

# Y HỌC CỘNG ĐỒNG

ISSN 2354-0613

JOURNAL OF  
COMMUNITY  
MEDICINE

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



**TR14:** ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KHÍ MŨI KẾ CẢ CỦA BỆNH NHÂN TUỔI VỊ THÀNH NIÊN CÓ CHỈ ĐỊNH NẠO VA

**TR36:** THỰC TRẠNG MỘT SỐ HOẠT ĐỘNG CUNG ỨNG THUỐC TẠI TRUNG TÂM Y TẾ TP THÁI NGUYÊN NĂM 2016

**TR65:** THỰC TRẠNG NGUỒN LỰC ĐẢM BẢO TIÊM AN TOÀN TẠI TRẠM Y TẾ XÃ/PHƯỜNG THÀNH PHỐ PHỦ LÝ TỈNH HÀ NAM NĂM 2016

**TR103:** NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP THỪA CÂN BÉO PHÌ Ở TRẺ 3 ĐẾN 5 TUỔI TẠI 08 TRƯỜNG MẪU GIÁO THÀNH PHỐ CÀ MAU, TỈNH CÀ MAU (2013-2014)



Số: 43 tháng 03+04/2018



## MỤC LỤC

**Kết quả phân tích đa hình kiểu gen MTHFR C677T ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa ứng dụng kỹ thuật ARMS-PCR**

3

Nguyễn Hoàng Yến, Nguyễn Quang Trung, Nguyễn Huy Bình,  
Nguyễn Thuận Lợi, Nguyễn Thanh Hoa, Nguyễn Hải Hà

**Thực trạng ô nhiễm Sulfite và Kiến thức, thực hành của người kinh doanh về thực hiện các quy định an toàn thực phẩm sử dụng Sulfite trong dưa bốn bốn tại tỉnh Cà Mau năm 2017**

9

Trương Hồ Vũ Nghĩa, Tô Minh Nghị, Lưu Quốc Toàn

**Đặc điểm lâm sàng và khí mũi kể của bệnh nhân tuổi vị thành niên có chỉ định nạo VA**

14

An Chansophy, Phạm Trần Anh

**Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện ĐK huyện Quỳnh Lưu tỉnh Nghệ An năm 2017**

18

Nguyễn Sỹ Thành, Lê Đức Cường  
Nguyễn Thị Hiền, Nguyễn Nam Thắng,

**Đánh giá thực trạng chất lượng nước sinh hoạt khu vực nông thôn tỉnh Sơn La năm 2016**

24

Nguyễn Thị Huệ, Lê Khắc Đức

**Thực trạng khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại 4 xã thuộc huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình năm 2017**

30

Nguyễn Đức Thanh, Nguyễn Hà My, Trần Đình Thoan,  
Nguyễn Văn Tiến, Phan Thu Nga, Ngô Văn Đông

**Thực trạng một số hoạt động cung ứng thuốc tại Trung tâm y tế tp Thái Nguyên năm 2016**

36

Trần Thị Bích Hợp, Dương Ngọc Ngà

**Thực trạng tổ chức mạng lưới và phối hợp liên ngành trong cung ứng dịch vụ y tế tại các huyện đảo và đề xuất các giải pháp chính sách**

42

Phạm Lê Tuấn, Khương Anh Tuấn, Nguyễn Thị Minh Hiếu, Mai Xuân Thu,  
Nguyễn Công Sinh, Phạm Quang Huy, Dương Đức Thiện, Trịnh Ngọc Thành

**Ảnh hưởng trên nhiễm sắc thể tế bào mô tủy xương chuột nhắt trắng của Hôi Xuân Hoàn**

46

Đoàn Minh Thụy, Trần Thị Thanh Hương, Vũ Mạnh Hùng

**Một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng muối I ốt và bột canh I ốt của người dân tại 2 xã huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình năm 2017**

51

Lê Xuân Hưng, Vũ Thanh Liêm, Nguyễn Thị Nhàn, Vũ Thị Tho, Trần  
Thị Ngọc, Mai Hồng Ánh, Phan Thị Phương Uyên, Bùi Thị Thanh Huyền

**Thực trạng một số công trình vệ sinh của người dân tộc thiểu số sống tại vùng khó khăn của tỉnh Đắk Nông, năm 2016**

56

Ngô Thị Hải Vân

**Thực trạng chất lượng nước giếng khoan tại xã Bách Thuận huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình năm 2017**

61

Ngô Thị Nhu, Đặng Thị Vân Quý, Bùi Văn Kiên

**Thực trạng nguồn lực đảm bảo tiêm an toàn tại trạm y tế xã/phường thành phố Phú Lý tỉnh Hà Nam năm 2016**

65

Nguyễn Xuân Bái, Đặng Thị Ngọc Anh, Chu Thị Hồng Huế

### HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

GS.TS. Lê Bách Quang (Chủ tịch)  
GS.TS. Đỗ Tất Cường  
GS.TS. Đào Văn Dũng  
GS.TS. Dunne Michael  
GS.TS. Đặng Tuấn Đạt  
GS.TS. Phạm Ngọc Đỉnh  
GS.TS. Lương Xuân Hiệp  
GS.TS. Vương Tiến Hòa  
GS.TS. Phạm Văn Thức

### TỔNG BIÊN TẬP

Đào Văn Dũng

### PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Trần Quốc Thắng

### BAN BIÊN TẬP

Phạm Ngọc Châu (Trưởng ban)  
Nguyễn Xuân Bái  
Đỗ Hòa Bình  
Phạm Văn Dũng  
Trần Văn Hưởng  
Phạm Vũ Khánh  
Nguyễn Văn Lành  
Lê Đình Phan  
Hoàng Cao Sạ  
Đình Ngọc Sỹ  
Văn Quang Tân  
Võ Văn Thanh  
Trần Nhân Thắng  
Võ Văn Thắng  
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

Lương Đình Khánh

### TÒA SOẠN

24 Liễu Giai - Cống Vị - Ba Đình - Hà Nội  
Tel: 84-24 3762 1898 - Fax: 84-24 3762 1899  
Web: skcd.vn - yhoccongdong.vn  
Email: tapchihyhd@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  
và số 3965/BTTTT-CBC ngày 31/10/2017

### IN TẠI

Công ty TNHH In Tân Huệ Hoa  
Giá: 60.000 đồng

<b>Kiến thức, thái độ về phòng, chống HIV/AIDS của học sinh hai trường THPT tại tp Thái Bình năm 2016</b>	<b>70</b>
Phan Thu Nga, Nguyễn Văn Tiến, Nguyễn Đức Thanh, Ngô Văn Đông, Nguyễn Hà My, Phạm Trường Sơn	
<b>Thực trạng rối nhiễu tâm trí của sinh viên y đa khoa năm thứ 2, Trường ĐHY Thái Bình năm 2017</b>	<b>77</b>
Nguyễn Văn Thịnh, Nguyễn Thị Minh Phương, Vũ Đức Anh, Hà Thu Nguyệt	
<b>Giới thiệu phương pháp mới phân lập gen từ mẫu tự nhiên để tạo ra protein tái tổ hợp hoạt tính</b>	<b>82</b>
Lê Thị Kim Tuyến, Bạch Khánh Hòa	
<b>Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, xã hội, gánh nặng kinh tế và bệnh tật của người sử dụng chất gây nghiện dạng thuốc phiện khi điều trị bằng Methadone tại tỉnh Thái Bình</b>	<b>87</b>
Phạm Văn Dịu, Phạm Nam Thái, Vũ Phong Túc	
<b>Tầm soát, đánh giá nguy cơ sinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa ngoại BV trường ĐHY Dược Huế</b>	<b>91</b>
Hoàng Thị Bạch Yến, Phạm Thị Thanh Mai, Trần Thị Táo	
<b>Thực trạng quản lý quỹ bảo hiểm y tế tại BHXH tỉnh Bắc Kạn</b>	<b>97</b>
Nguyễn Thị Thu, Vũ Thị Trà Mi	
<b>Nghiên cứu tình hình và hiệu quả can thiệp thừa cân béo phì ở trẻ 3 đến 5 tuổi tại 08 trường mẫu giáo thành phố Cà Mau, tỉnh Cà Mau (2013-2014)</b>	<b>103</b>
Nguyễn Quan Phú, Nguyễn Ngọc Hiền, Hồ Thanh Đảm, Nguyễn Văn Đạc, Lê Ngọc Định, Nguyễn Văn Chuyên	
<b>Đầu tư phát triển nguồn nhân lực lĩnh vực y tế dự phòng tại tỉnh Thái Nguyên</b>	<b>111</b>
Nguyễn Thị Thanh Quý, Đoàn Huyền Trang	
<b>Giáo dục y đức cho sinh viên cao đẳng y hiện nay</b>	<b>116</b>
Phạm Thị Thu Hằng	

# KẾT QUẢ PHÂN TÍCH ĐA HÌNH KIỂU GEN MTHFR C677T Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA ỨNG DỤNG KỸ THUẬT ARMS-PCR

Nguyễn Hoàng Yến<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Trung<sup>2</sup>, Nguyễn Huy Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Thuận Lợi<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Hoa<sup>3</sup>, Nguyễn Hải Hà<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

Hiện nay, tỷ lệ ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đang gia tăng nhanh chóng, đặc biệt ở lứa tuổi lao động, kéo theo những hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe và kinh tế đối với toàn xã hội. Nhiều nghiên cứu tìm thấy sự giảm nồng độ folate cũng như mối liên quan giữa nồng độ folate với bệnh ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Đa hình thái đơn C677T gen MTHFR làm giảm hoạt tính methyl tetrahydrofolate reductase dẫn tới giảm nồng độ folate máu. DNA được tách từ 70 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sẽ sử dụng kỹ thuật ARMS – PCR để xác định đa hình kiểu gen MTHFR C677T. Khi phân tích đa hình gen MTHFR C677T phát hiện 33 bệnh nhân (47.14%) có mang kiểu gen CC, có 34 bệnh nhân (48.57%) mang gen dạng dị hợp tử CT và 3 bệnh nhân (4.39%) mang gen dạng đồng hợp tử TT. Như vậy, chúng tôi đã hoàn chỉnh quy trình kỹ thuật ARMS - PCR để xác định đa hình gen MTHFR C677T ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

**Từ khóa:** Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, MTHFR C677T, Folate

## ABSTRACT: ARMS – PCR APPLICATION FOR DETERMINE POLYMORPHISM OF MTHFR C677T IN DIFFERENTIATED THYROID CANCER

Recently, the rate of differentiated thyroid cancer is increasing rapidly, especially in working age, resulting in serious health and economic consequences for the society. Many studies have found that a decrease in folate levels as well as a correlation between folate concentration and differentiated thyroid cancer. The single nucleotide polymorphism of C677T MTHFR gene reduced activity of methyl tetrahydrofolate reductase leading to reduced blood folate concentrations. DNA extracted from 70 patients

with differentiated thyroid cancer will use ARMS-PCR technique to determine the MTHFR C677T genotype. The polymorphism analyzed of MTHFR C677T showed that 33 patients (47.14%) carried CC genotype, 34 patients (48.57%) carried CT genotype and 3 patients (4.39%) carried TT genotype. We have determined the polymorphism of MTHFR C677T by ARMS - PCR technique for differentiated thyroid patients..

**Keywords:** Thyroid cancer, MTHFR C677T, Folate

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) là u ác tính của tế bào biểu mô nang giáp, loại ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết (90%) [1]. UTBMTG chiếm 1% các loại ung thư nói chung [2]. Theo Hiệp hội Ung thư Mỹ (American Cancer Society, năm 2014) có khoảng 62.980 trường hợp ung thư tuyến giáp mới mắc (trong đó 47.790 nữ và 15.190 nam), trong khi năm 2009 mới chỉ có khoảng 37.000 trường hợp. Ung thư tuyến giáp gặp ở mọi lứa tuổi, thường ở những người trẻ hơn là những người lớn tuổi, với hai đỉnh cao là 7 – 20 tuổi và 40 – 65 tuổi, ở nữ giới nhiều hơn nam với tỷ lệ  $2/1$ .

Việt Nam nằm trong nhóm các nước có tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp cao. Theo thống kê của tác giả Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Chân Hùng (2004), ở Hà Nội tỷ lệ UTG chiếm 2% tổng số ung thư, trong đó nam giới 0,8% nữ giới 3,6%, với tỷ lệ nam/nữ là 1/2. Tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp hàng năm vào điều trị tại Bệnh viện K chiếm 5% tổng số ung thư các loại. Tại thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ mắc ung thư với nam là 1.5% và nữ là 2.8 %.

Y.-M. Yang và cộng sự (2014) nghiên cứu trên 360 đối tượng UTG và 900 đối tượng thuộc nhóm chứng chỉ ra tính đa hình của gen MTHFR có liên quan đến nguy cơ

1. Bệnh viện Bạch Mai. Tác giả chính Nguyễn Hoàng Yến: Email: nguyenyen222@yahoo.com, Sdt: 0912629812

2. Trường Đại học Y Hà Nội

3. Viện Nghiên cứu hệ gen - Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam.

ung thư tuyến giáp. Người mang alen T có nguy cơ UTTG tăng 2.06 lần. Các cá nhân T- allen thường có nguy cơ cao UTTG, nhưng sự khác biệt là không đáng kể về mặt thống kê. Phân tích meta - analysis đã chỉ ra rằng các cá nhân mang T-alen làm tăng nguy cơ UTTG (OR = 2,06, 95% CI = 1,97-3,77, p = 0,04). Theo như tỷ lệ UTTG đã được quan tâm, kiểu gen TT hoặc TC có hơn gấp đôi nguy cơ so với kiểu gen CC (OR = 2.22, 95% CI = 0.87-5.65, p = 0.09).

Folate là một acid amin, đóng vai trò quan trọng trong quá trình tổng hợp deoxynucleoside, nó cung cấp nhóm providemethyl và tham gia vào quá trình methyl hóa trong tế bào [5]. Nồng độ folate thấp sẽ không thể kết hợp uracil trong quá trình tổng hợp DNA, dẫn đến nhiễm sắc thể bị tổn thương, làm giảm sự chính xác của quá trình sửa chữa DNA và quá trình methyl DNA [6]. Methylene tetrahydrofolate reductase (MTHFR) tham gia vào sự trao đổi của acid folic, nó xúc tác sự hình thành của 5 methyltetrahydrofolate từ 5, 10-methyltetrahydrofolate (chất xúc tác cho sự chuyển homocysteine thành methionine) [7]. Những người mang gen MTHFR C677T ở dạng đồng hợp tử có hoạt tính enzyme MTHFR ít hơn 70% so với bình thường còn ở dạng

dị hợp tử là 30-40% [8]. Chính vì vậy việc phát hiện kiểu gen MTHFR C677T ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa bằng kỹ thuật PCR, một kỹ thuật cơ bản có thể áp dụng dễ dàng tại các phòng xét nghiệm là rất cần thiết.

**Mục tiêu nghiên cứu:** “Hoàn chỉnh quy trình và ứng dụng để xác định các đa hình gen MTHFR C677T bằng kỹ thuật ARMS – PCR ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa”.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 70 bệnh nhân được chẩn đoán xác định: Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3/2017 – 10/2017.

Nghiên cứu xác định đa hình gen được thực hiện tại Đơn vị Gen trị liệu – Trung tâm Ung Bướu – Bệnh viện Bạch Mai.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** DNA được tách chiết từ máu ngoại vi (chống đông bằng EDTA) bằng kit Wizard Genomic DNA purification (Promega Corporation, USA).

Sử dụng kỹ thuật ARMS – PCR để xác định gen MTHFR C677T với trình tự mỗi:

**Bảng 2.1: Trình tự chuỗi DNA mỗi**

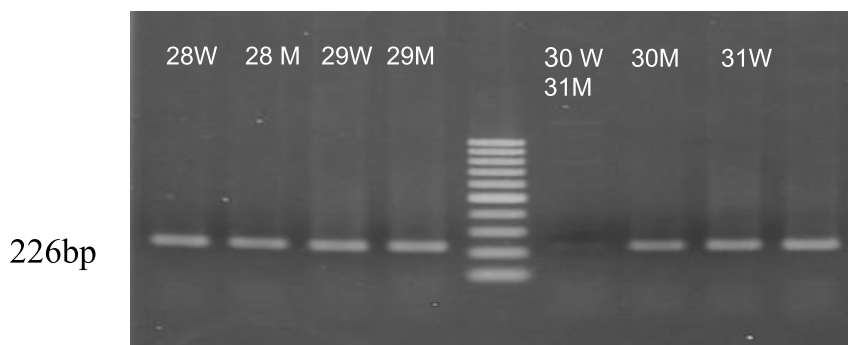
Mỗi	Trình tự	Chiều dài (base)	Tm (°C)
F	5-TGC TGT TGG AAG GTG CAA GAT-3	21	58.3
Rw	5-GCG TGA TGA TGA AAT CGG-3	18	58
Rm	5-GCG TGA TGA TGA AAT CGA-3	18	58.9

(Từ liệu tác giả)

Ghi chú: F – Forward primer, Rw – Reverse Wild type, Rm – Reverse mutation.

Kỹ thuật ARMS – PCR được thực hiện trên máy CFX 96 (Biorad, Mỹ) với chu trình nhiệt 96°C - 2m, 35\*(96°C - 15s; 61°C - 50s; 72°C - 30s), 72°C - 1 phút.

**Hình 1. Kết quả xác định kiểu gen MTHFR C677T bằng phương pháp ARMS – PCR**  
(Từ liệu tác giả)



C677T: vị trí đột biến. m=mutation, w=wild type

Khi chạy với cặp mồi F và R<sub>w</sub> : cả 4 mẫu đều lên 1 băng đặc hiệu đúng kích thước lý thuyết 226bp.

