư thế bệnh nhân	1	0,2
Thở o xy	122	29,8
Đặt nội khí quản	10	2,4
Dùng thuốc vận mạch	1	0,2
Dùng thuốc an thần	8	2,0

Tại phòng cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương các thủ thuật được triển khai nhiều nhất là thở ô xy chiếm tỷ lệ 29,8%, tiếp đến là hút tiết dịch 22,4%, đặt nội khí quản 2,4%, các thủ thuật khai thông đường thở, chỉnh tư thế bệnh nhân và dùng thuốc vận mạch có 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 0,2%.

IV. BÀN LUẬN

Trước khi chuyển tuyến cấp cứu

Xử trí ở tuyến trước có vai trò quan trọng giúp bệnh nhi ổn định trước khi được chuyển tuyến lên Bệnh viện Nhi Trung ương. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy xử trí ở tuyến trước là 246 bệnh nhi chiếm 60%, trong khi đó có 164 chiếm 40% số bệnh nhi không được xử lý ở tuyến trước. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự tác giả Hoàng

Trọng Kim và cộng sự [4] tại Bệnh viện Nhi đồng I, số bệnh nhi không được xử trí trước khi chuyển tuyến 42,5%, bệnh nhi được xử trí trước khi chuyển tuyến 57,5%.

Trong tổng số 246 bệnh nhi được xử trí ở tuyến trước có 1,5% được xử trí dưới 24 giờ, 37,1% được xử trí từ 1-2 ngày, 32,2% được xử trí từ 3-5 ngày, 6,8% được xử trí từ 6-7 ngày, 22,3% được xử trí trên 7 ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các biện pháp xử trí ở tuyến trước, trong đó có việc truyền dịch chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,8%, tiếp đến là tiêm thuốc kháng sinh với 55,4%, hỗ trợ hô hấp 43,7%, ủ ấm chiếm 25,1%, biện pháp tiêm thuốc co giật chiếm 0,7%.

Theo tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự [3] hầu hết các bệnh nhi đã được điều trị tại tuyến tỉnh (99% và 90%) với thời gian trung bình là trên 2 ngày (2,1 và 2,5 ngày). Trên 90% được hỗ trợ cấp cứu hô hấp. Cũng theo Lê Thanh Hải và cộng sự [3] xử trí trước khi chuyển viện về hỗ trợ hô hấp với thờ ô xy đợt 1 là 61,3%, đợt 2 là 52,2%; thờ máy đợt 1 là 18,7%, đợt 2 là 12,3%; bóp bóng qua mask đợt 1 là 10,2% đợt 2 là 7,4%. Hỗ trợ cấp cứu tuần hoàn đợt 1 là 40,6%, đợt 2 là 75%. Hỗ trợ cấp cứu thần kinh đợt 1 tỷ lệ là 11%, đợt 2 tỷ lệ là 10,5%.

Nhiều bệnh rất phức tạp và đa dạng mà cơ sở y tế tiếp nhận bệnh nhân không đủ khả năng để hồi sức và điều trị chuyên sâu [9]. Do đó, bệnh nhân cần phải được chuyển lên tuyến cao hơn với nguyên tắc là bệnh nhân thường xuyên được chăm sóc tốt nhất từ cơ sở tiếp nhận và xử trí ban đầu đến các đơn vị của tuyến trên.

Liên hệ bệnh viện tuyến trên, giải thích gia đình bệnh nhân trước khi chuyển tuyến.

Việc liên hệ với cán bộ tuyến trên trước khi chuyển tuyến được quy định tại Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế [1]. Liên lạc với nhân viên y tế nơi bệnh nhân sẽ được chuyển đến và cung cấp thông tin về tình trạng bệnh nhân, bệnh sử cho họ biết. Cả hai nhóm vận chuyển và tiếp nhận bệnh nhân sẽ quyết định bệnh nhân có đủ điều kiện để chuyển không, nơi nào sẽ giám sát quá trình vận chuyển [10].

Nghiên cứu của chúng tôi, các Bệnh viện tuyến dưới có liên hệ với Bệnh viện Nhi Trung ương có 19 ca, chiếm tỷ lệ 4,6%. Trong khi đó, đa phần cán bộ y tế ở tuyến dưới không có sự liên hệ với Bệnh viện Nhi Trung ương, chiếm tỷ lệ 95,4%. So sánh với giả Lê Thanh Hải và cộng sự [3] nghiên cứu 2 đợt, đợt I tháng 11/2007-3/2008, đợt 2 từ 8/2009- 1/2010, sự liên hệ trước khi chuyển tuyến lần 1 là 0%, lần 2 là 67,9%. Phối hợp giữa nhóm vận chuyển bệnh nhân và nơi sẽ tiếp nhận bệnh nhân phải được thiết lập ngay sau khi cấp cứu và ổn định tình trạng bệnh nhân. Điều này rất quan trọng, bảo đảm kết quả điều trị tốt nhất.

Giải thích cho gia đình người bệnh trước khi chuyển tuyến được quy định tại Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14/04/2014 [2]. Hầu hết các cán bộ y tế có thông tin và giải thích với gia đình bệnh nhi trước khi chuyển tuyến cấp cứu với 298 trường hợp chiếm 72,7%. Tuy vậy, vẫn còn tỷ lệ khá cao số trường hợp là không thông tin và giải thích với gia đình bệnh nhi với 112 trường hợp chiếm 27,3%.

Việc giải thích thông tin cho gia đình người bệnh có vai trò quan trọng giúp việc phối hợp tốt giữa cán bộ y tế với gia đình người bệnh trong cấp cứu bệnh nhi. Bên cạnh đó, còn đảm bảo tính pháp lý cho người bệnh cũng như tránh các thủ tục rắc rối cho cán bộ y tế khi bệnh nhi tử vong trên đường vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu.

Bệnh nhi trên xe vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu

Xử trí trên xe vận chuyển là khâu quan trọng và ảnh hưởng đến tính mạng và khả năng hồi phục ở trẻ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhi cần có sự hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển là 116 bệnh nhi chiếm tỷ lệ 28,3%, trong khi đó có 294 bệnh nhi không cần có sự hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển chiếm tỷ lệ 71,7%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khi so sánh với tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [4] nghiên cứu sự chuyển tuyến cấp cứu, tỷ lệ các biến cố xảy ra trong quá trình vận chuyển là 132 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 18,8%.

Tuy nhiên trong nghiên cứu cho thấy chỉ có 22,8% số bệnh nhi là được theo dõi trong quá trình chuyển viện. Thực tế khi có các biến cố xảy ra thì đó cũng là lúc cần sự xử trí kịp thời nhằm giúp bệnh nhi ổn định trên đường vận chuyển lên tuyến trên.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số bệnh nhi có sự hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển là 116 bệnh nhi, trong đó thờ ô xy từ ballon chiếm tỷ lệ cao nhất với 96 bệnh nhi chiếm 23,4%, thờ từ bình có 13 bệnh nhi chiếm 3,2%, nội khí quản bóp bóng có 7 bệnh nhi chiếm tỷ lệ 1,7%. Số trẻ truyền dịch là 13 trẻ chiếm 3,2% tổng số bệnh nhi.

Tỷ lệ các biện pháp xử trí trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung cao hơn khi so sánh với nghiên cứu chuyển tuyến bệnh nhi của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [4] nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng I các thủ thuật được thực hiện khi chuyển viện có thờ ô xy 23,5%, truyền dịch 20,5%, bóp bóng giúp thờ chiếm 1,7%, đặt nội khí quản 1,7%, các thủ thuật khác 1,6% (đặt sonde dạ dày, sonde trực tràng, truyền máu, mở khí quản, thờ NCPAP,..).

Nghiên cứu các trường hợp tim ngừng đập tại Bệnh viện Nhi Đồng II của tác giả Phan Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thành Đạt [7] cho thấy, tỷ lệ các biện pháp xử trí như thờ oxy khi chuyển viện bằng bóp bóng NKQ 57,9%, Bóp bóng qua Mask là 5,3%, thờ ô xy qua canula là 15,8%, không thờ oxy



là 21,1%; Truyền dịch khi vận chuyển 63,2%.

Thực tế, xử trí bệnh nhi trên xe vận chuyển cấp cứu là hết sức quan trọng, có tính thiết thực trong việc góp phần giảm tỷ lệ tử vong cho trẻ. Tuy vậy, việc xử trí trong quá trình vận chuyển không hề đơn giản, ngoài số lượng cán bộ y tế, trình độ chuyên môn kỹ thuật, kinh nghiệm, an toàn trong vận chuyển còn phụ thuộc vào trang thiết bị hiện có và thể trạng ở trẻ. Do vậy, nếu đầy đủ trang thiết bị, nhân lực có chuyên môn và xử trí tốt thì có thể giúp trẻ qua khỏi cơn nguy hiểm và có thể bình phục được.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại phòng cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương các thủ thuật được triển khai nhiều nhất là thở ô xy chiếm tỷ lệ 29,8%, tiếp đến là hút tiết dịch 22,4%, đặt nội khí quản 2,4%, các thủ thuật khai thông đường thở, chỉnh tư thế bệnh nhân và dùng thuốc vận mạch có 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 0,2%.