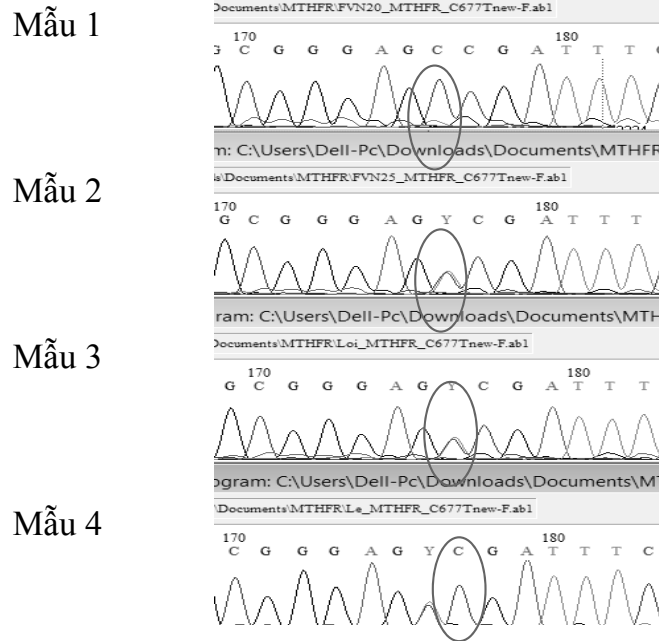
Cặp mồi F và R<sub>m</sub>: 3 mẫu 2-4 lên băng, duy nhất mẫu 1 không lên.

Như vậy

- Mẫu 28, 29, 31: xuất hiện cả 2 băng F/R<sub>w</sub> và F/R<sub>m</sub> có dạng dị hợp tử CT.

- Mẫu 30: chỉ xuất hiện ở 1 băng F/R<sub>m</sub> có dạng đồng hợp tử TT.

**Hình 2. Kết quả giải trình tự gen**  
(Tư liệu tác giả)



Mẫu 1: Tại vị trí khoanh tròn chỉ có duy nhất một đỉnh chỉ thị loại Nucleotid C – tương ứng kiểu gen CC.

Mẫu 2-4: Tại vị trí khoanh tròn xuất hiện hai đỉnh tại cùng 1 vị trí, do một nửa alen mang Nucleotid C, một nửa alen mang Nucleotid T – tương ứng kiểu gen CT

Sử dụng bộ kit Promega Corporation và kỹ thuật ARMS – PCR là phương pháp tiết kiệm thời gian: trung bình 45 phút tách chiết DNA và 2h30 phút xác định đa hình kiểu gen. DNA của 4 bệnh nhân lựa chọn ngẫu nhiên được phân tích đột biến bằng kỹ thuật giải trình tự gen cho kết quả tương đồng với kỹ thuật ARMS – PCR. Như vậy kỹ thuật này có khả năng ứng dụng cao trong thực hành lâm sàng để xác định nhanh và chính xác kiểu gen của

bệnh nhân trước khi đưa ra phác đồ điều trị hợp lý nhất.

Các số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Các số liệu, thông tin nghiên cứu hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan được xác nhận và chấp nhận bởi cơ sở nghiên cứu. Những thông tin về bệnh nhân được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ

#### 3.1. Hoàn chỉnh quy trình kỹ thuật ARMS – PCR

Kiểm tra nồng độ và độ tinh sạch thu được kết quả như sau:

**Bảng 3.1. Kết quả đo nồng độ và độ tinh sạch DNA**

Nồng độ DNA trung bình (ng/μl)	Độ tinh sạch trung bình
31.83 ± 19.35	1.86 ± 0.09
b(9.5 – 608.6)	b(1,72 – 1.94)



Nhận xét:

Kết quả ARMS – PCR cho các băng DNA rõ ràng, đảm bảo cho kết quả chính xác:

- Nồng độ DNA trung bình  $31.83 \pm 19.35$  và trong khoảng từ  $9.5 \text{ ng}/\mu\text{l}$  –  $608.6 \text{ ng}/\mu\text{l}$ .

- Độ tinh sạch trung bình  $1,86 \pm 0,09$  và nằm trong

khoảng từ 1,72 – 1.94.

Tất cả các mẫu đều đảm bảo đủ nồng độ DNA cũng như độ tinh sạch để tiến hành phản ứng PCR.

### 3.2. Tỷ lệ phát hiện đa hình gen MTHFR C677T bằng kỹ thuật ARMS – PCR

**Bảng 3.2. Phân bố kiểu gen và tần số alen của gen MTHFR C677T trên bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.**

		Nhóm ung thư tuyến giáp thể biệt hóa (n=70)
Kiểu gen	CC	33 (47.14%)
	CT	34 (48.57%)
	TT	3 (4.3%)
Alen	C	100 (71.43%)
	T	40 (28.57%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ mang gen MTHFR C677T ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tương đối cao: 47.14% mang gen đồng hợp tử CC, 48.57% mang gen dị hợp tử CT, 4.3% mang gen đồng hợp tử TT.

### 3.3. So sánh kết quả giải trình tự gen với kết quả kỹ thuật ARMS – PCR

So sánh kết quả 2 kỹ thuật được trình bày dưới bảng sau

**Bảng 3.3. So sánh kết quả ARMS – PCR với giải trình tự gen**

Mẫu	Kết quả ARMS - PCR	Kết quả giải trình tự gen
28	CT	CT
29	CT	CT
30	TT	TT
31	CT	CT

**Nhận xét:** Kết quả xác định đa hình kiểu gen ở hai kỹ thuật hoàn toàn giống nhau.

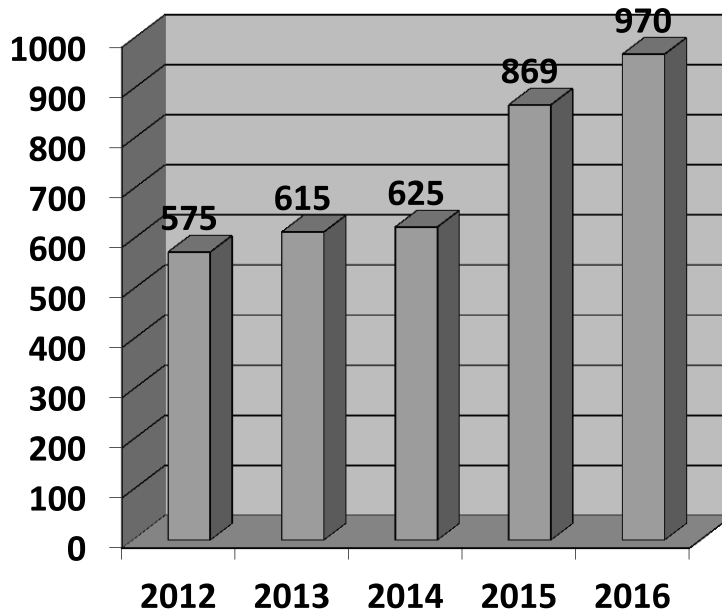
## IV. BÀN LUẬN

Phương pháp ARMS – PCR ngày càng được áp dụng ở nhiều nước trên thế giới để xác định những đột biến điểm đã biết trước. Phản ứng này dùng các môi đặc hiệu có trình tự 3' bổ sung với alen đột biến và một môi chung ngược chiều với môi đặc hiệu. Sự có mặt của đột biến được thể hiện bằng sản phẩm DNA khuếch đại với các kích thước khác nhau đã biết trước. Để xác định đột biến chúng ta phải thiết kế 3 môi, trong đó một môi chung (primer F) được sử dụng cho cả mẫu bình thường và mẫu có đột biến. Dị hợp tử hoặc đồng hợp tử được phân biệt bằng cách sử dụng ARMS môi cho alen đột biến (primer Rm) và bình thường (primer Rw). Trong phương pháp này, ống 1 sử dụng cặp môi F và Rw, ống 2 sử dụng cặp môi F và Rm. Sự xuất hiện của sản

phẩm đặc hiệu ở cả hai ống là kiểu gen dị hợp tử, chỉ xuất hiện ở ống 1 là đồng hợp tử bình thường chỉ xuất hiện ở ống 2 là đồng hợp tử đột biến. Sau thử nghiệm bộ kit Promega Corporation, USA và so sánh với kết quả giải trình tự gen, nhận thấy kỹ thuật ARMS – PCR không chỉ cho kết quả chính xác, mà còn rút ngắn thời gian xét nghiệm, quy trình kỹ thuật đơn giản.

Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa là loại bệnh lý ung thư tiến triển thầm lặng, và có tuổi thọ kéo dài trên 10 năm. Tại Việt Nam, theo GLOBOCON 2012 ghi nhận có khoảng 2.400 ca ung thư tuyến giáp mới nhưng thực tế con số này có lẽ còn lớn hơn. Tại Bệnh viện Bạch Mai, số trường hợp ung thư tuyến giáp đến khám và điều trị ngày càng tăng trong những năm gần đây.

*Biểu đồ 1.1 Số BN UTTG điều trị tại BV Bạch Mai (năm 2012 – 2016)*



Bệnh gặp chủ yếu ở lứa tuổi lao động, bệnh nhân thường được phát hiện ở giai đoạn muộn và di căn kéo theo những hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe và kinh tế đối với toàn xã hội. Vì vậy cần quan tâm đến việc chẩn đoán sớm, lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cũng như tăng cường công tác dự phòng.

Hiện nay, phần lớn các trường hợp mắc ung thư tuyến giáp không tìm được nguyên nhân bệnh sinh. Tuy nhiên các nhà ung thư Hoa Kỳ đã đưa ra một số nguy cơ có liên quan đến tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp: tiền sử chiếu xạ vùng đầu cổ, hoặc sống trong vùng bị nhiễm xạ, tuổi, giới tính, tiền sử mắc các bệnh tuyến giáp mạn tính... Gần đây, nhờ kỹ thuật sinh học phân tử phát triển, người ta biết đến một số biến đổi về gen gây ung thư tuyến giáp, trong đó có gen MTHFR. Người mang gen MTHFR C677T làm giảm nồng độ folate do giảm hoạt tính enzyme MTHFR. Rất nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng đa hình gen MTHFR C677T là yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh lý như tim mạch, đột quỵ, tăng huyết áp, tiền sản giật, rối loạn tâm thần, và một số loại ung thư [9], [10]. Nguyên nhân được cho là đa hình gen MTHFR C677T làm thay đổi hoặc giảm hoạt động của men MTHFR, dẫn đến sự giảm folate. Như vậy sự giảm hoạt tính enzyme MTHFR ảnh hưởng tới quá trình chuyển hóa acid folic và dẫn tới nhiều tình trạng bệnh lý. Những người mang gen MTHFR 677TT ở dạng đồng hợp tử thì enzyme hoạt động ít hơn 70% so với bình thường còn ở dạng dị hợp tử là 30 – 40% [8], [11].

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu khảo sát sự phân

bố kiểu gen MTHFR C677T ở nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại Việt Nam. Sự phân bố kiểu gen MTHFR C677T trong nghiên cứu chủ yếu là CT (48.57%) tiếp đến là kiểu gen CC (47.14%) và thấp nhất là kiểu gen TT (4.3%). Như vậy sự phân bố kiểu gen trong nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của của Wilcken, Schneider, Sadewa khi tiến hành ở Anh, Pháp, Brazil; khác với nghiên cứu của Schneider ở người Kenya và Gambia (chủ yếu là kiểu gen CC (50-70%), tiếp đến là kiểu gen CT (30-50%) và thấp nhất là kiểu gen TT (7-10%)) [12], [13], [14].

Với những kết quả nghiên cứu trên của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mang gen MTHFR C677T ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp là tương đối lớn, do đó cần có sự quan tâm hơn của bác sĩ lâm sàng.

## V. KẾT LUẬN

Kiểu gen MTHFR C677T bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa: CC (47.14%), CT (48.57%) và TT (4.28%).

Kỹ thuật ARMS – PCR là phương pháp xác định đa hình kiểu gen nhanh chóng, chính xác và chi phí phù hợp với điều kiện Việt Nam, có khả năng ứng dụng cao trong lâm sàng.

## V. KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu bước đầu về hoàn chỉnh và ứng dụng kỹ thuật ARMS – PCR để xác định đa hình kiểu





gen MTHFR C677T ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ đa hình thái đơn gen MTHFR C677T trên bệnh nhân ung thư tuyến giáp khá cao. Vì vậy, cần làm thêm nhiều xét nghiệm liên quan đến các chất trong chu trình chuyển hóa MTHFR để đánh giá mối liên quan giữa đa hình thái đơn gen gen MTHFR

C677T với nguy cơ ung thư tuyến giáp.

**Lời cảm ơn:** Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Bạch Mai, Đơn vị Gen trị liệu – Trung tâm YHHN và Ung bướu - Bệnh viện Bạch Mai, Phòng phân tích hệ gen – Viện Nghiên cứu hệ gen - Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam từ tháng 3/2017 – 10/2017.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Delisle M.J., Shwart C., Theobald S. (1996), Cancer of the Thyroid, Value of a regional registry on 627 patients diagnosed, treated and followed by a multidisciplinary team, *Ann Endocrinol*, Paris, Vol 57(1), pp. 41 - 49.
2. Phạm Văn Bằng, Nguyễn Chấn Hùng, Trần Văn Thiệp, Nguyễn Thị Hòa (1995), Cẩm nang ung thư bướu học lâm sàng (Dịch từ tài liệu của Hiệp hội quốc tế chống ung thư), xuất bản lần thứ 6, Nhà xuất bản Y học chi nhánh Tp. Hồ Chí Minh, tr. 391 - 403.
3. Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Chấn Hùng và cs, “Kết quả bước đầu nghiên cứu dịch tễ học mô tả một số bệnh ung thư tại 6 vùng địa lý Việt Nam giai đoạn 2001 - 2003”, *Tạp chí Y học Thực hành*, 431, 323 – 326 (2004).
4. Y.-M. YANG, T.-T. ZHANG, L. YUAN, Y. REN (2014), “The association between the C677T polymorphism in MTHFR gene and the risk of thyroid cancer: a meta-analysis”, *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*; 18: 2097-2101.
5. B. C. Blount, M. M. Mack, C. M. Wehr et al. (1997), “Folate deficiency causes uracil misincorporation into human DNA and chromosome breakage: implications for cancer and neuronal damage”, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 94, no. 7, pp. 3290–3295.
6. S. J. Duthie (1999), “Folic acid deficiency and cancer: mechanisms of DNA instability”, *British Medical Bulletin*, vol. 55, no. 3, pp. 578–592.
7. Siraj Ak, Ibrahim M, Al – Rasheep M, Abubaker J, Bur, Siddiqui Su, Al – Dayel F, Al – Sanea O, Al – Nuaim A, Uddin S, Al – Kuraya K (2008). “Polymorphisms of selected xenobiotic genes contribute to the development of papillary thyroid cancer susceptibility in Middle Eastern population”, *BMC Med Genet*; 9: 61.
8. Sharp L, Little J (2004), Polymorphisms in genes involved in folate metabolism and colorectal neoplasia: a huge review, *Am. J. Epidemiol*(159), 423 - 443.
9. R. F. Franco, J. F. Guerreiro et al (2013), Analysis of the 677 C→T Mutation of the Methylenetetrahydrofolate Reductase Gene in Different Ethnic Group Thrombosis and Haemostasis. 79(1), 119 - 121.
10. Nevin İlhan, Mehmet Kucuksu và Dilara Kaman et al (2008), The 677 C/T MTHFR Polymorphism is Associated with Essential Hypertension, Coronary Artery Disease, and Higher Homocysteine Levels, *Archives of Medical Research*. 39(1), 125 - 130.
11. Refsum H et al (2004), Facts and recommendations about total Homocystein determination: An expert Opinion, *Clin. Chem*. 50, 3 - 32.
12. Schneider J. A, Rees D. C, Liu Y. T et al (1998), Worldwide distribution of a common MTHFR mutation, *Am. J. Hum. Genet*. 62, 1258 - 1260.
13. Wilcken B, Bamforth F, Li Z et al (2003), Geographical and ethnic variation of the 677T>C allele of 5, 10 methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR): findings from over 7000 newborns from 16 areas worldwide, *J. Med. Genet*. 40, 619 - 625.
14. Sadewa A. H, Sunarti, Sutomo R et al (2002), The C677T mutation in the MTHFR gene among the Indonesian Javanese population, *Kobe J. Med. Sci*. 8, 137 - 144.

# THỰC TRẠNG Ô NHIỄM SULFIT VÀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI KINH DOANH VỀ THỰC HIỆN CÁC QUY ĐỊNH AN TOÀN THỰC PHẨM SỬ DỤNG SULFIT TRONG DƯA BỒN BỒN TẠI TỈNH CÀ MAU NĂM 2017

Trương Hồ Vũ Nghĩa<sup>1</sup>, Tô Minh Nghị<sup>2</sup>, Lưu Quốc Toán<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định tính với định lượng được thực hiện tại 100 cửa hàng kinh doanh dưa bồn bồn tại thành phố Cà Mau, tỉnh Cà Mau năm 2017. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm tìm hiểu thực trạng ô nhiễm sulfite trong dưa bồn bồn được kinh doanh tại các điểm chợ trên địa bàn. Đồng thời đánh giá kiến thức, thực hành của người kinh doanh về thực hiện quy định ATTP sử dụng sulfite trong dưa bồn bồn. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 56 mẫu dưa bồn bồn bộ được xét nghiệm dương tính với sulfite. Tỷ lệ chủ cơ sở kinh doanh có kiến thức chung đúng về sử dụng sulfite là 61%. Thực hành về thực hiện các quy định pháp luật về an toàn thực phẩm (ATTP) của chủ cơ sở kinh doanh dưa bồn bồn còn chưa tốt. Qua nghiên cứu cho thấy, thực trạng sử dụng sulfite trong dưa bồn bồn còn phổ biến. Cơ quan chức năng tại địa phương cần đẩy mạnh công tác quản lý ATTP đối với sản phẩm dưa bồn bồn theo các quy định của pháp luật.

**Từ khóa:** Dưa bồn bồn, sulfite, chất làm trắng, Cà Mau

**ABSTRACT: SULFITE POLLUTION SITUATION AND KNOWLEDGE, PRACTICE OF BUSINESS PEOPLE ABOUT IMPLEMENTATION OF THE FOOD SAFETY REGULATIONS USE SULFITE IN SALTED BULRUSH IN CA MAU PROVINCE IN 2017**

A qualitative and quantitative combination cross-sectional descriptive study was conducted at 100 shops selling salted bulrush in Ca Mau City, Ca Mau Province in 2017. The purpose of the study was to investigate the sulfite pollution in salted bulrush which was sold at the markets in the area. In addition, the sellers' knowledge and practice of business people about implementation of

the food safety regulations use sulfite in salted bulrush. The results showed that 56 samples were positive to sulfite. The number of sellers who had, generally, a good knowledge about sulfide usage accounted for 61%. Practically, the sellers did not implement the general food law regulation for salted bulrush properly. Our study shows that using sulfide in salted bulrush is rather common. Local authorities need to reinforce their food safety management for producing and selling salted bulrush in accordance with the law.

**Keywords:** Salted bulrush, sulfite, whitening agent.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn thực phẩm (ATTP) có tác động trực tiếp, thường xuyên đến sức khỏe của mỗi người dân, ảnh hưởng đến phát triển kinh tế thương mại và an sinh xã hội [7]. Hiện nay, vấn đề ATTP trở nên phức tạp hơn do gia tăng sử dụng các chất phụ gia, chất hỗ trợ chế biến hoặc các chất cấm trong sản xuất thực phẩm.

Sulfite là một phụ gia thực phẩm được sử dụng nhằm mục đích bảo quản thực phẩm. Tuy nhiên, sulfite cũng có thể gây khó thở và một số vấn đề sức khỏe khác nếu tiếp xúc ở nồng độ cao và trong thời gian dài [5]. Mức giới hạn sulfite trong thực phẩm như rau, củ bóc vỏ cắt nhỏ là không quá 50mg/kg [2]. Sulfite đã được sử dụng trong chế biến nhiều loại thực phẩm như trộn trong rau quả khô (như nho khô), thực phẩm đông lạnh, các loại nước giải khát, nước nho và rượu. Từ năm 1987, một số nước trên thế giới đã cấm sử dụng sulfite trong các loại salade ăn sống [6].

Tại tỉnh Cà Mau, dưa bồn bồn được chế biến từ rau tự nhiên và trở thành “thương hiệu” của ẩm thực Cà Mau [4]. Dưa bồn bồn thường có màu tím và thời gian sử dụng

1. Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Cà Mau, SĐT: 0919659505, Email: vunghia65@yahoo.com.vn

2. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Cà Mau

3. Trường Đại học Y tế Công cộng

» Ngày nhận bài: 24/10/2017 | » Ngày phản biện: 10/01/2017 | » Ngày duyệt đăng: 25/01/2018

ngắn. Trong quá trình chế biến, sulfite có thể được sử dụng để bổ sung vào dưa bòn bòn nhằm tạo màu trắng đẹp mắt hoặc kéo dài thời gian bảo quản của sản phẩm. Hiện nay tình trạng sử dụng sulfite vượt ngưỡng cho phép trong dưa bòn bòn đã được phát hiện trong các sản phẩm được bán tại tỉnh Cà Mau [3].

Dưa bòn bòn là một sản phẩm không thuộc dạng công bố chất lượng sản phẩm mà chỉ là sản phẩm kinh doanh nhỏ lẻ theo phương pháp thủ công truyền thống [1]. Đây là một trong những nguyên nhân dẫn đến quản lý an toàn thực phẩm đối với dưa bòn bòn còn bị bỏ ngỏ. Do vậy, cần có nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá thực trạng ô nhiễm sulfite trong dưa bòn bòn và một số yếu tố liên quan đến thực trạng này. Từ kết quả nghiên cứu sẽ đề xuất các kiến nghị, giải pháp tăng cường công tác đảm bảo ATTP đối với dưa bòn bòn.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Phương pháp nghiên cứu kết hợp định lượng và định tính.

### Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại thành phố Cà Mau, tỉnh Cà Mau trong thời gian từ tháng 1 – 7 năm 2017.

### Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ 100 cơ sở kinh doanh dưa bòn bòn tại các phường của thành phố Cà Mau, tỉnh Cà Mau. 100 mẫu dưa bòn bòn được lấy từ các cơ sở kinh doanh này được xét nghiệm phát hiện sulfite bằng kỹ thuật xét nghiệm nhanh.

Đại diện chủ 100 cơ sở kinh doanh dưa bòn bòn được lựa chọn để khảo sát kiến thức, thực hành về thực hiện các quy định ATTP sử dụng sulfite trong dưa bòn bòn.

Đại diện chủ cơ sở kinh doanh, chủ cơ sở sản xuất dưa bòn bòn, đại diện cơ quan quản lý ATTP được lựa chọn chủ đích để tham gia phỏng vấn sâu.

### Phương pháp thu thập số liệu

Kỹ thuật xét nghiệm nhanh được sử dụng để phát hiện sulfite trong dưa bòn bòn.

Bộ câu hỏi có cấu trúc được sử dụng để khảo sát kiến thức, thực hành về thực hiện các quy định ATTP sử dụng sulfite trong dưa bòn bòn của chủ cơ sở kinh doanh.

Chủ cơ sở kinh doanh, chủ cơ sở sản xuất dưa bòn bòn, đại diện các cơ quan quản lý ATTP được phỏng vấn sâu dựa trên hướng dẫn phỏng vấn sâu.

### Nội dung và biến số nghiên cứu

Các biến số chính của nghiên cứu được chia thành

4 nhóm gồm: Nhóm biến số thông tin chung của cơ sở kinh doanh, chủ cơ sở kinh doanh và mẫu dưa bòn bòn; Nhóm biến số về thực trạng nhiễm sulfite trong dưa bòn bòn; nhóm biến số kiến thức và thực hành của chủ cơ sở kinh doanh về thực hiện các quy định ATTP sử dụng sulfite trong dưa bòn bòn; và nhóm biến số về một số yếu tố ảnh hưởng.

Chủ đề nghiên cứu định tính gồm trao đổi thông tin về sử dụng sulfite trong dưa bòn bòn của cơ sở sản xuất với thực hành đúng của người kinh doanh về sử dụng sulfite trong bảo quản dưa bòn bòn; tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành của chủ cơ sở kinh doanh về thực hành đúng sử dụng sulfite trong dưa bòn bòn.

### Các tiêu chuẩn đánh giá

Mẫu thực phẩm được đánh giá sulfite vượt ngưỡng cho phép (>50mg/kg) khi test nhanh kiểm tra sulfite cho kết quả dương tính [2].

Tổng điểm kiến thức về sử dụng sulfite là 19 điểm, chủ cơ sở kinh doanh đạt từ 10 điểm trở lên và trả lời đúng câu hỏi về tác dụng của chất làm trắng được cho là có kiến thức đúng về sử dụng sulfite.

Thực hành đúng về thực hiện quy định ATTP sử dụng sulfite có 04 tiêu chí. Người chủ cơ sở có thực hiện 3/4 tiêu chí thì được đánh giá đạt thực hành về thực hiện quy định ATTP sử dụng sulfite trong dưa bòn bòn.

### Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

Các phân tích mô tả được sử dụng để tính tỷ lệ mẫu dưa bòn bòn có chứa sulfite, tỷ lệ người chủ cơ sở kinh doanh có kiến thức đúng và thực hành đúng về sử dụng sulfite.

Kiểm định khi bình phương được sử dụng để xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với kiến thức, thực hành thực hiện quy định ATTP sử dụng sulfite trong dưa bòn bòn.

### Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu trên được tiến hành sau khi được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua tại Quyết định số 175/2017/YTCC-HD3, ngày 22/03/2017

## III. KẾT QUẢ

### Thực trạng ô nhiễm sulfite trong dưa bòn bòn

Kết quả cho thấy, 56/100 mẫu dưa bòn bòn được xét nghiệm có nhiễm Sulfite, tương đương 56%. Một số đặc điểm của 56 mẫu dưa bòn bòn dương tính với sulfite được mô tả như dưới đây:

**Bảng 3.1. Một số đặc điểm của các mẫu dưa bòn bòn dương tính với sulfite (n=56)**

Đặc tính		Tần số	Tỷ lệ (%)
Cách lưu trữ	Trong 1 dụng cụ đựng	53	94,6
	Trong nhiều dụng cụ đựng	3	5,4
Nguồn gốc sản phẩm từ các cơ sở sản xuất	Trong tỉnh Cà Mau	6	10,7
	Ngoài tỉnh Cà Mau	16	28,6
	Cả trong và ngoài tỉnh Cà Mau	34	60,7

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.1. cho thấy, 53/56 mẫu dưa dương tính với sulfite được bán tại các cửa hàng chỉ sử dụng một dụng cụ đựng (94,6%), còn lại 3/56 mẫu được bán tại các cửa hàng có nhiều dụng cụ chứa đựng. Có 6 mẫu dưa được mua từ các cơ sở sản xuất trong tỉnh Cà

Mau, 16 mẫu là của các cơ sở sản xuất bên ngoài tỉnh Cà Mau, và có 34 mẫu là của các cơ sở cơ sở sản xuất cả trong và ngoài tỉnh Cà Mau.

***Kiến thức, thực hành về sử dụng sulfite trong dưa bòn bòn của chủ cơ sở kinh doanh***

**Bảng 3.2. Kiến thức về sử dụng sulfite trong dưa bòn bòn của chủ cơ sở kinh doanh (n=100)**

Tiêu chí kiến thức	Có kiến thức đúng	
	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới hạn cho phép của sulfite trong dưa bòn bòn	1	1
Tác dụng của sulfite đối với thực phẩm	89	89
Tác hại của sulfite đối với sức khỏe con người	71	71
Chất thay thế sulfite	31	31,0
Quy định an toàn thực phẩm về sử dụng sulfite	91	91,0
Kiến thức về cách phát hiện sulfite trong dưa	73	73
<b>Đánh giá chung</b>	<b>61</b>	<b>61</b>

Kết quả bảng 3.2 cho thấy, tỷ lệ chủ cơ sở có kiến thức đúng về giới hạn tối đa cho phép của sulfite trong dưa bòn bòn, tác dụng của sulfite đối với thực phẩm, tác hại của sulfite đối với sức khỏe con người lần lượt là 1%, 89%, 71%. Tỷ lệ chủ cơ sở kinh doanh dưa bòn bòn biết chất phụ gia có thể thay thế sulfite trong chế biến thực phẩm là 31%, biết nếu sử dụng sulfite vượt quá ngưỡng cho phép là vi phạm pháp luật là 91,0%. Đồng thời có 73,0% chủ cơ sở kinh doanh dưa bòn bòn biết cách phát hiện sulfite trong dưa bòn bòn. Đánh giá chung, tỷ lệ chủ cơ sở có kiến thức đúng về sử dụng sulfite trong dưa bòn bòn là 61,0%, tỷ lệ chủ cơ sở chưa có kiến thức đúng về sử dụng sulfite trong dưa bòn bòn là 39,0%.

Khảo sát thực hành cho thấy 100% các chủ cơ sở không thực hiện các quy định của pháp luật về ATTP như ký cam kết với địa phương, tham gia tập huấn kiến thức ATTP, thực hiện lựa chọn cơ sở sản xuất an toàn, kiểm soát nguồn gốc sản phẩm. Thực trạng này được giải thích thêm từ kết quả nghiên cứu định tính: “Tôi có người quen, rồi họ đi gom tại các hộ sản xuất, nay hộ này, mai hộ kia không có địa điểm cụ thể cung cấp, nơi nào hôm đó có thì lấy thôi” (PVS-CCSKD).

***Một số yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thực hành về thực hiện quy định ATTP sử dụng sulfite trong dưa bòn bòn***



**Bảng 3.3. Một số yếu tố liên quan tới kiến thức sử dụng sulfite của chủ cơ sở kinh doanh (n=100)**

Yếu tố ảnh hưởng		KIẾN THỨC				OR CI 95%	p
		Không đạt		Đạt			
		Tần số	%	Tần số	%		
Tuổi	< 40	14	29,8	33	70,2	OR = 0,47 CI = 0,21-1,09	0,075
	≥ 40	25	47,2	28	52,8		
Giới tính	Nam	19	44,2	24	55,8	OR = 1,47 CI = 0,65-3,29	0,356
	Nữ	20	35,1	37	64,9		
Học vấn	≤ cấp 2	16	59,3	11	40,7	OR = 3,16 CI = 1,27-7,88	0,012
	> cấp 2	23	31,5	50	68,5		
Thâm niên	≤ 5 năm	8	40,0	12	60,0	OR = 1,05 CI = 0,39 -2,87	0,918
	> 5 năm	31	38,8	49	61,2		
Trao đổi với người SX	Không	32	50,8	31	49,2	OR = 4,42 CI = 1,69-11,55	0,002
	Có	7	18,9	30	81,1		
Cơ quan quản lý kiểm tra	Không	37	18,9	57	81,1	OR = 1,30 CI = 0,23-7,45	0,769
	Có	2	33,3	4	66,7		

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê của yếu tố học vấn của chủ cơ sở kinh doanh, việc trao đổi thông tin về sử dụng sulfite giữa chủ cơ sở kinh doanh và chủ cơ sở sản xuất với kiến thức về sử dụng sulfite của chủ cơ sở kinh doanh đưa bồn bồn ( $p < 0,05$ ) (bảng 3.3).

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy việc dễ dàng tìm mua được sulfite, thị hiếu khách hàng, áp lực lợi nhuận là một phần nguyên nhân ảnh hưởng tới thực hành chưa tốt của người kinh doanh về sử dụng sulfite trong dưa bồn bồn.

“Thình thoảng người bán cái này cũng có chào hàng hoài và hướng dẫn tác dụng của nó cho tôi... cả các cơ sở sản xuất dưa bồn bồn cũng nói cho tôi biết về các chất làm trắng này” (PVS-CCSKD).

“Loại tím đỏ thình thoảng mới có, còn mua lâu dài, số lượng nhiều thì giá cao hơn nhiều so với loại trắng, bán cạnh tranh không được” (PVS-CCSKD).

#### IV. BÀN LUẬN

Mặc dù Bộ Y tế đã có quy định về ngưỡng sử dụng sulfite nhưng việc quản lý sử dụng sulfite trong sản xuất, kinh doanh thực phẩm ở Việt Nam vẫn còn nhiều hạn chế. Tỷ lệ dưa bồn bồn nhiễm sulfite vượt giới hạn ( $> 50$  mg/kg) còn khá cao (56,0%) [2]. Trong các mẫu dưa dương tính với sulfite, tỷ lệ mẫu dưa có nguồn gốc từ các cơ sở

sản xuất ngoài tỉnh Cà Mau (28,6%) cao hơn tỷ lệ các mẫu dưa có nguồn gốc trong tỉnh Cà Mau (10,7%). Cơ quan quản lý cần lưu ý tới đặc điểm này khi thực hiện công tác quản lý ATTP đối với sản phẩm dưa bồn bồn. Ngoài ra, dưa bồn bồn mua từ các cơ sở sản xuất ngoài tỉnh thì số lượng mua một lần cũng nhiều hơn, thời gian vận chuyển và bảo quản cũng tăng lên. Từ đó, có thể dẫn đến nguy cơ sử dụng chất bảo quản, chất làm trắng gia tăng.

Kiến thức của chủ cơ sở kinh doanh đưa bồn bồn là một trong những yếu tố quan trọng góp phần quyết định việc chấp hành tốt các quy định về ATTP nói chung và sử dụng sulfite trong dưa bồn bồn nói riêng. Trong nghiên cứu này, kiến thức của người kinh doanh về sử dụng sulfite trong dưa bồn bồn là khá tốt, đạt 61,0%. Tuy nhiên, vẫn tồn tại một số hạn chế kiến thức về sử dụng sulfite trong dưa bồn bồn của chủ cơ sở kinh doanh. Cụ thể, chỉ 31/100 người kinh doanh trả lời biết có thể sử dụng giấm hoặc chanh để thay thế cho sulfite. Trong lựa chọn thực phẩm an toàn, cảm quan là một trong các biện pháp quan trọng và có thể áp dụng khá phổ biến. Dưa bồn bồn nếu không sử dụng sulfite mà chỉ làm bằng phương pháp thủ công truyền thống thì sẽ có màu đặc trưng của nó (màu tím).

Kinh doanh thực phẩm là kinh doanh có điều kiện nên chủ cơ sở kinh doanh đưa bồn bồn cần tuân thủ một số điều kiện nhất định. Tuy nhiên, 100% chủ cơ sở kinh

doanh đưa bòn bòn trong nghiên cứu này chưa tham gia lớp tập huấn kiến thức về ATTP. Các thực hành khác về ATTP cũng không được chủ cơ sở kinh doanh thực hiện tốt như ký cam kết đảm bảo ATTP với địa phương, kiểm soát nguồn gốc đưa bòn bòn, lựa chọn cơ sở cung cấp an toàn. Điều này xuất phát một phần do cơ quan chức năng chưa xây dựng cơ chế, chế tài quản lý đối với loại hình kinh doanh này. “Từ khi tôi bán hàng đến giờ mới thấy kiểm tra có một lần. Tôi cũng không bị phạt gì, tôi cũng không biết cụ thể mình phải làm gì... Tôi cũng không nghe ai nói là tôi phải ký cam kết hay đăng ký kinh doanh” (PVS-CCSKD).

Sulfit được bán trên thị trường tại tỉnh Cà Mau một cách công khai, giá thành rẻ, là một trong những yếu tố gia tăng nguy cơ sử dụng sulfit trong đưa bòn bòn. Thị hiếu của khách hàng cũng là một yếu tố ảnh hưởng tới thực trạng đưa bòn bòn nhiễm sulfit vì đa số người tiêu dùng thích sản phẩm đưa bòn bòn có màu trắng đẹp mắt. Nguy

cơ kinh doanh đưa bòn bòn có chất tẩy trắng tăng cao cũng do áp lực lợi nhuận. Đối với các yếu tố ảnh hưởng đến thực hành kiểm soát nguồn gốc của đưa bòn bòn, các chủ cơ sở kinh doanh đưa bòn bòn không kiểm soát nguồn gốc vì đưa bòn bòn vẫn chỉ được coi là những sản phẩm truyền thống.

## V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ ô nhiễm sulfit trong đưa bòn bòn còn rất cao, tỷ lệ phát hiện sulfit trong các mẫu đưa bòn bòn trong nghiên cứu là 56%. Kiến thức của chủ cơ sở kinh doanh về sử dụng sulfit trong đưa bòn bòn còn nhiều hạn chế. Hầu hết chủ cơ sở kinh doanh không thực hiện các yêu cầu về quản lý ATTP đối với đưa bòn bòn.