So sánh với kết quả nghiên cứu của Hoàng Trọng Kim và cộng sự [4] tại Bệnh viện Nhi Đồng I có 23,1% số bệnh nhi

phải cấp cứu khẩn cấp ngay khi nhập viện (thở ô xy, truyền dịch, chống sốc, đặt nội khí quản, bóp bóng giúp thở, xoa tim ngoài lồng ngực). Việc tiếp nhận, xử trí kịp thời của khoa cấp cứu của Bệnh viện tuyến trên giúp trẻ có các sự cố trong quá trình vận chuyển có thể qua được cơn nguy kịch và ổn định được sức khỏe.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu trên 410 trường hợp bệnh nhi chuyển tuyến cấp cứu năm 2013 cho thấy thực trạng kỹ năng xử trí bệnh nhi trong quá trình vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu.

Nghiên cứu cho thấy cần thường xuyên mở các lớp tập huấn, hội nghị, hội thảo về cấp cứu chuyển tuyến nhằm trao đổi kinh nghiệm học tập. Đặc biệt cần có các buổi diễn tập cấp cứu với các tình huống cấp cứu khác nhau nhằm đảm bảo kỹ năng xử trí các tình huống tốt. Bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh cần có sự phối hợp, liên hệ với nhau tổ chức công tác cấp cứu nhi có hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Bộ Y tế** (2008), *Quy chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và Chống độc*, Quyết định số: 01/2008/QĐ-BYT, ngày 21/1/2008, tr.3-24.
2. **Bộ Y tế** (2014), *Thông tư quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, Thông tư số: 14/2014/TT-BYT, tr.1-16.
3. **Bộ Y tế** (2010), *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu Nhi khoa nâng cao (APLS) nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trong 24h đầu ở tuyến tỉnh*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ - Chủ nhiệm đề tài Lê Thanh Hải.
4. **Hoàng Trọng Kim** (2004), *Tính an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng I*, Tạp chí Y học Thực hành-Bộ Y tế, tr.116-121.
5. **Lê Thanh Hải** (2009), *Đánh giá vận chuyển bệnh nhi nặng từ tuyến tỉnh đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2009*, Tạp chí Nhi khoa, tr.15-19.
6. **Lê Thanh Hải** (2010), *Vận chuyển an toàn bệnh nhân trẻ em*, Thực hành cấp cứu Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, tr.27-35.
7. **Phan Thị Thanh Hiền và Nguyễn Thành Đạt** (2007), *Tình hình ngưng tim ngưng thở trước nhập viện tại khoa Cấp cứu lưu Bệnh viện Nhi đồng 2 từ năm 2004 - 2007*, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 11, Phụ bản số 4, tr.74-78.
8. **Duke, T.**, *Transport of seriously ill children: A neglected global issue*. Intensive care Med, 2003. 39: p. 1414-1416.
9. **Kronick, J.B., et al.**, *Pediatric and neonatal critical care transport: A comparison of therapeutic interventions*. Pediatr Emerg Care, 1996. 12(1): p. 23-6.
10. **Mace, S.E., et al.**, *Pediatric issues in disaster management, Part 1: The emergency medical system and surge capacity*. Am J Disaster Med, 2010 5(2): p. 83-93.
11. **Praveen Khilnani and R. Chhabra**, *Transport of critically ill children: How to utilize resources in the developing world*. Indian J Pediatr, 2008. 75(6): p. 591-598.

TÌM HIỂU MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN VÀ TÍNH AN TOÀN TRONG VẬN CHUYỂN Ở CÁC TRƯỜNG HỢP CHUYỂN TUYẾN CẤP CỨU TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2013

Lê Bá Tuấn¹, Lê Thanh Hải¹, Đỗ Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Tìm hiểu ảnh hưởng của các yếu tố thuộc về bệnh nhi đến tính an toàn trong chuyển tuyến cấp cứu, qua đó tìm ra giải pháp can thiệp nhằm giảm thiểu tỷ lệ tử vong, giảm tỷ lệ không an toàn trong chuyển tuyến cấp cứu là điều cần thiết. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang 410 bệnh nhi chuyển tuyến cấp cứu từ các bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các đặc điểm ở bệnh nhi bao gồm nhóm tuổi, trẻ sơ sinh, nhẹ cân sau sinh, địa dư, lý do chuyển tuyến, thời gian chuyển tuyến, ổn định trước khi chuyển ($p < 0,05$). Trong đó nguy cơ vận chuyển không an toàn ở nhóm trẻ từ dưới 1 tuổi so với trẻ trên 1 tuổi là $OR = 1,89$; Trẻ sơ sinh so với trẻ trên 1 tháng là $OR = 13,14$; trẻ nhẹ cân sau sinh so với trẻ không nhẹ cân sau sinh $OR = 2,63$; trẻ ở nơi khác Hà Nội so với trẻ ở Hà Nội $OR = 1,73$; trẻ chuyển tuyến do bệnh nặng so với vận chuyển do ý kiến gia đình $OR = 2,97$; Thời gian vận chuyển từ trên 3 giờ so với dưới 3 giờ $OR = 1,76$; Không ổn định trước chuyển so với ổn định trước chuyển $OR = 16,43$.

Từ khóa: Đặc điểm bệnh nhi; An toàn vận chuyển, chuyển tuyến cấp cứu.

ABSTRACT

AN INVESTIGATION ON THE RELATION BETWEEN PATIENT'S CHARACTERISTICS AND TRANSPORT SAFETY IN EMERGENCY REFERRAL TRANSPORT AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2013

It is necessary to investigate the affects of patient's characteristics on the safety of emergency transport and find out the intervention to reduce the mortality rate. Therefore, we perform a cross-sectional study on 410 patients transported

from provincial hospitals to Vietnam National Children's hospital in 2013.

The result reveals patient's characteristics including age, neonates, low weight at birth, geography, reasons of referral, time of transport, stability before transport ($p < 0,05$). Risk of unsafe transport in children under 1 year old versus children above 1 year old $OR = 1,89$; neonates versus infants above 1 month $OR = 13,14$; infants with low birth weight versus normal birth weight $OR = 2,63$; children from outside of Hanoi versus inside Hanoi $OR = 1,73$; children referred due to severe condition versus due to parents' desire $OR = 2,97$; transport time more than 3 hours versus less than 3 hours $OR = 1,76$; unstability before transport versus stability before transport $OR = 16,43$.

Keywords: Patient's characteristics, the safety of emergency transport, emergency referral transport.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những trẻ phải vận chuyển cấp cứu từ bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương thông thường là những bệnh nhân nặng và tuyến tỉnh không đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị kỹ thuật cho bệnh nhi. Trong quá trình chuyển tuyến cấp cứu, đặc điểm bệnh nhân và tình trạng sức khỏe bệnh nhân là yếu tố quan trọng góp phần đảm bảo sự vận chuyển chuyển tuyến an toàn.

Theo Lê Thanh Hải và cộng sự [5] thì các yếu tố ảnh hưởng đến sự vận chuyển an toàn ở bệnh nhi bao gồm ổn định tình trạng bệnh nhân; liên hệ trao đổi thông tin nơi chuyển, chuẩn bị và thực hiện vận chuyển an toàn; sự tiếp nhận tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Theo tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2] nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng cũng cho thấy yếu tố ảnh hưởng đến chuyển viện cấp cứu không an toàn bao gồm: lứa tuổi; sự ổn của bệnh nhi.

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

Bệnh nhi có những đặc điểm khác biệt so với bệnh nhân lớn tuổi, cần những điều kiện trang thiết bị vận chuyển, nhân lực và kỹ thuật vận chuyển có những đặc thù riêng.

Nhằm tìm hiểu ảnh hưởng của các yếu tố thuộc về bệnh nhi đến tính an toàn trong chuyển tuyến cấp cứu, qua đó tìm ra giải pháp can thiệp nhằm giảm thiểu tỷ lệ tử vong, giảm tỷ lệ không an toàn trong chuyển tuyến cấp cứu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Tìm hiểu mối liên quan giữa đặc điểm bệnh nhi và tính an toàn trong vận chuyển ở các trường hợp chuyển tuyến cấp cứu tại Bệnh viện nhi Trung ương năm 2013”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân nặng từ 0-18 tuổi được vận chuyển cấp cứu từ bệnh viện cấp tỉnh hoặc tương đương đến bệnh viện nhi Trung ương theo qui định của Bộ Y tế.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian tiến hành nghiên cứu: từ tháng 4/2013 đến 11/2013.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cấp cứu-Chống độc, phòng khám Cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng.

4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức:

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

N = 9.500: Kích thước quần thể nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ 5/2013 đến tháng 12/2013, do vậy chúng tôi sử dụng số liệu tham khảo số chuyển viện cấp cứu với cùng kỳ năm 2012, tức là từ thời điểm tháng 5 đến tháng 11 năm 2012 có 9.500 bệnh nhi vận chuyển cấp cứu từ bệnh viện tuyến tỉnh, đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

$p = 27,8\% = 0,278$ là tỷ lệ vận chuyển không an toàn, tham khảo từ nghiên cứu vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu từ bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Đồng II (bệnh viện thuộc tuyến trung ương) nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2003 đến tháng 2/2004 của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2].

$Z = 1,96$ ($\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)

$d = 0,045$, là sai số tuyệt đối, lấy mức 0,045

$n = 367$, cỡ mẫu cần nghiên cứu, với các giá trị trên, thay số ta được số bệnh nhi tối thiểu cần cho nghiên cứu là $n = 367$ bệnh nhi, dự phòng 10% đối tượng nghiên cứu chúng tôi tiến hành thu thập số liệu với 405 trường hợp bệnh nhi cần tiến

hành nghiên cứu.