Các cơ quan quản lý ATTP tại thành phố Cà Mau cần tăng cường các hoạt động quản lý ATTP đối với đưa bòn bòn. Cụ thể hóa các quy định ATTP đối với sản phẩm đưa bòn bòn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), Thông tư số 19/2012/TT-BYT ngày 09/11/2012 của Bộ Y tế hướng dẫn việc công bố hợp quy và công bố phù hợp quy định an toàn thực phẩm.
2. Bộ Y tế (2012), Thông tư số 27/2012/TT-BYT ngày 30/11/2012 của Bộ Y tế hướng dẫn việc quản lý phụ gia thực phẩm.
3. Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Cà Mau (2015), Báo cáo về kết quả kiểm tra, giám sát An toàn thực phẩm phục vụ Đại hội Đảng bộ tỉnh Cà Mau lần thứ XV, nhiệm kỳ 2015-2020
4. Đặc sản Cà Mau (2006), đưa bòn bòn, truy cập ngày 15/12/2016, tại trang web <http://www.dacsancamau.com/Dua-bon-bon-2323.html?AspxAutoDetectCookieSupport>
5. Nguyễn Duy Thịnh (2004), Các chất phụ gia dùng trong sản xuất thực phẩm, Bài giảng sử dụng cho học viên cao học ngành công nghệ thực phẩm, Trường Đại học Bách khoa Hà Nội, Viện Công nghệ Sinh học và Công nghệ thực phẩm, Hà Nội.
6. Nguyễn Thượng Chánh (March 10, 2005), Chất phụ gia trong thực phẩm, truy cập ngày 22/11/2016, tại trang web <http://www.advite.com/chatphugia.htm>.
7. Trần Đáng (2007), An toàn thực phẩm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.



# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KHÍ MŨI KẾ CỦA BỆNH NHÂN TUỔI VỊ THÀNH NIÊN CÓ CHỈ ĐỊNH NẠO VA

An Chansophy<sup>1</sup>, Phạm Trần Anh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và khí mũi kế của bệnh nhân tuổi vị thành niên có chỉ định nạo VA. Nghiên cứu tiến hành trên 30 bệnh nhân tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân vào viện với lý do sốt nhiều lần trong năm chiếm 80%, ngạt mũi chiếm 70% và chảy mũi từng đợt chiếm 83,3%; VA quá phát độ III là chủ yếu chiếm 70%, độ IV chiếm 20% và 10% là độ II; Trung bình sức cản (SC) 1 bên mũi là  $0,89 \pm 0,58$  Pa/cm<sup>3</sup>/s, với giá trị nhỏ nhất là 0,26 Pa/cm<sup>3</sup>/s, giá trị cao nhất là 3,58 Pa/cm<sup>3</sup>/s; Trung bình tổng sức cản 2 mũi ở nam là  $0,36 \pm 0,12$  Pa/cm<sup>3</sup>/s; Trung bình tổng sức cản 2 mũi ở nữ là  $0,38 \pm 0,11$  Pa/cm<sup>3</sup>/s.

**Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng, khí mũi kế, Viêm VA, Nạo VA

## ABSTRACT:

### CLINICAL CHARACTERISTICS AND RHINOMANOMETRY OF ADOLESCENT PATIENTS INDICATED FOR ADENOIDECTOMY

A cross-sectional study was conducted to describe the clinical characteristics and rhinomanometry of adolescent patients indicated for adenoidectomy. This study was performed with 30 patients at the National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam. Results of the study showed that patients hospitalized with multiple causes of fever repeat multiple in year accounting for 80%, nasal congestion accounting for 70% and rhinorrhea accounting for 83.3%; Adenoid hypertrophy of III degree is mainly with rate of 70%, IV degree is rate of 20% and II degree is rate of 10%; The average of unilateral nasal resistance was  $0,89 \pm 0,58$  Pa/cm<sup>3</sup> /s, with a minimum value of 0,26 Pa / cm<sup>3</sup> / s, the highest value being 3,58 Pa/cm<sup>3</sup>/s; The average of bilateral nasal resistance was  $0,36 \pm 0,12$  Pa/cm<sup>3</sup>/s in men; The average of bilateral nasal resistance was  $0,38 \pm 0,11$  Pa/cm<sup>3</sup> /s in women.

**Keywords:** Clinical characteristics, rhinomanometry, adenoiditis, adenoidectomy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VA (Végétation Adénoïdes) là tổ chức nằm trong vòng Waldeyer. VA là khối mô lympho hình tam giác nằm ở phía trên – sau họng mũi dày khoảng 1-2mm, thuộc vòng Waldeyer và là mô tân bào lớn sau amygdal hầu họng [1], [2], [3]. Do đặc điểm cấu tạo có nhiều khe rãnh và vị trí của VA nằm ngay ở cửa mũi sau thường xuyên tiếp xúc với không khí thở và các tác nhân gây bệnh nên VA hay bị viêm, dễ bị quá phát gây cản trở đường thở, làm giảm thông khí, cản trở dẫn lưu dịch mũi xoang, gây nhiều biến chứng đến các cơ quan lân cận [2]. VA giúp trẻ tạo kháng thể qua các lần viêm nhiễm, tuy nhiên sau nhiều lần viêm nhiễm VA trở nên quá phát và trở thành ổ chứa vi khuẩn. Khi cơ thể sức đề kháng giảm vi khuẩn sẽ bùng phát gây viêm cấp hoặc biến chứng. Ngoài ra VA quá phát cũng gây nhiều biến chứng như viêm tai giữa cấp, viêm tai tiết dịch, viêm mũi xoang cấp, viêm họng cấp...[4].

Viêm VA là một trong những bệnh hay gặp nhất ở trẻ em trong 6 năm đầu đời. Tỷ lệ mắc cao nhất là 2 tuổi. Tỷ lệ viêm VA ở nước ta là khoảng 30% trong tổng số bệnh tai mũi họng ở trẻ em dưới 10 tuổi [3]. Viêm VA là bệnh lý hay tái phát, viêm kéo dài, gây nhiều biến chứng, tuy không nguy hiểm nhưng gây phiền phức, tốn kém tiền của cho trẻ và gia đình [2], [5].

Viêm VA tuy là một bệnh phổ biến và thường gặp ở các phòng khám nhi và tai mũi họng nhưng vấn đề chẩn đoán ở nhiều nơi còn chủ yếu dựa vào hỏi bệnh và dụng cụ khám tai mũi họng thông thường. Hiện nay, với sự phát triển của phương tiện nội soi tai mũi họng đã giúp các bác sỹ quan sát, chẩn đoán một cách chắc chắn viêm VA và các biến chứng.

Khi VA đã gây các biến chứng hoặc VA quá phát làm ảnh hưởng tới chức năng thở và phát âm của trẻ thì cần phải phẫu thuật nạo bỏ khối VA.

Có nhiều phương pháp đánh giá tình trạng đường thở mũi ra đời như: gương Glatzel, đo lưu lượng đỉnh hít vào của mũi (PNIF), đo khí dung mũi (NS), đo sóng âm mũi (AR), đo khí áp mũi (Rhinomanometry), hay điện quang chẩn đoán (cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ học mũi). Trong đó phương pháp đo khí áp mũi- Rhinomanometry là đáp ứng được nhiều nhất các tiêu chí của một phương pháp tốt đánh giá đường

1. Trường Đại Học Y Hà Nội, Tác giả chính: An Chansophy, email: phyphy.an@gmail.com, SĐT: 0981115697

» Ngày nhận bài: 14/01/2017 | » Ngày phản biện: 06/01/2018 | » Ngày duyệt đăng: 26/01/2018

thở mũi: dễ thực hiện, ít gây phiền phức cho người bệnh, không làm thay đổi cấu trúc giải phẫu học mũi, cho kết quả chính xác, ổn định và có hiệu quả lâm sàng.

Thông qua đo dòng khí qua mũi và SC đường thở mũi, phương pháp này được áp dụng để đánh giá khách quan triệu chứng và mức độ ngạt tắc mũi [6].

Trên thế giới đã có những nghiên cứu về Rhinomanometry, đưa ra các chỉ số SC đường thở mũi trung bình ở người trưởng thành bình thường, có thể nói ngày càng giúp ích và bổ sung cho người bác sỹ lâm sàng.

Ở Việt Nam cũng đã sử dụng một số phương pháp đánh giá đường thở mũi, đo độ ngạt mũi bằng gương Glatzel được sử dụng ở một vài cơ sở y tế nhưng độ chính xác không cao. Phương pháp đo sức cản mũi bằng khí áp kế mũi thì chưa được nghiên cứu nào được tiến hành một cách có hệ thống.

Hiện nay Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương đã có máy khí áp mũi, tuy nhiên chúng ta chưa có các thông số đánh giá đường thở mũi cho những bệnh nhân còn VA và có chỉ định nạo VA. Hiện chưa có công trình nghiên cứu nào về phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu: **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và khí mũi kể của bệnh nhân tuổi vị thành niên có chỉ định nạo VA.**

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nhóm bệnh nhân viêm VA độ tuổi 11-19 có chỉ định nạo VA

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Nhóm bệnh nhân viêm VA:
- + Có VA quá phát được phát hiện được qua khám nội soi.
- + Có chỉ định nạo VA.
- + Nằm trong độ tuổi vị thành niên (11-19 tuổi)

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không có đủ các tiêu chuẩn trên.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 9/2016 đến 08/2017

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

**2.4. Cỡ mẫu:** 30 đối tượng tham gia vào nghiên cứu.

### 2.5. Biến số nghiên cứu:

Triệu chứng cơ năng; triệu chứng thực thể: tình trạng niêm mạc mũi, vách ngăn, cuốn mũi, VA, kết quả đo khí áp mũi.

**2.6. Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 18.0. Thống kê mô tả bao gồm: trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, khoảng tứ phân vị của các biến định lượng, cũng như tần số và tỷ lệ phần trăm của các biến định tính được tính toán.

### 2.7. Đạo đức nghiên cứu:

- Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện, khoa phòng, các bệnh nhân đều được giải thích và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi lại cho lãnh đạo bệnh viện, khoa phòng và bệnh nhân.

- Mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân đều được giữ bí mật.

- Nghiên cứu chỉ phục vụ cho sức khỏe bệnh nhân, ngoài ra không có có mục đích gì khác.

## III. KẾT QUẢ

Kết quả cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 63,3% cao hơn nữ là 36,7%. Tuổi mắc bệnh chủ yếu là 13 tuổi và 15 tuổi (đều chiếm 26,7%), tiếp đó là 12 tuổi chiếm 16,7%, thấp nhất là 16 tuổi và 19 tuổi (đều chiếm tỷ lệ 3,3%). Tuổi mắc bệnh trung bình là  $13,5 \pm 1,8$  tuổi.

**Bảng 1: Lý do vào viện (n=30)**

Lý do	Tần số	%
Chảy mũi từng đợt	25	83,3
Sốt > 5 lần/năm	24	80,0
Ngạt mũi	21	70,0
Ngủ ngáy	10	33,3
Ù tai	10	33,3
Ho	5	16,7

Lý do vào viện của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là chảy mũi từng đợt (chiếm 83,3%), sốt trên 5 lần/năm (chiếm 80,0%) và ngạt mũi (chiếm 70,0%).



**Bảng 2: Tỷ lệ bệnh lý phối hợp của đối tượng nghiên cứu**

Bệnh lý phối hợp	Tần số	%
Viêm Amydan	22	73,3
Viêm mũi dị ứng	16	53,3
Dị hình vách ngăn	15	50,0
Viêm tai giữa	10	33,3
Viêm mũi xoang	7	23,3

Tỷ lệ bệnh nhân bị viêm Amydan là cao nhất chiếm 73,3%, tiếp đó là viêm mũi dị ứng chiếm 53,3%, dị hình vách ngăn chiếm 50,0%; 33,3% đối tượng nghiên cứu bị viêm tai giữa, chỉ có 23,3% bệnh nhân bị viêm mũi xoang phối hợp.

**Bảng 3: Độ quá phát của VA (N=30)**

Độ quá phát	Tần số	%
II	3	10,0
III	21	70,0
IV	6	20,0

Tỷ lệ bệnh nhân bị viêm VA với độ quá phát là độ III chiếm tỷ lệ cao nhất (70,0%), quá phát độ IV chiếm 20,0% và chỉ 10,0% bệnh nhân viêm VA quá phát độ II.

**Bảng 4: Sức cản 1 bên trước và sau phẫu thuật (n=60)**

Sức cản 1 bên	Thời điểm khám	Trước phẫu thuật
	Min	0,26
	Max	3,58
	$\bar{X} \pm SD$	0,89 $\pm$ 0,58

Trung bình sức cản trước phẫu thuật là 0,89  $\pm$  0,58 Pa/cm<sup>3</sup>/s, với giá trị nhỏ nhất là 0,26 Pa/cm<sup>3</sup>/s, giá trị cao nhất là 3,58 Pa/cm<sup>3</sup>/s.

**Bảng 5: Tổng sức cản trước và sau phẫu thuật theo giới tính**

Tổng sức cản	Thời điểm khám	Trước phẫu thuật
Nam		0,36 $\pm$ 0,12
Nữ		0,38 $\pm$ 0,11

Trung bình tổng sức cản 2 mũi ở nam trước phẫu thuật là 0,36  $\pm$  0,12 Pa/cm<sup>3</sup>/s.

Trung bình tổng sức cản 2 mũi ở nữ trước phẫu thuật là 0,38  $\pm$  0,11 Pa/cm<sup>3</sup>/s.

#### IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi hay gặp nhất là 13 tuổi và 15 tuổi đều chiếm 26,7%, tiếp đó là 12 tuổi (chiếm 16,7%), 11 tuổi chiếm 13,3%, 14 tuổi chiếm 10,0%, thấp nhất là 16 tuổi và 19

tuổi đều chỉ chiếm 3,3%. Tuổi mắc bệnh trung bình là 13,5  $\pm$  1,8 tuổi. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Minh Đức là 8,77 tuổi [10], nghiên cứu của K. Zaman là 7,5 tuổi [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác hơn so với các nghiên cứu khác là do chúng tôi lựa chọn các đối tượng tuổi vị thành niên từ 11-19 tuổi được chỉ định nạo VA nên nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình trẻ và khoảng dao động tuổi hẹp. Hơn nữa, để đánh giá mức độ cải thiện thông khí mũi họng bằng khí mũi

kế, chúng tôi phải lựa chọn nhóm bệnh nhân ở độ tuổi vị thành niên để có thể đánh giá kết quả một cách hiệu quả và chính xác nhất, vì ở độ tuổi này mới có thể hợp tác tốt để chúng tôi tiến hành đo mức độ thông khí qua khí mũi kể.

Trong 30 bệnh nhân mà chúng tôi nghiên cứu có 19 bệnh nhân là nam giới chiếm 63,3%, nữ giới có 11 bệnh nhân chiếm 36,7%. Tỷ lệ nam cao hơn nữ tương tự với kết quả của tác giả Lê Minh Đức (nam chiếm 61,7%, nữ chiếm 38,3%)

#### Lý do vào viện và triệu chứng cơ năng

Có 83,3% bệnh nhân vào viện với lý do chảy mũi từng đợt chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đó là sốt trên 5 lần trong một năm chiếm 80,0%, triệu chứng ngạt mũi chiếm 70,0%. Các triệu chứng khác chiếm tỷ lệ thấp hơn như ngủ ngáy, ù tai chiếm 33,3% và ho chiếm 16,7%.

Thông thường các triệu chứng chảy mũi, ngạt mũi thường là những triệu chứng khiến cho bệnh nhân luôn có cảm giác khó chịu nhất nên phải tìm đến gặp bác sĩ để điều trị. Vì vậy cho nên tỷ lệ vào viện với lý do chảy mũi, ngạt mũi trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất là hoàn toàn hợp lý

#### Triệu chứng thực thể

Kết quả cho thấy tỷ lệ VA quá phát độ III là chủ yếu chiếm 70,0%, VA quá phát độ IV chiếm 20,0% và quá phát độ II chiếm 10%, không có trường hợp nào bị quá phát độ I. Sự khác biệt về độ quá phát của VA là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . So với kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Đức Thọ, viêm VA quá phát độ III cũng chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,6%, tiếp theo là VA quá phát độ II chiếm 40,1%, độ IV là 5,8% và thấp nhất là VA quá phát độ I chiếm

1,45%. Trong bệnh lý phối hợp thì tỷ lệ bệnh nhân bị viêm Amydan là cao nhất chiếm 73,3%, tiếp đó là viêm mũi dị ứng chiếm 53,3%, dị hình vách ngăn chiếm 50,0%; 33,3% đối tượng nghiên cứu bị viêm tai giữa, chỉ có 23,3% bệnh nhân bị viêm mũi xoang phối hợp, có thể nhận thấy sự liên quan của VA và Amydan trong vòng bạch huyết Waldeyer.

#### Sức cản đường thở mũi

Trung bình sức cản trước phẫu thuật là  $0,89 \pm 0,58$  Pa/cm<sup>3</sup>/s, giá trị nhỏ nhất là 0,26 Pa/cm<sup>3</sup>/s, giá trị lớn nhất là 3,58 Pa/cm<sup>3</sup>/s. Kết quả này cao hơn khi so sánh với kết quả của một số tác giả trên thế giới như Suzina là 0,51 Pa/cm<sup>3</sup>/s ở áp suất 150 Pa.

Khi xem xét về tổng sức cản trước và sau phẫu thuật theo giới tính, chúng tôi thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình tổng sức cản giữa nam và nữ với  $p > 0,05$

#### V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 63,3% cao hơn nữ là 36,7%.
- Tuổi mắc bệnh chủ yếu là 13 tuổi và 15 tuổi
- Tuổi mắc bệnh trung bình là  $13,5 \pm 1,8$  tuổi
- Bệnh nhân vào viện với lý do sốt nhiều lần trong năm chiếm 80 %, ngạt mũi chiếm 70 % và chảy mũi từng đợt chiếm 83,3%.
- VA quá phát độ III là chủ yếu chiếm 70%, độ IV chiếm 20% và 10% là độ II.
- Trung bình sức cản trước phẫu thuật là  $0,89 \pm 0,58$  Pa/cm<sup>3</sup>/s.
- Trung bình tổng sức cản 2 mũi ở nam trước phẫu thuật là  $0,36 \pm 0,12$  Pa/cm<sup>3</sup>/s.
- Trung bình tổng sức cản 2 mũi ở nữ trước phẫu thuật là  $0,38 \pm 0,11$  Pa/cm<sup>3</sup>/s.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ameli F., Brocchetti F., Semino L., Fibbi A., (2007), “Adenotonsillectomy in obstructive sleep apnea syndrome. Proposal of a surgical decision-taking algorithm”.
2. Nguyễn Đình Bằng (2005), “Viêm V.A và Amidan”, Bài giảng tai mũi họng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, lưu hành nội bộ, tr. 32-73.
3. Bluestone (2002). Pediatric Otolaryngology 4 th ed, Vol 2: 1215
4. Cassano P., Gelardi M., Cassano M., (2003), “Adenoid tissue rhinopharyngeal obstruction grading based on fiberoendoscopic findings: a novel approach to therapeutic management”
5. Caylakli F., Hizal E., Yilmaz I. et all (2009), “Correlation between adenoid–nasopharynx ratio and endoscopic examination of adenoid hypertrophy: A blind, prospective clinical study”.
6. Charles D, Blustone and Richad M. (2002), “Tonsillectomy, adenoidectomy, and UPP” Surgical atlas of pediatric otolaryngology, BC Decker inc , p. 381 – 385.
7. K. Zaman and Kumkum Borah 1989 “Adenoids and middle ear pressure”, Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery, Volume 41, Number 4, pp148-149.



# TỶ LỆ NHIỄM TRÙNG VẾT MỔ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN QUỲNH LƯU TỈNH NGHỆ AN NĂM 2017

Nguyễn Sỹ Thành<sup>1</sup>, Lê Đức Cường<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hiền<sup>2</sup>, Nguyễn Nam Thắng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 609 người bệnh có thời gian điều trị nội trú trên 48 giờ sau phẫu thuật tại khoa Ngoại, Sản BV Đa khoa huyện Quỳnh Lưu tỉnh Nghệ An, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ chung là 5,3%, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ tại khoa Ngoại là 7,7%; tại khoa Sản là 1,6%. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm trùng vết mổ: Có bệnh kèm theo (OR=55,8; 95%CI: 22,9-135,7); Phẫu thuật sạch-nhiễm, bẩn (OR=8,1; 95%CI: 1,1-60,2); Có dẫn lưu vết mổ (OR=72,2; 95%CI: 23,6-289,8); Thời gian phẫu thuật >120 phút (OR=75,2; 95%CI: 29,8-189,5).

**Từ khóa:** Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Lưu.

## ABSTRACT:

### WOUND INFECTION PROPORTION AND SOME RELATED FACTORS IN QUYNH LUU DISTRICT GENERAL HOSPITAL, NGHE AN PROVINCE IN 2017

The study was conducted on 609 patients having the length of stay more than 48 hours in two departments: Surgery and Obstetrics and Gynecology in Quynh Luu district hospital, Nghe An province. The result of the study showed that: the proportion of wound infection was 5,3% in general. In that, the proportion of wound infection was 7,7% and 1,6% in Surgery department and Obstetrics and Gynecology department respectively. Some related factors to wound infection were found such as: comorbidities (OR=55,8; 95%CI: 22,9-135,7); Contaminated operation (OR=8,1; 95%CI: 1,1-60,2); Wound drainage (OR=72,2; 95%CI: 23,6-289,8) and length of operation more than 120 minutes (OR=75,2; 95%CI: 29,8-189,5).

**Keywords:** Wound infection proportion, Quynh Luu district general Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là vấn đề đang được đặc biệt quan tâm không những ở các nước phát triển mà còn ở các nước đang phát triển. Trong các loại NKBV thì NTVM là loại hay gặp nhất tại các nước đang phát triển. NTVM là nguyên nhân chủ yếu làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh ở các bệnh nhân có phẫu thuật và là gánh nặng về tài chính cho các cơ sở y tế, cho gia đình và bản thân người bệnh [2]. Các nghiên cứu cho thấy ở Mỹ, NTVM chiếm khoảng 15% - 18% trong tổng số các trường hợp NKBV. Trong giai đoạn 1986 - 1996, hàng năm có 16.000 trường hợp NTVM, tỷ lệ tử vong khoảng 1,9%. Với mỗi trường hợp NTVM làm người bệnh phải kéo dài thời gian nằm viện từ 7-10 ngày và chi phí điều trị tăng thêm khoảng 3.000 USD [12].

Ở Việt Nam chưa có hệ thống giám sát NTVM cấp quốc gia, thông kê NTVM mới chỉ dừng lại ở các báo cáo đơn lẻ, đề tài nghiên cứu khoa học về NTVM của các bệnh viện. Theo số liệu báo cáo, NTVM chiếm khoảng 5% - 10% trong tổng số 2 triệu người bệnh phẫu thuật hàng năm, đây cũng là loại NKBV hay gặp nhất ở nước ta [9].

Tại Nghệ An đã có một số bệnh viện thực hiện các giám sát NTVM [6]. Tuy nhiên công tác kiểm soát nhiễm khuẩn mới chỉ đạt được kết quả bước đầu, chưa đáp ứng được yêu cầu đặt ra. Mặc dù các bệnh viện có thành lập hội đồng, khoa kiểm soát nhiễm khuẩn nhưng chủ yếu là kiêm nhiệm nên hiệu quả hoạt động chưa cao. Bên cạnh đó cơ sở hạ tầng của các bệnh viện chưa đáp ứng được nhu cầu, có bệnh viện còn quá tải đến 200%, càng làm gia tăng nguy cơ lây chéo bệnh trong môi trường bệnh viện [6]. Để mô tả thực trạng NTVM ngoại khoa, sản khoa và một số biện pháp phòng chống NTVM, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu sau:

*Xác định tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ và một số yếu tố*

1. Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu, Nghệ An
2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

liên quan tại khoa Ngoại, Sản Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An năm 2017.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### **Địa bàn nghiên cứu**

Nghiên cứu sẽ được tiến hành tại khoa Ngoại và khoa Sản của BVĐK huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An.

### **Đối tượng nghiên cứu**

Người bệnh được phẫu thuật có thời gian >48 giờ nằm điều trị nội trú tại khoa Ngoại và khoa Sản Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Lưu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:
  - Người bệnh được phẫu thuật có thời gian  $\geq$ 48 giờ nằm điều trị nội trú tại khoa Ngoại và khoa Sản Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Lưu.
  - Người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu.
  - Người bệnh đồng ý trả lời các câu hỏi trong bảng phỏng vấn.
- Tiêu chuẩn loại trừ:
  - Những người bệnh có thời gian nằm viện <48 giờ.
  - Người bệnh có NTVM từ bệnh viện khác chuyển đến.
  - Người bệnh có nhiễm khuẩn ở thời điểm nhập viện, người bệnh rối loạn tâm thần, không thể giao tiếp...
  - Người bệnh trốn viện, chuyển viện, tử vong.

### **Thời gian nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 02/2017 đến tháng 08/2017.

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

### **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Chúng tôi đã chọn và thu thập toàn bộ 609 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu tại hai khoa Ngoại và khoa Sản trong thời gian từ tháng 02/2017 đến tháng 8/2017.

### **Phương pháp chọn mẫu**

Chọn chủ đích các khoa Ngoại và khoa Sản, BVĐK huyện Quỳnh Lưu. Lập danh sách người bệnh được phẫu thuật  $\geq$ 48 giờ chọn vào đối tượng nghiên cứu.

### **Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu**

- + Các thông tin cơ bản của người bệnh
  - Thông tin về: Tuổi, giới tính, quê quán,...
  - Các chỉ số xét nghiệm cơ bản: Glucose máu, protid máu...
  - Bệnh mạn tính kèm theo.
  - Số lần phẫu thuật.
- + Các yếu tố về cuộc phẫu thuật

- Điểm ASA trước phẫu thuật, loại phẫu thuật, loại vết mổ.

- Hình thức phẫu thuật, loại gây mê, thời gian phẫu thuật.

- Kháng sinh dự phòng, thời gian đặt dẫn lưu.

- Các thực hành tuân thủ ngoại khoa: Vệ sinh tay ngoại khoa, tuân thủ mang phuong tiện phòng hộ cá nhân, phuong tiện phục vụ phẫu thuật.

- Môi trường phòng mổ, môi trường nước vệ sinh tay ngoại khoa.

- Thực hành tuân thủ ngoại khoa thay băng vết mổ.

### **Các quy định xác định và đánh giá**

- Nhiễm trùng vết mổ (NTVM) được xác định theo tiêu chuẩn chẩn đoán NTVM của CDC [2].

- + Nhiễm trùng vết mổ nông:

Nhiễm trùng xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật và chỉ xuất hiện ở vùng da hay vùng dưới da tại đường mổ, và có ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- a. Chảy mủ từ vết mổ nông.

- b. Có ít nhất một trong những dấu hiệu hay triệu chứng sau: Sung, nóng, đỏ, đau và cần mở bung vết mổ, kể cả khi cấy vết mổ âm tính.

- c. Bác sỹ chẩn đoán NTVM.

- + Nhiễm trùng vết mổ sâu

Nhiễm trùng xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật hay 1 năm đối với đặt Implant; xảy ra ở mô mềm sâu (cân/cơ) của đường mổ và có ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- a. Chảy mủ từ vết mổ sâu nhưng không từ cơ quan hay khoang phẫu thuật.

- b. Vết thương hở da sâu tự nhiên hay do phẫu thuật viên mở vết thương khi người bệnh có ít nhất một trong các triệu chứng sau: Sốt  $>38^{\circ}\text{C}$ , sung, nóng, đỏ, đau, trừ khi cấy vết mổ âm tính.

- c. Abces hay bằng chứng NTVM sâu qua thăm khám, phẫu thuật lại, giải phẫu bệnh, Citi, siêu âm...

- d. Bác sỹ chẩn đoán NTVM.

- + Nhiễm trùng vết mổ tại cơ quan/khoang phẫu thuật

Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật hay 1 năm đối với đặt Implant; Xảy ra ở bất kỳ nội tạng, loại trừ da, cân cơ, đã xử lý trong phẫu thuật và có ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- a. Chảy mủ từ dẫn lưu nội tạng.

- b. Abces hay bằng chứng NTVM sâu qua thăm khám, phẫu thuật lại, giải phẫu bệnh, Citi, siêu âm...

- c. Bác sỹ chẩn đoán NTVM tại cơ quan/khoang phẫu thuật.



**Xử lý số liệu**

- Số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính bằng phần mềm Epida 3.1.
- Số liệu được phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 16.0 với các test thống kê y học. Tính giá trị trung bình, độ

lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm, hệ số tương quan (r), test  $\chi^2$ , test t-Student.  $p < 0,05$ : \*,  $p < 0,01$ : \*\*,  $p < 0,001$ : \*\*\*

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=609)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Khoa phẫu thuật</b>		
Ngoại	363	59,6
Sản	246	40,4
<b>Nhóm tuổi</b>		
< 18	66	10,8
18 – 30	193	31,7
31 – 50	219	36,0
51 – 60	66	10,8
> 60	65	10,7
<b>Giới</b>		
Nam	267	43,8
Nữ	342	56,2

Trong tổng số 609 bệnh nhân nghiên cứu, số BN thuộc khoa Ngoại chiếm 59,6% và khoa Sản chiếm 40,4% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ bệnh nhân nam: 43,8%, thấp hơn so với nữ: 56,2%. Độ tuổi chủ yếu là từ 31- 50

tuổi (chiếm 36,0%) và 18 - 30 tuổi chiếm 31,7%. Số bệnh nhân dưới 18 tuổi và trên 60 tuổi chiếm khoảng 10%.

**2. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ và một số yếu tố liên quan**

**Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ**

Đặc điểm	Số BN phẫu thuật	Số BN NTVM	Tỷ lệ NTVM
Khoa Ngoại (1)	363	28	7,7
Khoa Sản (2)	246	4	1,6
Chung	609	32	5,3
p	<b>p(1,2) &lt; 0,05</b>		

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong số 609 BN nghiên cứu (bao gồm 363 BN khoa Ngoại và 246 BN khoa Nội):

tỷ lệ NTVM tại khoa Ngoại 28 ca chiếm 7,7%, tỷ lệ này tại khoa Sản là 1,6% ( $p < 0,05$ ), tỷ lệ NTVM chung là: 5,3%.

**Bảng 3. Phân bố nhiễm khuẩn vết mổ phẫu thuật tiêu hóa theo mức độ (n=32)**

Mức độ nhiễm khuẩn vết mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
Nông	20	62,5
Sâu	11	34,4
Nhiễm khuẩn cơ quan/khoang phẫu thuật	1	3,1

Trong tổng số 32 BN bị NTVM, phần lớn (62,5%) có 01 bệnh nhân (3,1%) bị NTVM tại cơ quan, khoảng BN bị NTVM nông, tỷ lệ NTVM sâu là 34,4% và chỉ phẫu thuật.

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan với nhiễm trùng vết mổ**

Yếu tố nguy cơ	NTVM				OR (95% CI)
	Có		Không		
	SL	%	SL	%	
Có bệnh kèm theo	18	58,1	13	41,9	<b>OR = 55,8</b> <b>(22,9 – 135,7)</b>
Phẫu thuật sạch – nhiễm, nhiễm, bẩn	31	6,4	457	93,6	<b>OR = 8,1</b> <b>(1,1 – 60,2)</b>
Phẫu thuật cấp cứu	17	6,5	246	93,5	OR = 1,5 (0,7 – 3,1)
Phẫu thuật hở	30	5,6	502	94,4	OR = 2,2 (0,5 – 9,5)
Có dẫn lưu vết mổ	28	35,4	51	64,6	<b>OR = 72,2</b> <b>(23,6 – 289,8)</b>
Điểm ASA $\geq 3$ điểm	1	11,1	8	88,9	OR = 0,45 (0,06 – 3,7)
Thời gian PT >120 phút	19	63,3	11	6,7	<b>OR = 75,2</b> <b>(29,8 – 189,5)</b>
Không được tắm, vệ sinh trước phẫu thuật	25	4,8	496	95,2	OR = 0,62 0,26 – 1,47

Kết quả nghiên cứu cho thấy một số yếu tố nguy cơ đối với NTVM như sau: BN có mắc bệnh kèm theo có nguy cơ bị NTVM cao hơn so với BN không mắc (OR = 55,8; 95%CI: 20,9 – 148,8). Các trường hợp phẫu thuật theo sạch – nhiễm + nhiễm + bẩn có nguy cơ bị NTVM cao hơn so với trường hợp các ca phẫu thuật được phân loại là sạch (OR = 8,1; 95%CI: 1,1 – 60,2). Những trường hợp có dẫn lưu vết mổ cũng làm nguy cơ bị NTVM cao hơn so với trường hợp không dẫn lưu vết mổ (OR = 72,2; 95% CI: 23,6 – 289,8). Bên cạnh đó, thời gian PT kéo dài trên 120 phút cũng làm tăng nguy cơ NTVM (OR = 75,2; 95% CI: 29,8 – 189,5).

#### IV. BÀN LUẬN

##### Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Ngoại và khoa Sản Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An.

Trong tổng số 609 đối tượng nghiên cứu có 32 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 5,3%. Tỷ lệ này cũng tương đương với các nghiên cứu khác trong nước và các nước đang phát triển, tuy nhiên cao hơn ở các nước châu Âu và Mỹ [11]. Tỷ lệ NTVM trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,3% tương đương với tỷ lệ NTVM tại khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ (2013) là 5,7% [4], Bệnh viện Chợ Rẫy (2000) tỷ lệ NTVM chiếm 14,0% và của khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Ninh Bình (2010) tỷ lệ NTVM là 4,2% [3].

Kết quả nghiên cứu về nhóm tuổi cho thấy tỷ lệ NTVM ở người bệnh trong nhóm tuổi >60 tuổi là 10,8%, kết quả này cũng tương tự với tỷ lệ NTVM trong nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng (2012) NTVM ở độ tuổi >60 chiếm tỷ lệ 8,9% [4]. Nhóm tuổi càng cao dễ mắc bệnh NTVM sau phẫu thuật hơn những người bệnh ở lứa tuổi trưởng thành có thể do ở độ tuổi trên 60 người bệnh thường có



hiều bệnh lý toàn thân đi kèm như: tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch, dinh dưỡng kém.

### **Các yếu tố nguy cơ NTVM**

#### **Bệnh kèm theo**

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về nguy cơ NTVM ở nhóm người bệnh có mắc bệnh kèm theo (58,1%) so với nhóm bệnh không mắc bệnh kèm theo (2,4%) (OR = 55,8; 95%CI: 22,9 – 135,7). Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh (2011) nguy cơ NTVM cũng tăng ở những BN có bệnh kèm theo (OR = 3.2; 95% CI: 1.3 - 7.8) [8].

#### **Loại phẫu thuật**

Kết quả nghiên cứu này cho thấy loại phẫu thuật sạch – nhiễm, nhiễm bẩn làm tăng nguy cơ NTVM ở những người bệnh phẫu thuật so với phẫu thuật sạch (0,8%) (OR = 8,1; 95%CI: 1,1 – 60,2).

Một nghiên cứu tại Đài Loan tiến hành trên 2.809 người bệnh phẫu thuật ổ bụng cũng cho thấy nguy cơ NTVM loại phẫu thuật nhiễm và bẩn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ NTVM loại phẫu thuật sạch, sạch-nhiễm (OR = 3,8; 95%CI:1,6 - 8,9) [13].

Một số nghiên cứu trong nước cũng có kết quả tương tự: Nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng (2012) tỷ lệ NTVM ở người bệnh phẫu thuật nhiễm (10,5%) và bẩn (7,3%) (p<0,05) [4], nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh Bệnh viện Ninh Bình (2011) tỷ lệ NTVM tập trung cao ở người bệnh phẫu thuật nhiễm bẩn (13,6%) (OR = 4,2; p <0,05) [8]. Các phẫu thuật có mũ như áp xe ruột thừa, viêm ruột thừa nung mủ, viêm phúc mạc do viêm ruột thừa, viêm mù đường mật, thận ứ mủ, nhiễm trùng đường mật... có tỷ lệ NTVM cao có thể do vi khuẩn từ tổ chức tổn thương sẽ lây nhiễm vào vết mổ trong quá trình phẫu thuật do cách ly vùng mổ không tốt.

#### **Hình thức phẫu thuật**

Kết quả trong nghiên cứu này cho thấy phẫu thuật cấp cứu không làm nguy cơ NTVM tăng hơn so với phẫu thuật phiến. Tương tự với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng tại Bệnh Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2012 [4] cho thấy nguy cơ NTVM trong phẫu thuật cấp cứu cũng không tăng hơn so với phẫu thuật phiến.

Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ NTVM trong phẫu thuật cấp cứu cao hơn so với phẫu thuật phiến như nghiên cứu của Bệnh viện Ninh Bình (2011) thì tỷ lệ NTVM ở người bệnh phẫu thuật cấp cứu là 6,5% cao hơn so với phẫu thuật phiến (5,8%) p<0,05 [8]. Sự khác biệt về tỷ lệ NTVM giữa phẫu thuật cấp cứu và phẫu thuật phiến có thể do các phẫu thuật cấp cứu thường gặp như

viêm một thừa, thủng dạ dày,... thường là các phẫu thuật sạch - nhiễm và phẫu thuật có mũ là loại phẫu thuật có tỷ lệ NTVM cao. Mặt khác, trong phẫu thuật cấp cứu việc chuẩn bị người bệnh không tốt bằng phẫu thuật phiến cho nên tỷ lệ NTVM thường cao hơn.