Thực tế trong nghiên cứu chúng tôi thu thập 410 bệnh nhi vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu từ các bệnh viện tuyến tỉnh, bệnh viện trung ương khác đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

5. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm EPIDATA 3.1, nhập liệu bằng phần mềm SPSS 17.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và tính an toàn trong chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi

Nhóm tuổi	Vận chuyển không an toàn		Vận chuyển an toàn	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 1 tuổi	105	39,5	161	60,5
> 1 tuổi	37	25,7	107	74,3
TỔNG	142	34,6	268	65,4

$p=0,0051, OR=1,89 [95\%CI 1,21 - 2,95]$

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tính an toàn và nhóm tuổi bệnh nhi trong vận chuyển cấp cứu bệnh nhi ($p < 0,01$), trong đó nguy cơ vận chuyển không an toàn ở nhóm tuổi từ dưới 1 tuổi cao gấp 1,89 lần nhóm trên 1 tuổi.

Bảng 2. Mối liên giữa quan giới tính và an toàn trong chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi

Giới tính	Vận chuyển không an toàn		Vận chuyển an toàn	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	86	34,0	167	66,0
Nữ	56	35,7	101	64,3
TỔNG	142	34,6	268	65,4

$p=0,7287, OR=0,93 [95\%CI 0,61 - 1,41]$

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính bệnh nhi và tính an toàn trong vận chuyển cấp cứu chuyển tuyến bệnh nhi ($p > 0,05$).

Bảng 3. Mối liên giữa quan trẻ sơ sinh và tính an toàn trong vận chuyển cấp cứu bệnh nhi

Trẻ sơ sinh	Vận chuyển không an toàn		Vận chuyển an toàn	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	37	84,1	7	15,9
Không	105	28,7	261	71,3
TỔNG	142	34,6	268	65,4

$P < 0,001, OR=13,14 [95\%CI 5,68 - 30,40]$

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm trẻ là trẻ sơ sinh với tính an toàn trong chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi ($p < 0,001$), trong đó trẻ sơ sinh có nguy cơ vận chuyển không an toàn cao gấp 13,14 lần trẻ độ tuổi từ 1 tháng tuổi trở lên.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đẻ non và tính an toàn trong vận chuyển cấp cứu bệnh nhi

Đẻ non	Vận chuyển không an toàn		Vận chuyển an toàn	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	65	34,9	121	65,1
Không	77	34,4	147	65,6
TỔNG	142	34,6	268	65,4
P=0,9037, OR=1,03 (95%CI 0,68-1,54)				

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm tiền sử bệnh nhi đẻ non với tính an toàn trong vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu bệnh nhi ($p > 0,05$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa tiền sử nhẹ cân sau sinh và tính an toàn trong vận chuyển cấp cứu bệnh nhi

Nhẹ cân sau sinh	Vận chuyển không an toàn		Vận chuyển an toàn	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	18	56,3	14	43,8
Không	124	32,8	254	67,2
TỔNG				
P=0,0071, OR=2,63 (95%CI [1,27- 5,47])				

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử nhẹ cân sau sinh ở bệnh nhi với tính an toàn trong vận chuyển cấp cứu bệnh nhi ($p < 0,01$), trong đó trẻ có tiền sử nhẹ cân sau sinh có nguy cơ vận chuyển không an toàn cao gấp 2,63 lần trẻ có tiền sử không nhẹ cân sau sinh.

Bảng 6. Mối liên quan giữa yếu tố địa dư và tính an toàn trong vận chuyển cấp cứu bệnh nhi

Địa dư	Vận chuyển không an toàn		Vận chuyển an toàn	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nơi khác	112	38,0	183	62,0
Hà Nội	30	26,1	85	73,9
TỔNG	142	34,6	268	65,4
P=0,0231, OR=1,73 [95%CI 1,08- 2,80]				

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố địa dư với tính an toàn trong vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu ($p < 0,05$), trong đó trẻ ở nơi khác Hà Nội có nguy cơ vận chuyển không an toàn cao gấp 1,73 lần trẻ ở Hà Nội.

Bảng 7. Mối liên quan giữa lý do chuyển tuyến và tính an toàn trong chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi

Lý do chuyển tuyến	Vận chuyển không an toàn		Vận chuyển an toàn	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Bệnh nặng	117	41,6	164	58,4
Ý kiến GD	25	19,4	104	80,6
TỔNG	142	34,6	268	65,4
P<0,001, OR=2,97 [95%CI 1,81- 4,88]				

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lý do chuyển viện với tính an toàn trong vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu bệnh nhi ($p < 0,001$), trong đó trẻ chuyển tuyến với lý do bệnh nặng có nguy cơ vận chuyển không an toàn cao gấp 2,97 lần trẻ chuyển tuyến do ý kiến gia đình.

Bảng 8. Mối liên quan giữa thời gian chuyển tuyến và tính an toàn trong chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi

Thời gian vận chuyển chuyên tuyến	Vận chuyển không an toàn		Vận chuyển an toàn	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Bệnh nặng	117	41,6	164	58,4
Ý kiến GD	25	19,4	104	80,6
TỔNG	142	34,6	268	65,4
P=0,0084, OR=1,76 [95% CI 1,15- 2,68]				

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian chuyển tuyến với tính an toàn trong vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu bệnh nhi ($p < 0,01$), trong đó trẻ có thời gian vận chuyển từ 3 giờ trở lên có nguy cơ vận chuyển không an toàn cao gấp 1,74 lần trẻ có thời gian vận chuyển dưới 3 giờ.



Bảng 9. Mối liên quan giữa việc ổn định bệnh nhi trước chuyển và tính an toàn trong vận chuyển cấp cứu bệnh nhi

Ổn định trước chuyển	Vận chuyển không an toàn		Vận chuyển an toàn	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Không	79	80,6	19	19,4
Có	63	20,2	249	79,8
TỔNG	142	34,6	268	65,4
P<0,001, OR=16,43 [95%CI 9,28- 29,12]				

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc ổn định trước chuyển tuyến với tính an toàn trong vận chuyển cấp cứu bệnh nhi ($p<0,001$), trong đó trẻ không được ổn định trước chuyển có nguy cơ vận chuyển không an toàn cao gấp 16,43 lần trẻ được ổn định trước chuyển.

IV. BÀN LUẬN

Tính an toàn là kết quả của quá trình vận chuyển chuyển tuyến bệnh nhi bao gồm tất cả các khâu từ can thiệp từ trước khi vận chuyển, xử trí khi có sự cố trong khi vận chuyển và tiếp nhận bệnh nhi. An toàn được xác định là không phải cấp cứu khẩn cấp khi nhập viện hoặc không có biến cố xảy ra khi vận chuyển.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một số yếu tố thuộc về đặc điểm cá nhân của trẻ ảnh hưởng đến vận chuyển không an toàn là nhóm tuổi, trẻ sơ sinh, nhẹ cân sau sinh, địa dư, lý do chuyển tuyến, thời gian chuyển tuyến, ổn định trước khi chuyển ($p<0,05$). Các yếu tố giới tính, tiền sử đẻ non không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tính an toàn trong vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi.

Mối liên quan giữa về tính an toàn với lứa tuổi, nơi trường trú, mức độ bệnh của bệnh nhi của bệnh nhân, nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu về chuyển tuyến cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng I của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2] cũng cho thấy chuyển viện không an toàn ở lứa tuổi dưới 1 tuổi chiếm 35,7%, chuyển viện trên 1 tuổi không an toàn 20,5%, OR=2.14, $p<0,000$; Chuyển viện không an toàn ở các tỉnh ngoại thành Tp. Hồ Chí Minh chiếm 30,3%, nội thành chiếm 21,6%, OR=1,57, $p=0,01$; Chuyển viện không an toàn do vượt quá khả năng CSYT chiếm 29,6%, so với tỷ lệ không an toàn do gia đình xin chuyển chiếm 2,17%, OR=1,52,

$p=0,03$. Vận chuyển bệnh an toàn nhân ở nhóm bệnh nhân không ổn định là 77,4%, so với nhóm bệnh nhân ổn định là 12,2%, OR=24,6, $p<0,001$.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy để tăng tỷ lệ vận chuyển an toàn, giảm tỷ lệ vận chuyển không an toàn thì cần thiết trong việc can thiệp đặc biệt là các nhóm đối tượng dưới 1 tuổi đặc biệt là trẻ sơ sinh, nhẹ cân sau sinh.

Để trẻ sơ sinh có sức khỏe tốt, giảm tỷ lệ bệnh tật và tử vong thì cần phải can thiệp trước, trong và sau sinh, mặt khác cần đảm bảo các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại tuyến y tế cơ sở, đầu tư các khoa sản tuyến tỉnh. Các đơn vị cần cứu cần có các trang thiết bị như máy ủ ấm, lồng ấp, các thiết bị hỗ trợ hô hấp, dịch truyền phù hợp với trẻ sơ sinh, trẻ dưới 1 tuổi.