#### **Phương pháp phẫu thuật**

Một trong những ưu điểm của phẫu thuật nội soi so với phẫu thuật hở là nguy cơ NTVM thấp, tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ NTVM ở nhóm BN phẫu thuật hở không cao hơn so với nhóm BN phẫu thuật nội soi (OR=2,2; 95%CI: 0,5-9,5). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả của tác giả Đặng Hồng Thanh (2011) nguy cơ NTVM ở nhóm phẫu thuật hở cao hơn so với nhóm phẫu thuật nội soi (OR = 4.6; 95% CI: 1,0 - 20) [8].

#### **Dẫn lưu vết mổ**

Dẫn lưu vết mổ làm nguy cơ NTVM tăng lên một cách rõ rệt so với các trường hợp không cần dẫn lưu vết mổ (OR=72,2; 95%CI: 23,6-289,8). Nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng (2012) cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ NTVM ở người bệnh vết mổ có dẫn lưu NTVM là 9,7% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với vết mổ không dẫn lưu (3,3%) (p<0,05) [4], nghiên cứu của Tống Vĩnh Phú (2007) cũng cho kết quả tương tự người bệnh sau phẫu thuật có dẫn lưu bị nhiễm khuẩn vết mổ là 8,5% [5].

#### **Điểm ASA**

Kết quả nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân có điểm ASA≥3 không làm tăng nguy cơ NTVM so với các BN có điểm ASA<3 (OR=0,45; 95%CI: 0,06-3,7). Khác với các nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng (2012) NTVM ở người bệnh có điểm ASA 4 điểm tỷ lệ NTVM là 15,8%, ASA 3 điểm tỷ lệ NTVM là 9,7% (p<0,05) [4] và nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh (2011) tỷ lệ NTVM ở người bệnh có điểm ASA >2 điểm là 15,6% (OR = 3,4; 95%CI: 1,2-8,0) [8].

Có mắc bệnh kèm theo có thể là một trong yếu tố làm tăng nguy cơ NTVM. Do theo phân loại theo thang điểm ASA những người bệnh có mắc bệnh kèm theo được xếp loại từ 3-5 điểm, ở những người bệnh này hệ thống phòng ngự của cơ thể bị suy yếu sẵn do phải chống đỡ với bệnh tật sẵn có sẽ làm tăng nguy cơ NTVM.

#### **Thời gian phẫu thuật**

Theo CDC thời gian phẫu thuật kéo dài trên 2 giờ là yếu tố nguy cơ đứng thứ 4 làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, mặc dù điều kiện vệ sinh đảm bảo nhưng thời gian phẫu thuật kéo dài vẫn có thể làm tỷ lệ NTVM tăng. Lúc này thì tỷ lệ NTVM phụ thuộc vào các yếu tố khác như tăng tổn thương tổ chức, tăng mất máu làm giảm sức đề kháng của

ơ thể người bệnh. Theo các thống kê cho thấy, đối với loại phẫu thuật sạch nếu thời gian phẫu thuật là 1 giờ thì tỷ lệ NTVM là 1,3%, 2 giờ là 2,7% và 3 giờ là 3,6% [14].

Kết quả nghiên cứu cho thấy nguy cơ NTVM ở những người bệnh phẫu thuật trên 120 phút tăng rõ rệt so với những người bệnh có thời gian phẫu thuật dưới 120 phút (OR = 75,2; 95%CI: 29,8 – 189,5). Một nghiên cứu tại Đài Loan cũng cho thấy thời gian phẫu thuật kéo dài trên 3 giờ làm tăng nguy cơ NTVM lên rõ rệt (OR = 2,6; 95% CI: 1,4 - 4,8) [13]. Tương tự như nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh (2011) nguy cơ NTVM ở người bệnh phẫu thuật trên 120 phút cao hơn so với người bệnh có thời gian phẫu thuật <120 phút (OR = 3,1; 95%CI: 1,1 - 7,6) [8].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu xác định tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu, Nghệ An chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ chung tại bệnh viện là 5,3% trong đó: Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ tại khoa Ngoại (7,7%), tại khoa Sản (1,6%).

- Một số các yếu tố liên quan đến NTVM: có bệnh kèm theo; phẫu thuật sạch-nhiễm, nhiễm và nhiễm bẩn; có dẫn lưu vết mổ, điểm ASA  $\geq 3$  điểm, thời gian phẫu thuật >120 phút làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vết mổ ở các bệnh nhân phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Bích (2000), Nhiễm khuẩn vết mổ và các biện pháp dự phòng, Tài liệu tập huấn kiểm soát nhiễm khuẩn lần thứ nhất, tr. 79-86.
2. Bộ Y tế (2012), “Kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ. Tài liệu đào tạo liên tục kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế tuyến cơ sở. Ban hành kèm theo Quyết định số 5771/BYT-K2ĐT ngày 30/08/2012 của Bộ Y tế”.
3. Lê Tuyên Hồng Dương và cs (2012), “Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn trong các loại phẫu thuật tại Bệnh viện Giao thông vận tải Trung ương”, Tạp chí Y học Thực hành, số 9/2012(841), tr. 67-71.
4. Trần Đỗ Hùng và Dương Văn Hoanh (2013), “Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau phẫu thuật tại khoa Ngoại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ”, Tạp chí Y học Thực hành, số 5/2013(869), tr. 131-134.
5. Tống Vĩnh Phú và cộng sự (2007), “Đánh giá thực trạng và căn nguyên gây nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa Hệ ngoại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định”, Tạp chí Y học Thực hành 2(1).
6. Sở Y tế tỉnh Nghệ An (2016), “Sơ kết công tác y tế 6 tháng đầu năm 2016”, tr. 45-48.
7. Phạm Văn Tân (2016), Nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ các phẫu thuật tiêu hóa tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
8. Đặng Hồng Thanh (2011), “Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2011”, Tạp chí Y học Thực hành, 869(5).
9. Phạm Ngọc Trường (2015), Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ ở một số BV tuyến tỉnh và TW, hiệu quả biện pháp can thiệp, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
10. Meriter - Wiconsin Hospital (2006), “Meriter’s Commitment to Quality Clinical Safety Surgical site Infection rates”, Wiconsin Health and Hospital Association’s.
11. Sands K, Vineyard G và Platt R (1996), “Surgical site infections occurring after hospital discharge”, J Infect Dis, 173(4), tr. 963-70.
12. Joseph S. Solomkin et al (2011), “Diagnosis and Management of Complicated Intra-abdominal Infection in Adults and Children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America”, Clinical Infectious Diseases, 50(2), tr. 133-164.
13. Hong Hwa Chen Reiping Tang, Yung Liang Wang, et al., (2001), “Risk Factors For Surgical Site Infection After Elective Resection of the Colon and Rectum A Singlr Center Prospective Study of 2,809 Consecutive Patients”, Annuals of surgery, 234(2), tr. 181-189.
14. World Health Organization (2002), “Antimicrobial ues and antimicrobial resistance”, Prevention of hospital acquired infections, A prectical guide 2, tr. 56-60.





# ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG NƯỚC SINH HOẠT KHU VỰC NÔNG THÔN TỈNH SƠN LA NĂM 2016

Nguyễn Thị Huệ<sup>1</sup>, Lê Khắc Đức<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 420 mẫu nước sinh hoạt tại vùng nông thôn tỉnh Sơn La. Trên cơ sở các chỉ tiêu đánh giá nước sạch và xác định mức độ đạt tiêu chuẩn vệ sinh theo tiêu chuẩn Việt Nam (2009/BYT). Kết quả cho thấy:

Có 33.8% mẫu nước đạt tất cả các chỉ tiêu chất lượng, 66.2% không đạt. Trong đó: nguồn nước khu vực I đạt cao nhất chiếm 55.6%; khu vực III đạt thấp nhất, chiếm tỷ lệ 24.9%; nguồn nước giếng khoan có tỷ lệ số mẫu đạt cao nhất 71.0%, nguồn nước mặt đạt 20.6%.

Các chỉ tiêu về hóa-lý: 80.5% mẫu xét nghiệm đạt chất lượng, trong đó các chỉ tiêu đạt cao như sắt (100%), mùi vị, độ pH 98.1%, amoni (97.9%), màu sắc (97.6%); chỉ tiêu đạt chất lượng thấp hơn là độ đục chiếm tỷ lệ 93.1% kế tiếp là độ oxy hóa (95.7%)

Các chỉ tiêu về vi sinh vật: 34% số mẫu xét nghiệm đạt chất lượng, chỉ tiêu đạt cao nhất 48.1% về Coliform tổng số, chỉ tiêu thấp nhất là Coliform chịu nhiệt và Ecoli 34%.

Nghiên cứu này có giá trị trong việc đánh giá thực trạng nguồn nước sinh hoạt khu vực nông thôn, đồng thời đề đáp ứng mục tiêu Chương trình mục tiêu quốc gia về Nước sạch và Vệ sinh môi trường nông thôn đã đặt ra trong giai đoạn 2016 - 2020 trên địa bàn tỉnh Sơn La.

**Từ khóa:** Nước sinh hoạt, độ pH, amoni, độ oxyhoá, coliform, Ecoli.

## ABSTRACT

### ASSESSMENT QUALITY OF DRINKING WATER IN SON LA RURAL AREA IN 2016

This study was carried out using the cross-sectional descriptive method on 420 water samples in rural Son La province. The criteria for assessing water and determine the level of hygiene standards in accordance with Vietnam standards QCVS 2009/BYT. The results show that:

There were 33.8% of water samples meeting all

quality standards, 66.2% failed. Of which, the highest water source in I was 55.6%; Sector III reached the lowest level, accounting for 24.9%; well water has the highest sample rate of 71.0%, surface water is 20.6%

The indicators analyzed included: physical, chemical and microbial indicators: 80.5% of tested samples have high quality such as iron (100%), taste, pH 98.1%, ammonium (97.9%), color (97.6%); The lower the quality is the turbidity ratio of 93.1% followed by the oxidation (95.7%); 34% of samples tested quality, the highest is 48.1% of total coliforms, the lowest is Coliform and Ecoli 34%.

This research is valuable in assessing the current status of rural water supply and meeting the objectives of the National Target Program on Rural Water Supply and Sanitation proposed during the period 2016 - 2020 in Son La province.

**Key words:** Drinking water, pH, ammonium, oxygen, coliform, Ecoli

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước sinh hoạt là nhu cầu thiết yếu của cuộc sống, đã thực sự trở thành vấn đề toàn cầu, thu hút sự quan tâm của toàn nhân loại, đồng thời cũng là vấn đề cấp thiết của nước ta. Nước sinh hoạt liên quan đến môi trường sinh thái và ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và bệnh tật đối với loài người; Tổ chức Y tế thế giới (WHO) thông báo 80% bệnh tật của con người có liên quan tới nước. Một nửa số giường bệnh trên thế giới dùng để điều trị các bệnh có liên quan tới nước và khoảng 25.000 người chết hàng ngày là do các bệnh liên quan tới nước như: Các bệnh đường tiêu hóa thường gặp như tả, lỵ, thương hàn, tiêu chảy; các bệnh về mắt, ngoài da, bệnh phụ khoa; bệnh giun sán: Giun đũa, giun tóc, giun móc, giun kim... Nguyên nhân chủ yếu do dùng nước nhiễm bẩn trong sinh hoạt và ăn uống từ các chất hữu cơ và vi sinh vật, qua đó tác động trực tiếp đến sức khỏe con người đặc biệt là ở người già và trẻ em. Ngoài ra, sự ô nhiễm các độc chất hóa học vào

1: Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Sơn La, SĐT: 0946071980

2: Học viện Quân y

» Ngày nhận bài: 01/11/2017 | » Ngày phản biện: 03/01/2018 | » Ngày duyệt đăng: 09/02/2018

nguồn nước tác động xấu đến sức khỏe con người. Vì vậy vấn đề cung cấp nước sạch và đảm bảo chất lượng nước sinh hoạt cho người dân hiện nay diễn ra trong phạm vi toàn cầu [6], [7].

Tại Việt Nam, Đảng và Chính phủ rất quan tâm đến việc giải quyết nước sạch và vệ sinh môi trường, nhất là khu vực nông thôn, nên nhiều chính sách, chương trình đã được ban hành và triển khai nhằm cải thiện tỷ lệ người dân được cung cấp nước sạch

Tại tỉnh Sơn La, theo báo cáo kết quả điều tra nước sạch và vệ sinh môi trường cho thấy: người dân tiếp cận với nguồn nước sạch thấp chiếm 29,8%, họ sử dụng các nguồn nước bề mặt, nước mưa, nước ngầm và tự khai thác còn phổ biến; điều kiện cơ sở hạ tầng còn nhiều khó khăn, thiếu thốn và người dân chưa có ý thức về bảo vệ môi trường, hành động tùy tiện theo tập quán, thói quen lạc hậu.

Nhằm cung cấp các dẫn liệu về thực trạng nguồn nước sinh hoạt khu vực nông thôn trên địa bàn tỉnh; đồng thời đề đáp ứng mục tiêu Chương trình MTQG Nước sạch và Vệ sinh môi trường nông thôn đã đặt ra trong giai đoạn 2016 - 2020 trên địa bàn tỉnh Sơn La, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu như sau:

*Đánh giá thực trạng chất lượng nước sinh hoạt khu vực nông thôn tỉnh Sơn La năm 2016 theo QCVN 02: 2009/BYT*

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa điểm, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại 38 xã thuộc 12 huyện/thành phố thuộc tỉnh Sơn La
- Đối tượng: Nguồn nước được hộ gia đình khu vực nông thôn sử dụng thường xuyên cho mục đích sinh hoạt
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2016 đến tháng 7/2016

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng thiết kế nghiên

cứ mô tả cắt ngang có phân tích, sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng.

### 2.3. Cỡ mẫu: Được tính toán bằng công thức:

Trong đó: n là cỡ mẫu;  $\alpha$ : Độ tin cậy lấy ở ngưỡng  $\alpha = 0,05$ ; p: tỷ lệ mẫu nước đạt tiêu chuẩn, được lấy bằng 50%; d: Sai số mong muốn, có giá trị bằng 0,05. Kết quả

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

tính được  $n = 384$ , cộng 10% dự trữ, thực tế điều tra được 420 mẫu.

Chọn mẫu: Tỉnh Sơn La thành 3 khu vực (I, II, III) theo Quyết định số 447/QĐ-UBND ngày 19/9/2014 của Ủy ban Dân tộc.

Áp dụng chọn ngẫu nhiên phân tầng và chọn mẫu hệ thống: Từ các xã thuộc tỉnh, chọn 38 cụm tương ứng với 38 xã để điều tra. Mỗi cụm chọn 11 hộ gia đình tại 01 thôn để lấy mẫu.

### 2.4. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

- Lấy mẫu nước, bảo quản, vận chuyển mẫu, kỹ thuật xét nghiệm: Tiến hành theo thường quy
- Xét nghiệm hoá nước: Amoniac, sắt, độ oxyhoá
- Xét nghiệm vi khuẩn nước: Coliform tổng số, Coliform chịu nhiệt và E.coli

Các xét nghiệm được tiến hành tại Labo Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Sơn La. Đánh giá chất lượng nước theo QCVN 02: 2009/BYT

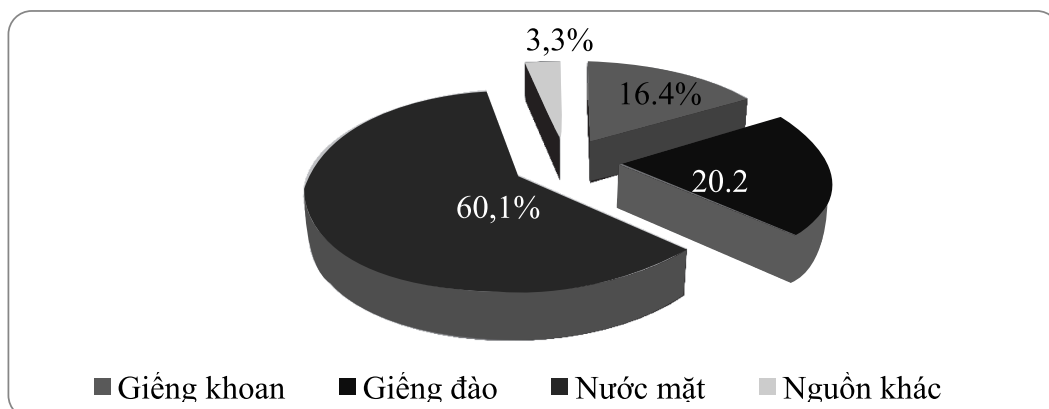
### 2.5. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 21.0

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu không gây bất kỳ một ảnh hưởng gì đến sức khỏe của người dân. Các thông tin và kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Kết quả về tỷ lệ các loại nguồn nước

**Biểu đồ 3.1. Phân chia theo loại nguồn nước**



Qua biểu đồ trên cho thấy: Nguồn nước được hộ dân sử dụng phổ biến cao nhất là nguồn nước mặt (60.1%), kế tiếp là nguồn nước giếng đào (20.2%) nguồn nước sử dụng thấp nhất là các nguồn khác 3,3%.

**3.2. Kết quả đánh giá về lý học**  
97.6% mẫu thử có màu sắc nằm trong giới hạn cho phép 98.1% đạt về mùi vị, 93.1% đạt về độ đục, 98.1% số mẫu đạt về pH

**3.3. Kết quả đánh giá về hoá học**

**Bảng 3.1. Kết quả đánh giá hàm lượng Amoniac của nguồn nước**

Khu vực /Nguồn	Tổng số	Đạt		Không đạt	
		SL	%	SL	%
<b>1. Đánh giá nguồn nước theo khu vực</b>					
Khu vực I	66	66	100	0	0.00
Khu vực II	133	131	98.5	2	1.5
Khu vực III	221	214	96.8	7	3.2
<b>2. Đánh giá nguồn nước theo nguồn</b>					
Giếng khoan	69	69	100	0	0.00
Giếng đào	85	84	98.8	1	1.2
Nước mặt	252	245	97.2	7	2.7
Khác	14	13	92.9	1	7.7
<b>Tổng</b>	<b>420</b>	<b>411</b>	<b>97.9</b>	<b>9</b>	<b>2.1</b>

Qua kết quả bảng trên cho thấy: Tại khu vực I kết quả đánh giá về hàm lượng Amoni đạt (100%), thấp nhất là khu vực III đạt 92,9%. Đồng thời, kết quả cũng cho thấy: 100% nguồn nước giếng khoan, kế tiếp là nguồn nước giếng đào có hàm lượng amoniac nằm trong giới hạn cho

phép (98.8%), có tỷ lệ mẫu thử đạt thấp nhất là nguồn nước nguồn nước khác (92.9%).