Qua nghiên cứu cho thấy sự cần thiết quan tâm đến những đối tượng có nguy cơ vận chuyển không an toàn như nhóm ở khu vực khác Hà Nội, các nhóm thời gian vận chuyển trên 3 giờ. Để làm được điều đó hiện nay ngành y tế cũng có nhiều giải pháp như xây dựng nâng cấp các bệnh viện tuyến tỉnh, vùng, các bệnh viện vệ tinh, luân chuyển cán bộ theo đề án 1816, xây dựng và nâng cấp các trung tâm cấp cứu 115, các đội cấp cứu trong bệnh viện,... Tuy nhiên các giải pháp đưa ra cần có nguồn lực lớn và cần thời gian dài để có được kết quả như mong muốn.

Để giảm nguy cơ vận chuyển không an toàn kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy cần thiết trong việc can thiệp ở nhóm bệnh nặng và cần có sự ổn định trước khi vận chuyển. Với giải pháp can thiệp ở nhóm bệnh nặng và sự ổn định bệnh nhân trước khi chuyển viện. Vấn đề này thực sự đã được quan tâm và đã và đang triển khai đồng bộ các giải pháp trong việc nâng cao hệ thống cấp cứu.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cắt ngang trên 410 bệnh nhi chuyển tuyến cấp cứu năm 2013 cho thấy các yếu tố nguy cơ đến vận chuyển không an toàn ở bệnh nhi chuyển tuyến cấp cứu gồm: nhóm trẻ ≤ 1 tuổi, trẻ sơ sinh, tiền sử nhẹ cân, trẻ không ở nơi khác Hà Nội, lý do chuyển viện do bệnh nặng, thời gian vận chuyển ≥ 3 giờ, trẻ không được ổn định trước chuyển.

Cần có sự quan tâm các công tác cấp cứu và vận chuyển cấp cứu đặc biệt ở nhóm trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi. Bên cạnh đó cần đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản trước, trong và sau sinh. Khi trẻ chuyển tuyến cần có sự ổn định cho trẻ trước chuyển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Hoàng Thị Thanh và Khúc Văn Lập** (2006), “*Nhận xét kết quả cấp cứu Bệnh Nhi nặng trong 24 giờ đầu nhập viện tại khoa nhi Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình*”. Nhi Khoa, tập 14, (số đặc biệt), Tr. 61-66.
2. **Hoàng Trọng Kim** (2004), *Tình an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng I*, Tạp chí Y học thực hành-Bộ Y tế, tr.116-121
3. **Lê Thanh Hải** (2009), *Đánh giá vận chuyển bệnh nhi nặng từ tuyến tỉnh đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2009*, Tạp chí Nhi khoa, tr.15-19
4. **Lê Thanh Hải** (2010), *Vận chuyển an toàn bệnh nhân trẻ em*, Thực hành Cấp cứu Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, tr.27-35
5. **Lê Thanh Hải và cộng sự** (2010), *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu nhi khoa nâng cao (APLS) nhằm góp phần giảm tỷ lệ tử vong trong 24 giờ đầu ở tuyến tỉnh*. Báo cáo nghiên cứu đề tài cấp bộ- Bộ Y tế.
6. **Lê Thị Nga và CS** (2009), *Đánh giá kết quả cấp cứu bệnh nhân nặng trong 24 giờ nhập viện tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên*, Tạp chí Khoa học & Công nghệ, 51(3): 3-7
7. **Ngô Thị Thanh, Vũ Thúy Lan và CS** (1996), “*Tình hình bệnh tật trẻ em tại khoa hồi sức cấp cứu Nhi Bệnh viện Saint-Paul-Hà Nội trong 3 năm 1993 - 1995*”, Nhi Khoa, tập 5, (3), Tr.122-130
8. **Nguyễn Thị Minh Phương, Nguyễn Thị Hoa** (2005), “*Nghiên cứu các tình trạng bệnh cấp cứu nhi phổ biến tại các tuyến của tỉnh Nghệ An*”, Tạp chí Nttg nghiên cứu Y học, Bộ Y tế - Đại học Y Hà Nội, tập 38, (5), tháng 11/2005, Tr. 20-30.



ẢNH HƯỞNG TRÌNH ĐỘ, KINH NGHIỆM KỸ NĂNG XỬ TRÍ CỦA CÁN BỘ Y TẾ ĐẾN TÍNH AN TOÀN TRONG VẬN CHUYỂN CHUYỂN TUYẾN CẤP CỨU TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2013

Đỗ Mạnh Hùng¹, Lê Thanh Hải¹, Lê Bá Tuấn¹

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Trình độ, kinh nghiệm và kỹ năng xử trí có vai trò quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng và khả năng hồi phục của bệnh nhân. Tìm hiểu các yếu tố như trình độ, kinh nghiệm, kỹ năng xử trí của cán bộ y tế trong vận chuyển cấp cứu bệnh nhi, qua đó xác định giải pháp trong việc xây dựng đội ngũ vận chuyển cấp cứu nhi có hiệu quả là điều cần thiết. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang 410 trường hợp vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi từ các bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013. Kết quả nghiên cứu cho thấy tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa tính an toàn trong vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi với các yếu tố thuộc về cán bộ y tế bao gồm:

+ Các đặc điểm của nhân viên y tế: Kinh nghiệm, thường xuyên vận chuyển cấp cứu, học PLS, và điểm đánh giá kỹ năng cấp cứu của nhân viên y tế;

+ Các kỹ năng xử trí của cán bộ: Xử trí tuyến trước, liên hệ thảo luận trước chuyển, đầy đủ thông tin chuyển tuyến; hỗ trợ hô hấp, hỗ trợ truyền dịch khi vận chuyển bệnh nhân.

Từ khóa: Kỹ năng xử trí, an toàn, vận chuyển cấp cứu.

ABSTRACT

AFFECT OF QUALIFICATION, EXPERIENCES AND MANAGEMENT SKILLS OF MEDICAL STAFF ON PATIENT TRANSPORT SAFETY AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2013

It is the qualification, experiences and management skill of medical staff that directly affects patient's condition and recovery. In order to investigate the factors such as qualification, experiences and management skill in patient transport, from which a solution is drawn out, we carry out a cross-sectional study on 410 patients who were transported from provincial hospital to Vietnam National Children's Hospital in 2013.

The result reveals the significant relationship ($p < 0.05$) between patient safety transport and factors relating to staff

- + Characteristics of medical staff: experiences, frequently transport patients, trained PLS and emergency skills score;
- + Management skills of staff: management at provincial hospitals, contact before referrals, fill out all information of referrals, respiratory support, infusion on ambulance.

Keywords: Management skill of medical staff, safety, emergency patient transport.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Jons Hopkins Medecine qui định nhân viên vận chuyển bệnh nhân phải được đào tạo qua các lớp tập huấn cơ bản như cấp cứu nhi khoa nâng cao (PALS), điều dưỡng cấp cứu nhi khoa (ENPC), lớp cấp cứu chấn thương nâng cao cho điều dưỡng (ATCN). Khi vận chuyển bệnh nhân sơ sinh thì phải có một kíp vận chuyển riêng [7]. Có nhiều bệnh rất phức tạp và đa dạng mà cơ sở y tế tiếp nhận bệnh nhân không đủ khả năng để hồi sức và điều trị chuyên sâu [6]. Do đó, bệnh nhân cần phải được chuyển lên tuyến cao hơn với nguyên tắc là bệnh nhân thường xuyên được chăm sóc tốt nhất từ cơ sở tiếp nhận và xử trí ban đầu đến các đơn vị của tuyến trên.

Theo tác giả Lê Thanh Hải việc các Bệnh viện Đa khoa tuyến tỉnh chưa có đội vận chuyển bệnh nhân cấp cứu với các cán bộ y tế chuyên trách dẫn tới tình trạng cán bộ y tế vận chuyển bệnh nhân không nắm đầy đủ thông tin về người bệnh từ tên, tuổi, chẩn đoán, điều trị, cũng như không có đủ khả năng theo dõi, đánh giá và xử lý các tình huống khẩn cấp xảy ra trong quá trình vận chuyển, dẫn tới tình trạng bệnh nhân nặng lên hoặc tử vong trên đường vận chuyển [1].

Nhằm tìm hiểu ảnh hưởng của trình độ, kinh nghiệm và kỹ năng xử trí của cán bộ y tế đến tính an toàn của bệnh nhi trong vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu từ các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương, qua đó tìm ra giải

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

» Ngày nhận bài: 10/02/2017 | » Ngày phản biện: 14/02/2017 | » Ngày duyệt đăng: 20/02/2017

pháp can thiệp hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Ảnh hưởng của trình độ, kinh nghiệm, kỹ năng xử trí của cán bộ y tế đến tính an toàn trong vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân nặng từ 0-18 tuổi được vận chuyển cấp cứu từ bệnh viện cấp tỉnh hoặc tương đương đến Bệnh viện nhi Trung ương theo qui định của Bộ Y tế.

Cán cán bộ y tế tham gia vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu các bệnh nhi.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian tiến hành nghiên cứu: Từ tháng 4/2013 đến 11/2013.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cấp cứu-Chống độc, phòng khám Cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng.

4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p) * N}{d^2 (N-1) + Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}$$

N = 9.500: kích thước quần thể nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ 5/2013 đến tháng 12/2013, do vậy chúng tôi sử dụng số liệu tham khảo số chuyển viện cấp cứu với cùng kỳ năm 2012, tức là từ thời điểm tháng 5 đến tháng 11 năm 2012 có 9.500 bệnh nhi vận chuyển cấp cứu từ Bệnh viện tuyến tỉnh, đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

$p = 27,8\% = 0,278$ là tỷ lệ vệ chuyển không an toàn, tham khảo từ nghiên cứu vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu từ bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Đồng II (bệnh viện thuộc tuyến trung ương) nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2003 đến tháng 2/2004 của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2].

$Z = 1,96$ ($\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)

$d = 0,045$, là sai số tuyệt đối, lấy mức 0,045

$n = 367$, cỡ mẫu cần nghiên cứu, với các giá trị trên, thay số ta được số bệnh nhi tối thiểu cần cho nghiên cứu là $n = 367$ bệnh nhi, dự phòng 10% đối tượng nghiên cứu chúng tôi tiến hành thu thập số liệu với 405 trường hợp bệnh nhi cần tiến hành nghiên cứu.

Thực tế trong nghiên cứu chúng tôi thu thập 410 trường hợp bệnh nhi vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu từ các bệnh viện tuyến tỉnh, bệnh viện trung ương khác đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

5. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm EPIDAT, nhập liệu bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa số lượng, trình độ, kiến thức của nhân viên y tế với tính an toàn trong

Yếu tố		Không an toàn		An toàn		P	OR (95%CI)
		SL	TL	SL	TL		
Vị trí cán bộ	ĐD	138	34,8	259	65,2	0,999*	1,20 [0,36- 3,96]
	BS	4	30,8	9	69,2		
Kinh nghiệm làm cấp cứu	Không	136	36,5	237	63,5	0,0136	2,96 [1,21- 7,29]
	Có	6	16,2	31	83,8		
Thường xuyên VCCC	Không	115	38,0	188	62,0	0,0174	1,81 [1,11- 2,97]
	Có	27	25,2	80	74,8		
Đã được học APLS	Không	86	39,8	130	60,2	0,02	1,63 [1,08- 2,46]
	Có	56	28,9	138	71,1		
Đạt kỹ năng cấp cứu	Không	138	62,7	82	37,3	<0,001*	78,26 [28,01-218,65]
	Đạt	4	2,1	186	97,9		
TỔNG		142	34,6	268	65,4		

Kỹ năng của đội ngũ cán bộ cấp cứu gồm kinh nghiệm, thường xuyên vận chuyển cấp cứu, học PLS, và điểm đánh giá kỹ năng cấp cứu của nhân viên y tế có ảnh hưởng đến tính an toàn khi vận chuyển bệnh nhi ($p < 0,05$). Trong đó, tỷ lệ vận

chuyển an toàn ở xe có cán bộ không có kinh nghiệm là 36,5%, có kinh nghiệm 16,2%, OR=2,96. Tỷ lệ vận chuyển không an toàn nhóm không thường xuyên thường xuyên là 38%, nhóm thường xuyên là 25,2%. Tỷ lệ vận chuyển không an toàn nhóm chưa

được học PLS là 39,8%, nhóm đã được học 28,9%, OR=1,63.

Bảng 2. Mối liên quan giữa kỹ năng xử trí của cán bộ với tính an toàn vận chuyển cấp cứu bệnh nhi

Yếu tố		Không an toàn		An toàn		P	OR (95%CI)
		SL	TL	SL	TL		
Được xử trí ở tuyến trước	Không	78	47,6	86	52,4	<0,001	2,58 [1,70- 3,92]
	Có	64	26,0	182	74,0		
Liên hệ, thảo luận trước chuyển	Không	141	36,1	250	63,9	0,005*	10,15 [1,34- 76,85]
	Có	1	5,3	18	94,7		
Thông tin chuyển tuyến	Không	74	77,9	21	22,1	<0,001	12,80 [7,36- 22,27]
	Đầy đủ	68	21,6	247	78,4		
Hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển	Không	133	45,2	161	54,8	<0,001	9,82 [4,79- 20,14]
	Có	9	7,8	107	92,2		
Truyền dịch khi vận chuyển	Không	138	36,5	240	63,5	0,006*	4,03 [1,38- 11,72]
	Đạt	4	2,1	186	97,9		
TỔNG		142	34,6	268	65,4		

(*Kiểm định Fisher's exact 2 phía)

Các yếu tố trong xử trí trong chuyển tuyến cấp cứu đều ảnh hưởng đến tính an toàn trong cấp cứu ($p < 0,05$). Trong đó, tỷ lệ không an toàn ở nhóm không được xử trí ở tuyến trước là 47,6%, so với được xử trí là 26%, OR=2,58. Tỷ lệ không an toàn nhóm trẻ không được liên hệ, thảo luận trước chuyển tuyến là 36,1%, so với nhóm trẻ được liên hệ, thảo luận trước chuyển tuyến là 5,3%. Tỷ lệ không an toàn ở nhóm không có thông tin chuyển tuyến là 77,9%, so với 21,6% ở nhóm có đầy đủ thông tin, OR=12,8. Tỷ lệ không an toàn ở nhóm không có sự hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển là 45,2%, so với 7,8% ở nhóm có sự hỗ trợ, OR=9,82. Tỷ lệ không an toàn ở nhóm không có truyền dịch khi vận chuyển là 36,5%, so với 12,5% khi có sự truyền dịch, OR=4,03.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong các yếu tố thuộc về nhân lực kể trên chỉ có duy nhất yếu trình độ cán bộ là không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tính an toàn trong vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu ($p > 0,05$). Các yếu tố còn lại trong đó bao gồm kinh nghiệm cán bộ, thường xuyên vận chuyển cấp cứu, được học PLS và kỹ năng cấp cứu có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tính an toàn trong vận chuyển ($p < 0,05$). Thực tế hàng tại Bệnh viện Nhi Trung ương cũng đã có các lớp đào tạo, tập huấn về cấp cứu bệnh nhi, song các lớp chủ yếu là các khóa tập huấn ngắn ngày và cũng rất ít khi tổ chức. Bên cạnh đó, cán bộ làm công tác vận chuyển cấp cứu ở các bệnh viện thường hay phải luôn chuyển cán bộ, chuyên môn mặc dù có được học, tuy nhiên kỹ năng chưa được thuần thục. Theo nhóm nghiên cứu của chúng tôi, cần có các cán bộ cấp cứu nhi chuyên sâu, có

các lớp đào tạo thường xuyên cho các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện, bên cạnh đó cũng cần có các hội thảo, hội nghị chia sẻ kinh nghiệm trong cấp cứu nhi. Để làm được điều đó, cần có sự phối hợp giữa các đơn vị mà Bộ Y tế, Sở Y tế là các đơn vị chỉ đạo thực hiện, các Bệnh viện Nhi Trung ương, Nhi đồng I, Nhi Đồng II và các Bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện cần có sự phối hợp trong việc đào tạo, tập huấn về chuyên môn, chia sẻ kinh nghiệm.

Các yếu tố thuộc về kỹ năng xử trí trong vận chuyển chuyển viện cấp cứu mà chúng tôi đã đề cập đến bao gồm được xử trí ở tuyến trước; liên hệ, thảo luận trước vận chuyển; thông tin chuyển tuyến, hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển; truyền dịch khi vận chuyển. Các yếu tố này đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tính an toàn chuyển viện chuyển tuyến cấp cứu ($p < 0,05$). Về các biện pháp xử trí như đặt nội khí quản, thở oxy, truyền dịch nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Trọng Kim [3] trong đó: Chuyển viện không an toàn ở nhóm bệnh nhân có nội khí quản là 91,7%, so với nhóm bệnh nhân không có nội khí quản là 26,7, OR=30,2, $p < 0,0001$; Chuyển bệnh nhân không an toàn có thở ô xy 68,1%, so với không có ô xy là 15,3%, OR=11,7, $p < 0,0001$; Qua phân tích kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vai trò của công tác xử trí đối với sự an toàn trong vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu, trong đó cần thiết xử trí ở tuyến trước trước khi vận chuyển bệnh nhân lên bệnh viện nhi trung ương. Cần đảm bảo viện liên hệ thảo luận trước khi vận chuyển, trong quá trình vận chuyển cần có sự hỗ trợ về hô hấp, truyền dịch ở trẻ đối với từng bệnh và chỉ định điều trị.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu của chúng tôi trên 410 trường hợp bệnh nhi vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu từ các tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy các yếu tố như trình độ, kinh nghiệm có ảnh hưởng lớn sự an toàn của bệnh nhi trong quá trình vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy các Bệnh viện Đa khoa, Bệnh viện sản nhi tuyến tỉnh cần có các bộ phận cấp cứu

riêng biệt với các cán bộ có kỹ năng cấp cứu trong đó có kỹ năng cấp cứu trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Thường xuyên mở các lớp tập huấn, hội nghị, hội thảo về cấp cứu chuyên tuyến nhằm trao đổi kinh nghiệm học tập. Đặc biệt cần có các buổi diễn tập cấp cứu với các tình huống cấp cứu khác nhau nhằm đảm bảo kỹ năng xử trí các tình huống tốt. Bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh cần có sự phối hợp, liên hệ với nhau tổ chức công tác cấp cứu nhi có hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Bộ Y tế** (2010), *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu Nhi khoa nâng cao (APLS) nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trong 24h đầu ở tuyến tỉnh*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ - Chủ nhiệm đề tài Lê Thanh Hải.
2. **Đình Phương Hòa và Nguyễn Công Khanh** (2005), *Nghiên cứu hiện trạng cấp cứu nhi, lựa chọn tiến bộ khoa học và xây dựng mô hình cấp cứu nhi khoa phù hợp các tuyến nhằm giảm tỷ lệ tử vong trong 24 giờ đầu*, Đề tài độc lập cấp nhà nước, tr.59- 61.
3. **Hoàng Trọng Kim** (2004), *Tính an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1*, Tạp chí Y học thực hành-Bộ Y tế, tr.116-121
4. **Lê Thanh Hải** (2009), *Đánh giá vận chuyển bệnh nhi nặng từ tuyến tỉnh đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2009*, Tạp chí Nhi khoa, tr.15-19.
5. **Lê Thanh Hải** (2010), *Vận chuyển an toàn bệnh nhân trẻ em*, Thực hành cấp cứu Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, tr.27-35
6. **Kronick, J.B., et al.** (1996), *Pediatric and neonatal critical care transport: a comparison of therapeutic interventions*. *Pediatr Emerg Care*, 1996. 12(1): p. 23-6.
7. **Jons Hopkins Lifeline** (2014), *The Jons Hopkins Medecine Lifeline Transportation Program*, 410.614.7777. 1800 Orleans Street Nelson SB-280 Baltimore, Maryland 21287.
8. **Praveen Khilnani and R.Chhabra** (2008), *Transport of critically ill children: How to utilize resources in the developing world*, *Indian J Pediatr*, 75(6), pp.591-598.
9. **Warren J.and et al** (2004), *Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients*, *Crit Care Med*, 32(1), pp.256-62