Như vậy có 411/420 mẫu thử nằm trong giới hạn cho phép chiếm tỷ lệ 97.9%; các mẫu thử vượt quá giới hạn cho phép chiếm tỷ lệ (2.1%).

**Bảng 3.2. Kết quả đánh giá hàm lượng sắt tổng số của nguồn nước**

Khu vực /Nguồn	Tổng số	Đạt		Không đạt	
		SL	%	SL	%
<b>1. Đánh giá nguồn nước theo khu vực</b>					
Khu vực I	66	66	100	0	0.00
Khu vực II	133	133	100	0	0.00
Khu vực III	221	221	100	0	0.00
<b>2. Đánh giá nguồn nước theo nguồn</b>					
Giếng khoan	69	69	100	0	0.00
Giếng đào	85	85	100	0	0.00
Nước mặt	252	252	100	0	0.00
Khác	14	14	100	0	0.00
<b>Tổng</b>	<b>420</b>	<b>420</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>

Qua kết quả bảng trên cho thấy: Các mẫu thử có tỷ lệ đạt tiêu chuẩn về hàm lượng sắt (100%). Không có sự khác biệt giữa các khu vực và các nguồn nước hộ dân sử dụng.

**Bảng 3.3. Kết quả đánh giá độ ô xy hóa của nguồn nước**

Khu vực /Nguồn	Tổng số	Đạt		Không đạt	
		SL	%	SL	%
<b>1. Đánh giá nguồn nước theo khu vực</b>					
Khu vực I	66	66	100	0	0.00
Khu vực II	133	130	97.7	3	2.7
Khu vực III	221	206	93.2	15	6.8
<b>2. Đánh giá nguồn nước theo nguồn</b>					
Giếng khoan	69	69	100	0	0.00
Giếng đào	85	84	98.8	1	1.2
Nước mặt	252	236	93.7	16	6.8
Khác	14	13	92.9	1	7.7
<b>Tổng</b>	<b>420</b>	<b>402</b>	<b>95.7</b>	<b>18</b>	<b>4.3</b>

Qua kết quả bảng trên cho thấy: Tại khu vực I có kết quả đánh giá độ ô xy hóa là (100%), thấp nhất là khu vực III đạt 93,2%.

Đồng thời, kết quả cũng cho thấy: 100% nguồn nước giếng khoan, kế tiếp là nguồn nước giếng đào (98.8%) có hàm lượng độ ô xy hóa nằm trong giới hạn cho phép, có

tỷ lệ mẫu thử vượt ngưỡng giới hạn cho phép cao nhất là nguồn nước khác (7.7%).

Như vậy có 402/420 mẫu thử nằm trong giới hạn cho phép chiếm tỷ lệ 95.7%; các mẫu thử vượt quá giới hạn cho phép chiếm tỷ lệ (4.3%).

### 3.4. Kết quả đánh giá về vi sinh vật

**Bảng 3.4. Kết quả xét nghiệm Coliform tổng số của nguồn nước**

Khu vực /Nguồn	Tổng số	Đạt		Không đạt	
		SL	%	SL	%
<b>1. Đánh giá nguồn nước theo khu vực</b>					
Khu vực I	66	49	74.2	17	25.8
Khu vực II	133	67	50.4	66	49.6
Khu vực III	221	86	38.9	135	61.1
<b>2. Đánh giá nguồn nước theo nguồn</b>					
Giếng khoan	69	57	82.6	12	17.4
Giếng đào	85	47	55.3	38	44.7
Nước mặt	252	96	38.1	156	61.9
Khác	14	2	14.3	12	85.7
<b>Tổng</b>	<b>420</b>	<b>202</b>	<b>48.1</b>	<b>218</b>	<b>51.9</b>



Qua kết quả bảng trên cho thấy: Tại khu vực I kết quả đánh giá Coliform tổng số nằm trong giới hạn cho phép cao nhất (74.2%), thấp nhất là khu vực III đạt 38,9%. Có 82.6% nguồn nước giếng khoan, kế tiếp là nguồn nước giếng đào (55.3%) có Coliform tổng số nằm trong năm trong giới hạn cho phép, có tỷ lệ mẫu thử vượt ngưỡng

giới hạn cho phép cao nhất là nguồn nước khác (85.7%), kế tiếp là nguồn nước mặt (61.9%).

Như vậy có 202/420 chiếm tỷ lệ 48.1% mẫu thử có Coliform tổng số nằm trong giới hạn cho phép theo QCVN: 02: 2009/BYT các mẫu thử vượt quá giới hạn cho phép tương đối cao chiếm tỷ lệ 51.9%.

**Bảng 3.5. Kết quả xét nghiệm Coliform chịu nhiệt và E.Coli của nguồn nước**

Khu vực /Nguồn	Tổng số	Đạt		Không đạt	
		SL	%	SL	%
<b>1. Đánh giá nguồn nước theo khu vực</b>					
Khu vực I	66	38	57.6	28	42.4
Khu vực II	133	49	36.8	84	63.2
Khu vực III	221	56	25.3	165	74.7
<b>2. Đánh giá nguồn nước theo nguồn</b>					
Giếng khoan	69	49	71.0	20	29.0
Giếng đào	85	41	48.2	44	51.8
Nước mặt	252	53	21.0	199	79.0
Khác	14	0	0.00	14	100
<b>Tổng</b>	<b>420</b>	<b>143</b>	<b>34.0</b>	<b>277</b>	<b>66.0</b>

Qua bảng trên cho thấy: Tại khu vực I kết quả đánh giá Coliform và E.Coli nằm trong giới hạn cho phép cao nhất (57.6%), thấp nhất là khu vực III đạt 25.3%.

Có 71.0% nguồn nước giếng khoan, kế tiếp là nguồn nước giếng đào (48.2%) có Coliform E.Coli nằm trong giới hạn cho phép, có tỷ lệ mẫu thử vượt ngưỡng giới hạn cho phép cao nhất là nguồn nước khác chiếm tỷ lệ 100% kế tiếp là nguồn nước mặt (97%).

Như vậy có 143/420 chiếm tỷ lệ 34.0% mẫu thử có Coliform và E.Coli nằm trong giới hạn cho phép theo QCVN: 02: 2009/BYT có mẫu thử vượt quá giới hạn cho phép cao nhất trong các chỉ tiêu xét nghiệm chiếm tỷ lệ 66.0%.

#### IV. BÀN LUẬN

Chiến lược quốc gia về vấn đề cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường theo Quyết định số 104/2000/QĐ-TTg ngày 25/8/2000 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia về cấp nước sạch và vệ sinh nông thôn đến năm 2020. Với mục tiêu đến năm 2010 cả nước có 85% dân cư nông thôn sử dụng nước hợp vệ sinh, số lượng 60 lít/người/ngày.

Nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng ô nhiễm nước sinh hoạt nông thôn là do trong quá trình sinh hoạt, sản xuất của con người như tình trạng xử lý nước thải trong các nhà máy sản xuất, chế biến, hoặc việc dân cư xả rác, xử lý rác thải không đúng cách, sử dụng nhiều hóa chất, thuốc trừ sâu độc hại... gây ảnh hưởng đến môi trường sinh sống và chất lượng nguồn nước ngầm, nước mưa, ao hồ dùng để sinh hoạt [5],[7].

Việc kiểm tra đánh giá chất lượng nguồn nước là rất cần thiết và luôn được quan tâm nghiên cứu. Đánh giá chung thực trạng chất lượng nước sinh hoạt khu vực nông thôn theo QCVN 02: 2009/BYT [1], trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy:

Nguồn nước theo khu vực: Khu vực I có tỷ lệ nguồn nước nằm trong giới hạn cho phép theo QCVN 02: 2009/BYT mức II chiếm tỷ lệ 57.6%, thấp nhất là khu vực III đạt 24,9%.

Đánh giá nguồn nước theo nguồn: Nguồn nước có tỷ lệ nằm trong giới hạn cho phép theo QCVN 02: 2009/BYT mức II chiếm tỷ lệ cao nhất là nguồn nước giếng khoan chiếm 58.0%; thấp nhất là nguồn khác (100%), kế tiếp là nguồn nước mặt chiếm 72.2%.

Chỉ tiêu xét nghiệm nằm trong giới hạn cho phép theo QCVN 02: 2009/BYT cao nhất là chỉ tiêu về sắt (100%), kế tiếp là mùi vị, độ pH 98.1%, chỉ tiêu nằm trong giới hạn cho phép theo QCVN 02: 2009/BYT thấp nhất là vượt quá giới hạn cho phép cao nhất là Coliform chịu nhiệt và E.Coli (34.0%) tiếp đến là Coliform tổng số 48.1%.

Có 142/420 mẫu thử có tất cả các chỉ tiêu đánh giá nằm trong giới hạn cho phép theo QCVN 02: 2009/BYT mức II chiếm tỷ lệ 33.8%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Huy Nga và cộng sự [3],[4]. Và còn ở mức thấp so với mục tiêu của Chính phủ đến năm 2015 (45%) [ 2].

Trên cơ sở điều tra cho thấy nguồn nước sinh hoạt hộ gia đình nông thôn được đánh giá phần lớn người dân sử dụng nguồn nước mặt bị ô nhiễm chủ yếu là do vi sinh vật mà trực tiếp là nhiễm phân. Tuy nhiên do phụ thuộc vào khá nhiều yếu tố như: Điều kiện tự nhiên, kinh tế xã hội và tập quán sinh hoạt của người dân. Để giải quyết vấn đề trên cần có sự vào cuộc của các cấp, các ngành.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009), “Kỹ thuật xét nghiệm hóa lý nước”, Tài liệu đào tạo liên tục kỹ thuật viên môi trường.
2. Chính phủ (2012), Quyết định số 366/QĐ-TTg ngày 31/3/2013 của Thủ tướng Chính phủ về Phê duyệt Chương trình mục tiêu quốc gia Nước sạch và Vệ sinh môi trường nông thôn giai đoạn 2012 - 2015
3. Nguyễn Huy Nga và cộng sự (2006), Chất lượng nước sinh hoạt ở nông thôn Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Nguyễn Huy Nga và cộng sự (2007), “Đánh giá chất lượng nước sinh hoạt ở nông thôn Việt Nam”, Báo cáo khoa học toàn văn-Hội nghị khoa Y học lao động và Vệ sinh môi trường nhân kỷ niệm 25 năm thành lập Viện, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
5. William P.Cunningham (2003), “Water use and management”, Environmental Science: A global concern, McGraw-Hill, p.430-431.
6. WHO (2008), Safer water, better health, available at <http://www.who.int>, accessed by 05/4/2011.
7. WHO&UNICEF (2010), Progress on sanitation and drinking-water, available at <http://www.unwater.org>, accessed by 05/4/2011.

## V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Có 142/420 mẫu nước đạt tất cả các chỉ tiêu chất lượng, chiếm tỷ lệ 33.8%; còn 278/420 mẫu nước không đạt, chiếm tỷ lệ 66.2%. Trong đó: nguồn nước khu vực I đạt cao nhất chiếm 55.6%; khu vực III đạt thấp nhất, chiếm tỷ lệ 24.9%; nguồn nước giếng khoan có tỷ lệ số mẫu đạt cao nhất 71.0%, nguồn nước mặt đạt 20.6%, còn các nguồn nước khác không đạt (0%).

- Các chỉ tiêu về hóa-lý: Có 388/420 mẫu xét nghiệm đạt chất lượng chiếm tỷ lệ 80.5%, trong đó các chỉ tiêu đạt cao như sắt (100%), mùi vị, độ pH 98.1%, amoni (97.9%), màu sắc (97.6%); chỉ tiêu đạt chất lượng thấp hơn là độ đục chiếm tỷ lệ 93.1% kế tiếp là độ oxy hóa (95.7%)

- Các chỉ tiêu về vi sinh vật: Có 143/420 mẫu xét nghiệm đạt chất lượng chiếm tỷ lệ 34%, chỉ tiêu đạt cao nhất 48.1% về Coliform tổng số, chỉ tiêu thấp nhất là Coliform chịu nhiệt và Ecoli 34%.



# THỰC TRẠNG KHÁM CHỮA BỆNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI 4 XÃ THUỘC HUYỆN KIẾN XƯƠNG TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

Nguyễn Đức Thanh<sup>1</sup>, Nguyễn Hà My<sup>1</sup>, Trần Đình Thoan<sup>1</sup>,  
Nguyễn Văn Tiến<sup>1</sup>, Phan Thu Nga<sup>1</sup>, Ngô Văn Đông<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tình hình khám, chữa bệnh của người cao tuổi tại 4 xã thuộc huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình năm 2017.

**Đối tượng nghiên cứu:** Người cao tuổi đang sinh sống tại địa bàn nghiên cứu.

**Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang có phân tích.

**Kết quả nghiên cứu:** Có 90% người cao tuổi (NCT) bị ốm trong năm qua; số lần ốm trung bình là  $6,1 \pm 4,3$  lần; số lần khám trung bình là  $3,6 \pm 3,4$  lần; Tỷ lệ NCT đến cơ sở y tế để khám, chữa bệnh khi bị ốm là 80,1%; Chi phí trung bình trong đợt điều trị nội trú là  $2.007.370 \pm 3.831.112$  VNĐ; Chi phí trung bình của NCT trong đợt điều trị ngoại trú lần gần đây là  $307.500 \pm 707.559$  VNĐ. NCT có trình độ học vấn trên trung học cơ sở trở lên có xu hướng đến cơ sở y tế khám, chữa bệnh khi bị ốm cao hơn so với NCT có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống.

**Từ khóa:** Khám, chữa bệnh; người cao tuổi; yếu tố liên quan; Thái Bình.

## SUMMARY:

**THE SITUATION AND SOME FACTORS RELATED TO THE MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT OF ELDERLY PEOPLE IN 4 COMMUNES OF KIEN XUONG DISTRICT, THAI BINH PROVINCE IN 2017**

**Objective:** Describe the situation and some factors related to the medical examination and treatment of the elderly in 4 communes of Kien Xuong district, Thai Binh province in 2017.

**Subject:** the elderly age 60 and above are living in the study area.

**Method:** the cross-sectional survey.

**Results:** In the 12 months before the survey time, 90% of the elderly were ill; their average sickness was  $6.1 \pm 4.3$  times; the average number of medical examination was  $3.6 \pm 3.4$  times; the percentage of the elderly going to health facilities for medical examination and treatment was 80.1%; the average cost of inpatient treatment was  $2,007,370 \pm 3,831,112$  VND; the average cost of the elderly during the recent outpatient visit was  $307,500 \pm 707,559$  VND. The elderly in the poor and near poor households tend to be more ill than those with better economic conditions. The elderly with education higher than secondary school tend to go to health facilities for medical examination and treatment when they are sick more than those who have lower education qualification.

**Key words:** Medical examination and treatment; elderly; factors related; Thai Binh.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo dự báo của Liên Hợp quốc, già hóa dân số là một trong những xu hướng dân số quan trọng nhất của thế kỷ 21 [6], [7]. Số liệu thống kê dân số cho thấy Việt Nam đang ở cuối của thời kỳ “quá độ dân số”, so với các nước trong khu vực và trên thế giới, thời gian để Việt Nam chuẩn bị đón nhận già hóa dân số ngắn hơn rất nhiều. Theo số liệu của Tổng cục Thống kê năm 2015, cả nước có khoảng 9,5 triệu người cao tuổi (NCT), chiếm 10,4% dân số. Nhưng dự báo đến năm 2030, tỷ lệ này sẽ tăng lên 18% và đến năm 2050 là hơn 30% [3].

Sự thay đổi về cấu trúc dân số dẫn đến biến đổi về mô hình bệnh tật, trong đó có mô hình bệnh tật của NCT, đặc biệt là của NCT sống ở các vùng nông thôn Việt Nam, theo đó cũng ảnh hưởng đến hành vi khám chữa bệnh của NCT. Hiện nay phần lớn người cao tuổi chưa

1. Khoa Y tế Công cộng, trường Đại học Y Dược Thái Bình.

Tác giả chính: Nguyễn Đức Thanh, sdt: 0912357575, email: bsthanh@hotmail.com

» Ngày nhận bài: 13/12/2017 | » Ngày phản biện: 15/01/2018 | » Ngày duyệt đăng: 03/01/2018

có thói quen đi kiểm tra sức khỏe định kỳ, nhiều người không biết mình có bệnh hoặc biết có bệnh nhưng không tuân thủ theo đúng hướng dẫn điều trị. Việc sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi thường bị hạn chế, đặc biệt là đối với người cao tuổi ở những vùng nông thôn không có thể bảo hiểm y tế.

Huyện Kiến Xương có tỷ lệ người dân tham gia BHYT chiếm 53% [5], nhưng thực trạng NCT tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB ra sao? Nhằm tìm hiểu vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng khám, chữa bệnh của người cao tuổi tại 4 xã thuộc huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình năm 2017.*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan đến thực trạng khám, chữa bệnh của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: 4 xã thuộc huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình, bao gồm: thị trấn Thanh Nê, xã Bình Minh; xã Bình Nguyên, xã Vũ Tây.

- Đối tượng nghiên cứu: Người cao tuổi hiện đang sinh sống tại địa bàn nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 1/2017 – 12/2017

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang có phân tích.

#### 2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

a/ Cỡ mẫu

Thay vào công thức, tính toán được cỡ mẫu là 470 người cao tuổi.

b/ Phương pháp chọn mẫu:

$$+ \text{Chọn xã: } n = Z^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Chọn chủ đích 4 xã theo tiêu chuẩn sau:

- 2 xã đại diện cho khu vực thị trấn, ven thị trấn: Thị trấn Thanh Nê, xã Bình Minh.

- 2 xã đại diện cho khu vực xa thị trấn: xã Bình Nguyên và xã Vũ Tây

+ Chọn người cao tuổi:

Tại mỗi xã được chọn, chúng tôi lập danh sách tất cả các thôn, sau đó tiến hành bốc thăm ngẫu nhiên 1 thôn để bắt đầu điều tra.