KIẾN THỨC, HÀNH VI VÀ VẤN ĐỀ SỨC KHOẺ LIÊN QUAN ĐẾN NGƯỜI DÂN TIẾP XÚC HOÁ CHẤT BẢO VỆ THỰC VẬT Ở HUYỆN TÂN HƯNG, TỈNH LONG AN

Nguyễn Hồng Lập¹, Nguyễn Văn Tập¹, Nguyễn Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện trên 338 đối tượng nông dân nhằm tìm hiểu về kiến thức, một số hành vi sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật và vấn đề sức khoẻ liên quan. Kết quả cho tỷ lệ kiến thức đúng về đường xâm nhập vào cơ thể 1,8%, bệnh liên quan sau thời gian tiếp xúc hoá chất bảo vệ thực vật 3,55% và nơi tồn tại hoá chất bảo vệ thực vật 5,33%. Kiến thức đúng về chiều phun thuốc 56,3%. Đọc tờ hướng dẫn 81,1%; người dân có thói quen trộn chung từ 2 loại thuốc trở lên 94,4%. Tỷ lệ người có sử dụng khẩu trang trong khi pha thuốc là 51,2% và phun thuốc 50,9%. Thời gian phun thuốc trên 6 lần / tháng 38,8% mỗi lần phun trên 4 giờ 73,4%. Sau khi phun, tỷ lệ đốt bỏ chai lọ thuốc là 47,3%. Một số triệu chứng thường gặp phải khi tiếp xúc hoá chất bảo vệ thực vật, cao nhất là ngứa, đỏ, nóng rát vùng da 61% và thấp nhất là đau bụng, tiêu chảy 15,4%. Tỷ lệ người dân xuất hiện từ 3 triệu chứng trở lên là 62,7%. Những nông dân có thời gian phun thuốc nhiều hơn 6 giờ/ lần có tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng cao gấp 1,31 lần những nông dân có thời gian phun thuốc dưới 03 giờ/ lần.

ABSTRACT

KNOWLEDGE, BEHAVIOR AND HEALTH ISSUES OF PEOPLE EXPOSED TO PLANT PROTECTION CHEMICALS IN TAN HUNG DISTRICT, LONG AN PROVINCE

The study conducted on 338 subjects farmers to survey about knowledge, some acts of using plant protection chemicals and related health problems. Results for general knowledge correct ratio of intrusion path from entering the body by 1.8%, related disease after exposure time of plant protection chemicals and where existing 3.55% plant protection chemicals 5,33%. Farmers have the right knowledge about 56.3% spraying direction. Read leaflet 81.1%; Farmers have

the habit of drugs mixed from 2 or more 94.4%. The percentage of people using drugs masks while phase is 51.2% and spraying 50.9%. Spray time of 6 times / month 38.8% per injection over 4 hours 73.4%. After spraying, the rate of medication bottles flaring is 47.3%. Some common symptoms of exposure to plant protection chemicals, the highest of itching, redness, burning skin, and the lowest 61% are abdominal pain, diarrhea 15.4%. The proportion of people appear from 3 symptoms was 62.7% or more. These farmers have time to spray more than 6 hours / time ratio symptoms appear higher than 1.31 times farmers have time to spray less than 03 hours / times.

Từ khóa: Hoá chất bảo vệ thực vật, kiến thức, hành vi, sức khoẻ, Long An.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là một nước nông nghiệp với 67,0% diện tích trồng lúa, hoa màu. Do đó, tỷ lệ cao người dân sử dụng thường các loại hoá chất bảo vệ thực vật. Tỷ lệ cao người dân phơi nhiễm thường xuyên với hoá chất dẫn tới nguy cơ phát sinh bệnh tật. Đặc biệt là tại các nước đang phát triển 99% trường hợp ngộ độc xảy ra ở các nước này, cho dù lượng tiêu thụ hoá chất bảo vệ thực vật chỉ chiếm 20% [5]. Phần lớn người nông dân tại các nước này chưa nhận biết đầy đủ về tác hại cũng như nguy cơ do hoá chất bảo vệ thực vật gây ra[1].

Nhưng tác hại do hoá chất bảo vệ thực vật gây ra như biến đổi môi trường sinh thái, tiêu diệt sinh vật có lợi như cá, chim, mà còn tác động về mặt sức khỏe con người, đặc biệt người nông dân, mà chính họ tiếp xúc, đối mặt hàng ngày trên cánh đồng còn quá ít thông tin, và những nghiên cứu trong nước đặc biệt là nghiên cứu ở khu vực Đồng Bằng Sông Cửu Long về ảnh hưởng hoá chất bảo vệ thực vật tác động lên sức khỏe con người thì còn quá hạn chế. Nhằm đưa ra những biện pháp hợp lý nhằm kiểm soát và nâng cao sức khỏe người dân. Với mục tiêu: Nghiên cứu kiến thức, một số

1. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Tác giả: Nguyễn Hồng Lập: ĐT: 0918172961;
Email: nhonglap@yahoo.com.vn

» Ngày nhận bài: 28/01/2017 | » Ngày phản biện: 04/02/2017 | » Ngày duyệt đăng: 15/02/2017

hành vi sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật và vấn đề sức khoẻ liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Người nông dân trồng lúa có tham gia phun hoá chất bảo vệ thực vật tại huyện Tân Hưng, tỉnh Long An vào vụ đông xuân tháng 12 năm 2012 và tháng 01 năm 2013.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả

- *Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu:*

$$p (1-p)$$

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

n: cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm. $p = 0,31$ là tỷ lệ người dân tiếp xúc hóa chất BVTV trên trang trại trồng Ớt có kiến thức chung đúng là 31,1% tại Thái Lan của tác giả Prasit Kachaiyaphum [7]. ($\alpha=0,05$), $Z=1,96$. $d=0,05$: là sai số cho phép, Vậy cỡ mẫu tối thiểu là $n = 329$ người dân. Thực tế khảo sát 338 người.

- *Chọn mẫu:* bốc thăm ngẫu nhiên chọn 3 xã trong 11 xã của huyện Tân Hưng. Mỗi xã chọn ngẫu nhiên 4-5 ấp. Tổng số hộ 3 xã được chọn là 2.246 hộ, khoảng cách mẫu tính được là 5. Mỗi hộ chọn 1 đối tượng bao gồm thành viên chính hoặc đối tượng tạm trú có tham gia phun thuốc (trường hợp hộ có nhiều đối tượng đủ tiêu chuẩn cũng chỉ chọn 01)

- *Tiêu chí chọn vào:* Người nông dân trong độ tuổi lao động, nam giới có tiếp xúc trực tiếp hoá chất bảo vệ thực vật và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chí loại ra:* Người nông dân tuổi dưới 18 hoặc trên 60 tuổi. Hiện đang có bệnh đi kèm như tim mạch, tiểu đường, bệnh thận, suy dinh dưỡng, bệnh viêm gan, xơ gan, bệnh ung thư, thiếu máu, nghiện rượu. Hoặc nông dân bị thiếu năng tâm thần không có khả năng trả lời khi phỏng vấn.

- *Thu thập dữ liệu:* Phỏng vấn: Bộ câu hỏi cấu trúc

- *Xử lý số liệu:* Các số liệu được nhập liệu và phân tích theo phương pháp thống kê y học với phần mềm Epi-Data, Stata-10. So sánh khác biệt bằng test χ^2 , p ngưỡng < 0,05.

Các chỉ số nghiên cứu:

1 Kiến thức:

- Kiến thức đúng về đường xâm nhập khi nông dân trả lời đúng là qua cả 3 đường tiếp xúc qua da, qua tiêu hóa, qua hô hấp.

- Kiến thức đúng về nguy cơ bệnh sau thời gian dài tiếp xúc với hóa chất BVTV khi nông dân trả lời đúng 4 bệnh: hô hấp, da liễu, thần kinh, ung thư

- Kiến thức đúng về nơi hoá chất bảo vệ thực vật tồn tại khi nông dân trả lời đúng 4 nơi tồn tại trong đất, nước, rau quả, không khí

- Kiến thức chung: Đúng khi nông dân trả lời đúng kiến thức về chiều phun thuốc và đúng 2/3 câu kiến thức về đường xâm nhập vào cơ thể, nguy cơ bệnh sau thời gian dài tiếp xúc, nơi hoá chất bảo vệ thực vật tồn tại.

2. Hành vi:

- Số lần phun thuốc trong tháng. <4 lần /tháng, 4 - 6 lần / tháng và >6 lần /tháng.

- Thời gian mỗi đợt phun. <3 giờ, 3 - 6 giờ, >6 giờ.

- Đọc kỹ bản hướng dẫn sử dụng. luôn luôn, đôi khi và không bao giờ đọc.

- Cách thức sử dụng thuốc. một loại, trộn chung nhiều loại, trộn chung phân bón.

- Xử lý vỏ thuốc sau khi sử dụng. Bỏ lại trên đồng, bán ve chai, đốt bỏ, khác.

- Các triệu chứng liên quan phun thuốc: có và không triệu chứng.

Triệu chứng bao gồm: choáng, nhức đầu, nôn và ói, đỏ mắt, đau bụng, tiêu chảy, ho khó thở đau tức ngực, ngứa và đỏ vùng da, các triệu chứng này xuất hiện trong đợt khảo sát phun thuốc vụ mùa đông xuân năm 2012 -2013.

3. Đạo đức trong nghiên cứu

Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo vệ theo đúng quy định.

III. KẾT QUẢ

3.1 Kiến thức người dân về sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật

Bảng 3.1 Kiến thức người dân về sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật

Kiến thức sử dụng	Tần số (n=338)	Tỷ lệ (%)
Đường hóa chất BVTV xâm nhập vào cơ thể		
Hít thở	294	86,9
Da	162	47,9
Miệng	105	31,1
Qua 3 đường trên	6	1,8
Các bệnh liên quan sau thời gian dài tiếp xúc hóa chất BVTV		
Về hô hấp	255	75,4
Về da liễu	109	32,3
Về ung thư	67	19,8
Về thần kinh	50	14,8
Trả lời 4 bệnh	12	3,55
Nơi hóa chất BVTV tồn tại sau khi phun		
Nước	163	48,2
Đất	155	45,9



Rau, quả	119	35,2
Không khí	57	16,9
Trả lời 4 nơi	18	5,33
Chiều phun thuốc		
Cùng chiều gió	192	56,8
Không biết	133	39,4
Khác chiều gió	13	3,8
Kiến thức chung đúng	197	58,3

Kiến thức cao nhất về đường xâm nhập vào cơ thể là qua đường hít thở 86,9%; kiến thức đúng cả 3 đường (hít thở, da, miệng) xâm nhập vào cơ thể là 1,8%. Kiến thức về bệnh liên quan sau thời gian dài tiếp xúc hóa chất BVTV là bệnh về đường hô hấp chiếm 75,4%, trả lời đúng cả 4 bệnh 3,55%. Kiến thức cao nhất về hóa chất BVTV tồn tại trong nước sau khi phun thuốc 48,2% và trả lời đúng cả 4 nơi (nước, đất, rau/quả, không khí) là 5,33%.

Kiến thức đúng về chiều phun thuốc cao nhất là cùng chiều gió 56,3%

3.2 Hành vi sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật

Bảng 3.2 Hành vi sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật

Nội dung	Tần số (n=338)	Tỷ lệ (%)
Đường hóa chất BVTV xâm nhập vào cơ thể		
Luôn luôn	274	81,1
Đôi khi	46	13,6
Không bao giờ	18	5,3
Cách sử dụng thuốc		
Pha với vài loại thuốc khác	321	94,9
Trộn chung với phân bón	13	3,9
Một loại thuốc	4	1,2
Có sử dụng khẩu trang khi pha thuốc	173	51,2
Có sử dụng khẩu trang khi phun thuốc	172	50,9
Số lần phun thuốc		
2-3 lần	78	23,1
4 -6 lần	129	38,2
Hơn 6 lần	131	38,8
Thời gian phun thuốc		
Dưới 04 giờ	90	26,6
Từ 04 -06 giờ	135	39,9
Trên 06 giờ	113	33,5
Sử dụng dụng cụ đựng /pha thuốc riêng, dán nhãn phân biệt		

Luôn luôn	294	87,0
Đôi khi	26	7,7
Không bao giờ	18	5,3
Xử lý vỏ thuốc		
Bỏ chôn ngoài đồng	83	24,6
Đốt	160	47,3
Bán ve chai	43	12,7
Khác	52	15,4

Kết quả tỷ lệ nông dân có đọc và hiểu rõ hướng dẫn trước khi sử dụng là 81,1%. Sử dụng hóa chất BVTV bằng cách pha với vài loại thuốc 94,9%; có sử dụng khẩu trang trong khi pha thuốc là 51,2%; xử lý vỏ chai sau khi sử dụng lần lượt là đốt 47,3%, ngoài ra còn bỏ chôn ngoài đồng 24,6%.

3.3 Một số vấn đề sức khỏe liên quan đến người sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật

Bảng 3.3 Các dấu hiệu, triệu chứng sau khi tiếp xúc với hoá chất bảo vệ thực vật

Các dấu hiệu, triệu chứng	Tần số (n=338)	Tỷ lệ (%)
Ngứa/ đỏ /nóng rát vùng da	206	61,0
Nhức đầu	203	60,1
Đỏ mắt	197	58,3
Ho/ khó thở/ đau ngực	184	54,4
Hoa mắt/ chóng mặt	149	44,1
Buồn nôn/ nôn	67	19,8
Đau bụng/ tiêu chảy	52	15,4
Triệu chứng chung (xuất hiện từ 3 triệu chứng trở lên)	212	62,7%

Tỷ lệ cao nhất là ngứa/ đỏ /nóng rát vùng da với 61,0%. Tỷ lệ người xuất hiện từ 3 triệu chứng trở lên là 62,7%.

Bảng 3.4 Liên quan triệu chứng chung với hành vi sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật

	Triệu chứng chung		p	PR (KTC95%)
	Có (%)	Không (%)		
Số lần phun thuốc	53 (67,9)	25 (32,1)		1
2-3 lần	79 (61,2)	50 (38,8)	0,32	0,90 (0,73-1,11)
4-6 lần	80 (61,1)	51 (38,9)	0,31	0,99 (0,73-1,10)
Hơn 6 lần				

	Triệu chứng chung		P	PR
	Có (%)	Không (%)		(KTC95%)
Thời gian phun thuốc	47 (52,2)	43 (47,8)		1
Dưới 04 giờ	88 (65,2)	47 (34,8)	0,06	1,25 (0,99-1,57)
Từ 04 -06 giờ	77 (68,1)	36 (31,9)	0,03	1,31 (1,03-1,65)
Trên 06 giờ				

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa những người nông dân có hay không có triệu chứng chung (khi xuất hiện nhiều hơn 03 dấu hiệu) với thời gian phun thuốc với ($p=0.03$). Trong đó, những nông dân có thời gian phun thuốc nhiều hơn 6 giờ/ mỗi lần có tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng cao gấp 1,31 lần những nông dân có thời gian phun thuốc dưới 03 giờ/ mỗi lần.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Kiến thức sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật

Đa số nông dân có kiến thức về đường xâm nhập vào cơ thể là qua đường hít thở chiếm 86,9%; kiến thức đúng về đường xâm nhập vào cơ thể là 1,8%. Kết quả trưng tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuấn Khanh với tỷ lệ xâm nhập qua đường hít thở là 88,6%, tuy nhiên tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về cả 3 đường xâm nhập thấp hơn nhiều 40,5%[4]. Tương tự, kết quả thấp hơn nghiên cứu của Prasit Kachaiyaphum với tỷ lệ người có kiến thức tốt về sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật là 31,1%[7].

Kiến thức đúng về bệnh liên quan sau thời gian dài tiếp xúc hóa chất BVTV là 3,55%. Điều này rất phù hợp với câu hỏi khảo sát về đường xâm nhập vào cơ thể qua đường hô hấp là đa số, do vậy bệnh về đường hô hấp chiếm tỷ lệ cao 75,4%. Kết quả phù hợp với kết quả nghiên cứu của Prasit Kachaiyaphum cho tỷ lệ bệnh đường hô hấp 76,6%, bệnh da liễu 70,6% bệnh ung thư và bệnh thần kinh lần lượt là 42% và 66%[7]. Dù điều kiện phun thuốc ở hai nơi khác nhau, ở nghiên cứu của Prasit Kachaiyaphum khảo sát đối tượng là người dân trồng ớt, phun trên cạn, tỷ lệ mang khẩu trang và áo quần bảo hộ lao động tương đối cao, nên phần nào bảo vệ được trong lúc phun. Còn ở nghiên cứu này khảo sát người dân trồng lúa nước, phun theo chiều dọc thửa ruộng, tỷ lệ mang khẩu trang khi phun thấp, đa số không sử dụng phương tiện bảo hộ lao động khác như mang áo, quần bảo hộ, thời gian phun thuốc khá dài nên phần nào hóa chất thấm qua da, hay đường hô hấp nên ở đây đa số

người dân chọn bệnh có liên quan là bệnh đường hô hấp hay da liễu là chính yếu.

Kiến thức đúng về nơi tồn tại hóa chất BVTV 5.33%. Qua khảo sát người dân có kiến thức đúng về chiều phun thuốc là cùng chiều gió 56,3%. Tuy nhiên do công việc phun thuốc trên cánh đồng lúa, diện tích thửa ruộng bố trí theo hình chữ nhật, trong đó chiều dài thường gấp 10 lần chiều rộng, nên người dân có thói quen phun thuốc theo chiều xuôi và ngược lại, mặc dù người dân trả lời có kiến thức đúng về chiều phun thuốc theo cùng chiều gió. Phun thuốc thường là phun theo hướng trước mặt, chứ không chọn phun theo hướng vật lúi, phun trên cánh đồng nước, thêm vào là không sử dụng bảo hộ lao động, điều này làm cho thuốc thấm vào da rất nhanh. Chiều phun thuốc ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe nhưng người dân không chú trọng vấn đề này.

4.2 Hành vi sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật

Trong tháng 1 vụ đông xuân 2012-2013 số lần phun thuốc lớn hơn 6 lần cao nhất với 38,8%; thời gian cho mỗi lần phun từ 4-6 giờ là 39,9%. Kết quả thu được lớn hơn nghiên cứu của Prasit Kachaiyaphum về thời gian phun thuốc lớn hơn 3 lần trong tháng 28,9% [7]. Thời điểm tiến hành nghiên cứu là giai đoạn giữa thời vụ nên số lần phun thuốc lớn hơn 6 lần trong tháng là phù hợp. Do mỗi hộ có diện tích canh tác khá lớn nên thời gian phun 4 -6 giờ/lần phun cao. Trong đó phun diệt cỏ chủ yếu vào giai đoạn đầu thời vụ, phun diệt sâu rầy khoảng 20 -30 ngày sau khi gieo hạt và sẽ phun xen kẽ với thuốc dưỡng cây. Do vậy thời điểm khảo sát vào khoảng 1/3 của vụ nên số lần phun thuốc đa số phun từ 4 lần trở lên.

Qua khảo sát hành vi sử dụng hóa chất BVTV, kết quả cho thấy đa số nông dân có đọc và hiểu rõ hướng dẫn trước khi sử dụng 81,1%. Sử dụng hóa chất BVTV bằng cách pha các loại thuốc cao 94,9%. Kết quả tương tự tác giả Nguyễn Tuấn Khanh là 82,3%[4], nghiên cứu của Prasit Kachaiyaphum là 1,4% [7]. Sự khác biệt lớn ở nghiên cứu vì người dân muốn đạt hiệu quả cao khi phun thuốc, do đó phối hợp nhiều thuốc sẽ có tác dụng diệt sâu rầy nhanh hơn, hạn chế được số lần phun. Về nguyên tắc không phối hợp hơn hai loại thuốc, vì tác dụng hiệp lực đôi khi giảm, dư lượng thuốc tồn tại trong đất, hay theo dòng nước ra sông rạch làm ảnh hưởng đến môi trường sống.

Sử dụng khẩu trang trong khi pha thuốc là 51,2%, và sử dụng khẩu trang trong khi phun thuốc là 50,9%. Tuy nhiên khẩu trang mà người dân sử dụng thường là loại khẩu trang vải không đúng tiêu chuẩn dành cho người làm ở môi trường tiếp xúc thường xuyên chất độc. Kết quả thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuấn Khanh 92,2 % [4], và tác giả Nguyễn Thị Hà 90% [3].

Hành vi xử lý vỏ chai sau khi sử dụng lần lượt là đốt



47,3%; bỏ chôn ngoài đồng 24,6%. Ngoài ra một số hộ còn tái sử dụng đựng thực phẩm. Kết quả tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Khanh tỷ lệ vứt bỏ ngoài cánh đồng 21,8%[4]. Trong khi đó kết quả nghiên cứu của Prasit Kachaiyaphum và cộng sự về hành vi xử lý vỏ chai như vứt bỏ như rác, đốt bỏ, đựng thực phẩm lần lượt là 44,2%, 25,1% và 5,1%[7]. Nhận thấy người nông dân có ý thức kém trong việc xử lý dụng cụ chứa đựng hóa chất BVTV, đa phần là chai nhựa, hay túi nhựa do đó nếu chôn vùi trong đất thì khả năng phân hủy rất rất khó khăn, do vậy hình thức tốt nhất là đốt bỏ không ảnh hưởng môi trường, an toàn cho bản thân và cho môi trường xung quanh.

4.3 Triệu chứng liên quan đến người sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật

Tỷ lệ cao nhất là ngứa, đỏ, nóng rát vùng da với 61,0%. Một số triệu chứng khác như nhức đầu 60,1%; đỏ mắt 58,3%. Triệu chứng ho, khó thở đau ngực 54,4%. Một nghiên cứu trong nước của Phạm Bích Ngân và Đinh Xuân Thắng tại TPHCM có kết quả như da ngứa mẩn đỏ 41,3%, đau đầu 85,5%, đỏ mắt là 20,6%[6]. Một nghiên cứu khác được tiến hành của tác giả Khúc Xuyên điều tra và đo nồng độ Wofatox, kết quả thu được cho thấy người dân ngứa 58,26%, đau đầu 44,4%[8]. Kết quả khác nhau lý giải rằng do liên quan công việc mỗi nơi khác, điều kiện bảo hộ lao động chưa tương

xứng, tuy nhiên các triệu chứng điển hình khi tiếp xúc với thuốc hóa chất BVTV như nhức đầu, ngứa da, đỏ mắt thì nơi nào người dân một khi đã phơi nhiễm cũng có triệu chứng.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa những người nông dân có hay không có triệu chứng chung với thời gian phun thuốc. Trong đó, những nông dân có thời gian phun thuốc nhiều hơn 6 giờ/ mỗi lần có tỉ lệ xuất hiện các triệu chứng cao gấp 1,31 lần những nông dân có thời gian phun thuốc dưới 3 giờ/ mỗi lần.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức người dân về cách sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật còn thấp. Một số hành vi sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật chưa đảm bảo an toàn cho người sử dụng. Triệu chứng thường gặp phải khi tiếp xúc hoá chất bảo vệ thực vật, cao nhất là ngứa, đỏ, nóng rát vùng da 61% và thấp nhất là đau bụng, tiêu chảy 15,4%. Tỷ lệ người xuất hiện từ 3 triệu chứng trở lên là 62,7%. Những nông dân có thời gian phun thuốc nhiều hơn 6 giờ/ mỗi lần có tỉ lệ xuất hiện các triệu chứng cao gấp 1,31 lần những nông dân có thời gian phun thuốc dưới 03 giờ/ mỗi lần. Do đó, cần có những biện pháp nâng cao kiến thức, thay đổi hành vi sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật có nguy cơ, qua đó nhằm nâng cao sức khỏe người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Trần Oánh, Nguyễn Văn Viên, Bùi Trọng Thủy (Eds.) (2007) *Giáo trình sử dụng thuốc bảo vệ thực vật*, Hà Nội, Nhà xuất bản Nông Nghiệp Hà Nội.
2. Cục y tế dự phòng và môi trường (2010) *Báo cáo công tác y tế lao động, bệnh nghề nghiệp năm 2009*, Hà Nội
3. Nguyễn Thị Hà (2004) *Nghiên cứu kiến thức thực hành và tồn dư thuốc bảo vệ thực vật trên rau thương phẩm của người dân phường Túc Duyên*, Đại học Y Dược Thái Nguyên, tr.35.
4. Nguyễn Tuấn Khanh (2010) *Đánh giá ảnh hưởng của sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật đến sức khỏe người chuyên canh chè tại Thái Nguyên và hiệu quả của các biện pháp can thiệp*, Đại học Y Dược Thái Nguyên, tr.33-40.
5. Hà Huy Kỳ (2001) *Điều tra cơ bản thực trạng sức khỏe của người lao động tiếp xúc với hoá chất bảo vệ thực vật*, Đề tài khoa học công nghệ cấp Bộ, Bộ Y tế, tr 149.
6. Phạm Bích Ngân, Đinh Xuân Thắng (2006) "Ảnh hưởng của thuốc trừ sâu tới sức khỏe của người phun thuốc ". *Tạp chí phát triển khoa học và công nghệ*, 2, tr.72 -80.
7. Kachaiyaphum P, Howteerakul N, Sujirarat D, Siri S, Suwannapong N (2009) "Serum cholinesterase levels of Thai chilli - farm workers exposed to chemical pesticides prevalence estimates and associated factors". *Faculty of Public Health Mahidol University, Thai Lan*, 52 (1), pp.89 -98.
8. Xuyên K, Hoi C, Trung Q (2000) "Occupational environment and skin disease in pesticide exposed subject in some farms in Việt Nam". *The Third National Scientific Conference on Occupational Health*, National University of Singapore.

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 (vấn ABC theo tên tác giả) sau đó đến tài liệu tiếng Anh, tiếng Pháp, tiếng Đức, tiếng Nga (vấn ABC theo họ)... Mỗi tài liệu đề 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 Krisnakone 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



SỞ Y TẾ BÌNH DƯƠNG



MỘT SỐ HOẠT ĐỘNG CỦA SỞ Y TẾ TỈNH BÌNH DƯƠNG



www.soyte.binhduong.gov.vn

Địa chỉ : Tầng 15, Tháp A, Trung tâm Hành chính, Phường Hòa Phú, TP. Thủ Dầu Một, Tỉnh Bình Dương
Điện thoại : (0650) 3.822.639 - Fax : (0650) 3.825.156 - Email: soyte@binhduong.gov.vn