Sau đó lập danh sách NCT trong độ tuổi 60 trở lên tại thôn đó. Chọn ngẫu nhiên theo hình thức bốc thăm để phỏng vấn đối tượng đầu tiên của xã. Áp dụng phương pháp “cổng liền cổng” để chọn đối tượng tiếp theo cho đến khi phỏng vấn đủ số đối tượng cho mỗi xã.

### 2.3. Phương pháp thu thập thông tin

- Thông tin được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn thông qua bộ phiếu điều tra. Xây dựng bộ phiếu điều tra, hướng dẫn điều tra phù hợp với mục tiêu nghiên cứu. Bộ câu hỏi này được xây dựng dựa vào mục tiêu nghiên cứu và dựa trên những nội dung qui định về chăm sóc sức khỏe người cao tuổi được ban hành trong Luật Người cao tuổi số 39/2009/QH12.

### 2.4. Các phương pháp hạn chế sai số

Hạn chế bằng cách tổ chức tập huấn kỹ lưỡng, thống nhất cách ghi nhận số liệu cho toàn bộ điều tra viên trước khi tiến hành nghiên cứu. Giám sát quá trình điều tra nghiên cứu. Các phiếu điều tra được làm sạch trước khi nhập vào máy vi tính.

### 2.5. Xử lý số liệu

- Số liệu sau khi điều tra được làm sạch thô và nhập vào máy vi tính bằng phần mềm EPI-DATA, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 22.0 để xử lý với các test thống kê y học, giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

- Kết quả thu được sau khi xử lý số liệu được trình bày dưới dạng các bảng, biểu đồ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thực trạng khám, chữa bệnh của người cao tuổi

*Bảng 3.1. Phân bố giới tính và độ tuổi của người cao tuổi*

Đặc điểm		Số lượng (n= 470)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	183	38,9
	Nữ	287	61,1
Nhóm tuổi	60 – 69	260	55,3
	70 - 74	81	17,2
	75 -79	55	11,7
	≥ 80	74	15,8

Theo kết quả trình bày tại bảng 3.1, có 38,9% NCT trong nghiên cứu là nam và 61,1% NCT là nữ. Có 55,3% NCT ở nhóm 60 – 69 tuổi, ở nhóm tuổi 70 – 74 chiếm 17,2%, ở nhóm tuổi 75 – 79 chiếm 11,7% và 15,8% NCT ở nhóm từ 80 tuổi trở lên.





**Bảng 3.2. Phân bố tình trạng hôn nhân và điều kiện kinh tế của người cao tuổi**

Đặc điểm		Số lượng (n= 470)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	80	17,0
	Có vợ/chồng	341	72,6
	Ly thân/ly dị	1	0,2
	Góa	48	10,2
Điều kiện kinh tế	Nghèo	49	10,4
	Cận nghèo	25	5,3
	Không thuộc 2 diện trên	396	84,3

Về tình trạng hôn nhân của đối tượng, Bảng 3.2 cho thấy số NCT có vợ/chồng là 341 người, chiếm tỷ lệ cao nhất (72,6%). Những NCT độc thân hoặc góa chiếm tỷ lệ ít hơn (17,0% và 10,2% theo thứ tự). Còn trường hợp NCT ly thân/ly dị chỉ chiếm 0,2%. Về điều kiện kinh tế, tỷ lệ NCT thuộc diện hộ nghèo chiếm 10,4% và diện cận nghèo chiếm 5,3%.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ người cao tuổi bị ốm trong 1 năm qua**

Ốm	Nam (n = 183)		Nữ (n = 287)		Chung (n = 470)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	160	87,4	263	91,6	423	90,0
Không	23	12,6	24	8,4	47	10,0

Theo kết quả Bảng 3.3 ta nhận thấy trong 1 năm qua có đến 90,0% NCT có ốm đau, trong đó chiếm 87,4% ở những NCT nam và 91,6% ở những NCT nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Số người cao tuổi không ốm đau trong vòng 1 năm qua chỉ chiếm tỷ lệ 10,0%.

**Bảng 3.4. Tỷ lệ người cao tuổi đi khám, chữa bệnh khi bị ốm**

Nội dung	60 – 74 tuổi (n = 304)		≥ 75 tuổi (n = 119)		Chung (n = 423)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có đi KCB	244	80,3	95	79,8	339	80,1
Tự điều trị	60	19,7	24	20,2	84	19,9

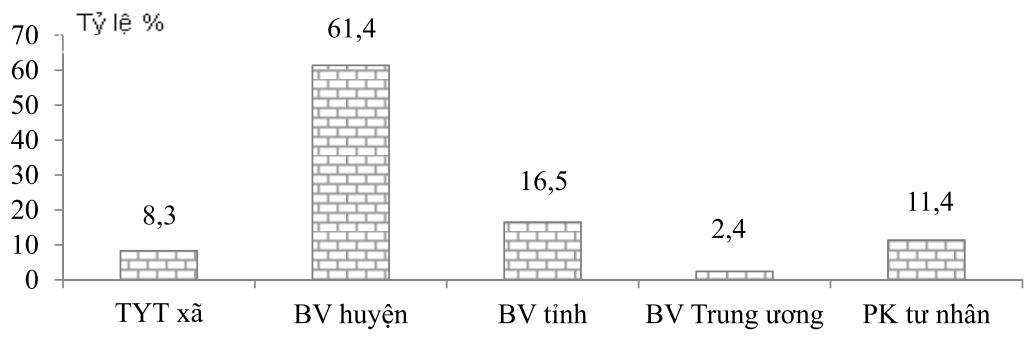
Tỷ lệ NCT có đến cơ sở y tế để khám, chữa bệnh khi bị ốm chiếm 80,1% (trong đó chiếm 80,3% ở nhóm tuổi 60 – 74 và chiếm 79,8% ở nhóm tuổi từ 75 trở lên). Vẫn có 19,9% NCT tự điều trị tại nhà khi bị ốm.

**Bảng 3.5. Số lần bị ốm và khám chữa bệnh trung bình của người cao tuổi trong 1 năm qua (n= 423)**

Nội dung	n	$\bar{X} \pm SD$	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Số lần ốm	423	6,1 ± 4,3	24	1
Số lần KCB	339	3,6 ± 3,4	24	1

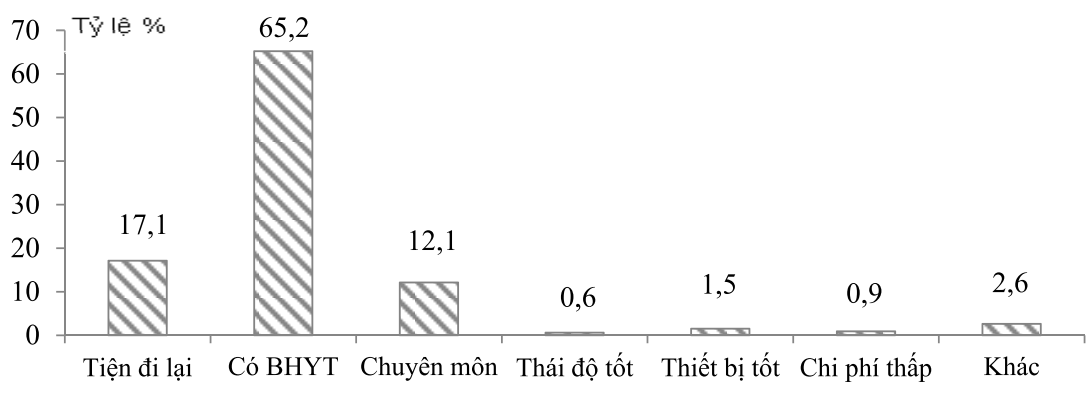
Trong số những đối tượng có ốm trong vòng 1 năm qua thì số lần ốm đau trung bình là 6,1 ± 4,3 lần, nhiều nhất là có NCT ốm 24 lần và ít nhất là 1 lần trong năm qua. Trong số những đối tượng có đến cơ sở y tế để khám, chữa bệnh trong vòng 1 năm qua thì số lần khám trung bình là 3,6 ± 3,4 lần, nhiều nhất là có NCT đi khám 24 lần và ít nhất là 1 lần trong năm qua.

**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các cơ sở y tế người cao tuổi lựa chọn khám chữa bệnh trong lần gần nhất (n = 339)**



Hầu hết NCT chọn các cơ sở y tế công lập để khám chữa bệnh (16,5%), và có 8,3% NCT chọn trạm y tế xã. Chỉ có 2,4% số NCT chọn bệnh viện tuyến trung ương để khám chữa bệnh. Trong đó bệnh viện huyện được lựa chọn nhiều nhất (61,4%), tiếp theo là bệnh viện tuyến tỉnh (11,4%).

**Biểu đồ 3.2. Lý do chọn cơ sở y tế để khám chữa bệnh trong lần gần nhất của người cao tuổi (n = 339)**



Lý do chính NCT chọn CSYT để thăm khám trong lần gần nhất chủ yếu là có BHYT ở cơ sở đó (65,2%); tiếp theo đó là do tiện đi lại (17,1%); cán bộ y tế tại đó có chuyên môn giỏi chiếm 12,1%; do thái độ của cán bộ y tế tốt chỉ chiếm 0,6%.

**Bảng 3.6. Số ngày điều trị nội trú của người cao tuổi lần gần đây**

Số ngày điều trị nội trú	Nam (n = 48)		Nữ (n = 63)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 – 3 ngày	4	8,3	5	7,9
4 – 7 ngày	12	25,0	17	27,0
Trên 7 ngày	32	66,7	41	65,1

Từ bảng 3.6, số ngày nằm viện điều trị nội trú của NCT từ 1-3 ngày chiếm 8,3% ở NCT nam và 7,9% ở NCT nữ; số ngày nằm viện từ 4-7 ngày chiếm 25,0% ở NCT nam và 27,0% ở NCT nữ; số ngày nằm viện trên 7 ngày chiếm 66,7% ở NCT nam và 65,1% ở NCT nữ.

**Bảng 3.7. Chi phí trung bình của người cao tuổi trong đợt điều trị nội trú lần gần đây**

Nội dung	$\bar{X} \pm SD$	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Chi phí trung bình (VNĐ)	2.007.370 ± 3.831.112	30.000.000	0

Ở bảng 3.7, chi phí NCT phải thanh toán cao nhất là 30.000.000 đồng, trung bình là 2.007.370 ± 3.831.112 VNĐ. Có trường hợp không phải chi trả đồng nào.

**Bảng 3.8. Chi phí trung bình của người cao tuổi trong đợt điều trị ngoại trú lần gần đây (n=228)**

Nội dung	$\bar{X} \pm SD$	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Chi phí trung bình (VNĐ)	307.500 ± 707.559	5.000.000	0

Chi phí trung bình của NCT trong đợt khám, chữa bệnh ngoại trú lần gần đây là 307.500 ± 707.559 VNĐ. Cao nhất là 5.000.000 đồng, có trường hợp không phải chi trả đồng nào.

**3. 2. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng khám, chữa bệnh của người cao tuổi**

**Bảng 3.9. Mối liên quan giữa trình độ học vấn và hành vi đến cơ sở y tế khám, chữa bệnh khi bị ốm của người cao tuổi**

Trình độ học vấn	n	Có đi KCB		OR (CI <sub>95%</sub> )	p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Từ THCS trở xuống	373	292	78,3	4,3 (1,3 – 14,3)	<0,05
Trên THCS	50	47	94,0		

Tỷ lệ NCT có đến cơ sở y tế để khám, chữa bệnh khi bị ốm chiếm 78,3% ở nhóm NCT có trình độ từ THCS trở xuống và chiếm 94,0% ở nhóm NCT có trình độ trên

THCS. NCT có trình độ học vấn từ THCS trở lên có xu hướng đến CSYT khám, chữa bệnh khi bị ốm cao hơn so với NCT có trình độ học vấn; p<0,05 và OR= 4,3.

**Bảng 3.10. Hình thức khám, chữa bệnh của người cao tuổi trong lần gần nhất**

Hình thức KCB	60 – 74 tuổi (n = 244)		≥ 75 tuổi (n = 95)		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nội trú	48	35,6	63	30,9	< 0,05
Ngoại trú	87	64,4	141	69,1	

Về hình thức KCB của người cao tuổi, đa phần NCT lựa chọn phương pháp điều trị ngoại trú, chiếm tỷ lệ 64,4% ở độ tuổi từ 60 – 74 và chiếm 69,1% ở nhóm đối tượng từ 75 tuổi trở lên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Thực trạng khám, chữa bệnh của người cao tuổi**

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy NCT nữ chiếm 61,1% và NCT nam là 38,9%. Có 55,3% người cao tuổi ở nhóm 60 – 69 tuổi, ở nhóm tuổi 70 – 74 chiếm 17,2%, ở nhóm tuổi 75 – 79 chiếm 11,7% và 15,8% người cao tuổi ở nhóm từ 80 tuổi trở lên. Tỷ lệ này phân bố khá tương đồng so với các nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của

tác giả Hoàng Trung Kiên, Nguyễn Văn Tiến, và Trần Thị Thu Hà [1], [2], [4].

Từ bảng 3.3 chúng tôi nhận thấy trong 1 năm qua có đến 90,0% NCT có ốm đau, trong đó chiếm 87,4% ở những người cao tuổi nam và 91,6% ở những người cao tuổi nữ. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tiến, chỉ có 31,7% NCT nam và 41,0% NCT nữ có ốm đau. Tỷ lệ người cao tuổi có đến cơ sở y tế để khám, chữa bệnh khi bị ốm chiếm 80,1% (trong đó chiếm 80,3% ở nhóm tuổi 60 – 74 và chiếm 79,8% ở nhóm tuổi từ 75 trở lên). Vẫn có 19,9% người cao tuổi tự điều trị tại nhà khi bị ốm (bảng 3.4). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thu Hà, tỷ lệ NCT có bệnh đi khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế chiếm

88,9% [4].

Khi ốm đau, người cao tuổi đã rất quan tâm tới sức khỏe của mình, kết quả bảng 3.6 cho biết số ngày nằm điều trị nội trú trong lần gần đây của NCT phần lớn trên 7 ngày ở cả 2 giới (66,7% ở NCT nam và 65,1% ở NCT nữ). Chỉ một phần nhỏ NCT nằm viện từ 1-3 (8,3% ở NCT nam và 7,9% ở NCT nữ). Với tỉ lệ mắc bệnh cao, phần lớn là các bệnh mạn tính thì người cao tuổi cần được tư vấn, chỉ định điều trị tại các cơ sở y tế. Điều này chứng tỏ các hộ gia đình đã có sự quan tâm đến chăm sóc sức khỏe cho NCT. Mặt khác vì cơ cấu bệnh tật của người cao tuổi chủ yếu là các bệnh mạn tính và đa bệnh.

Chi phí trung bình của người cao tuổi trong đợt điều trị ngoại trú lần gần đây là  $307.500 \pm 707.559$  VNĐ. Cao nhất là 5,000,000 đồng, có trường hợp không phải chi trả đồng nào, do được BHYT thanh toán 100% chi phí khám, chữa bệnh. Qua những kết quả trên chúng tôi đã nhận thấy được lợi ích từ việc tham gia BHYT. BHYT là hình thức bảo hiểm để chăm sóc sức khỏe cho nhân dân không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và toàn dân tham gia để bảo vệ sức khỏe cho mỗi người khi chẳng may ốm đau, tai nạn, nhằm đảm bảo an sinh xã hội.

#### 4.2. Một số yếu tố liên quan

Theo kết quả ở bảng 3.9, tỷ lệ NCT có đến cơ sở y tế để khám, chữa bệnh khi bị ốm chiếm 78,3% ở nhóm NCT có trình độ từ THCS trở xuống và chiếm 94,0% ở nhóm NCT có trình độ trên THCS. Kết quả này cho thấy những người có trình độ học vấn cao hơn thường đến CSYT để KCB khi bị ốm nhiều hơn. Điều này có thể lý giải do những người có trình độ học vấn cao họ có thể được cung

cấp kiến thức về mức độ nguy hiểm của một số mặt bệnh nếu không được điều trị, đặc biệt là vấn đề tự ý sử dụng thuốc bừa bãi mà không có chỉ định của bác sỹ.

## V. KẾT LUẬN

### \* Thực trạng khám chữa, bệnh của người cao tuổi

- Tỷ lệ NCT đến cơ sở y tế để khám, chữa bệnh khi bị ốm là 80,1%.

- Cơ sở y tế được NCT lựa chọn để khám, chữa bệnh nhiều nhất là bệnh viện đa khoa huyện (61,4%).

- Lý do chính NCT chọn cơ sở y tế để thăm khám trong lần gần nhất chủ yếu là có bảo hiểm y tế ở cơ sở đó (65,2%)

- Số ngày nằm viện điều trị nội trú của NCT phần lớn trên 7 ngày ở cả 2 giới (66,7% với nam và 65,1% với nữ).

### \* Một số yếu tố liên quan đến thực trạng khám, chữa bệnh của người cao tuổi

- NCT có trình độ học vấn trên THCS trở lên có xu hướng đến CSYT khám, chữa bệnh khi bị ốm cao hơn so với NCT có trình độ học vấn từ THCS trở xuống.

## VI. KHUYẾN KHÍCH

- Ngành Y tế và chính quyền địa phương cần hỗ trợ cải thiện cơ sở vật chất, thuốc thiết yếu tại các trạm y tế xã để có thể đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh ban đầu của người cao tuổi tại tuyến xã, giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến trên.

- Ngành Y tế cần có chính sách chăm sóc, hỗ trợ tốt hơn cho người cao tuổi không có người nhà chăm sóc khi điều trị nội trú tại các cơ sở y tế.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Trung Kiên (2013), “Sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại 4 xã huyện Đông Anh, Hà Nội”, Tạp chí Y học Dự phòng. Tập XXIII, (số 7 (143)).
2. Nguyễn Văn Tiến (2014), Sự khác biệt giới về tình hình ốm đau và sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi tại một số xã, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2014 và một số yếu tố ảnh hưởng, Luận văn thạc sỹ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Tổng cục Thống kê (2015), điều tra biến động dân số năm 2015, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.
4. Trần Thị Thu Hà (2011), Tình hình bệnh tật, sự chăm sóc và lựa chọn dịch vụ y tế của người cao tuổi tại 3 xã thuộc huyện Đông Hưng, tỉnh Thái Bình năm 2010, Luận văn BSKC cấp II, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
5. Vũ Ngọc Huyền và Nguyễn Văn Song (2014), “Thực trạng tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện của nông dân tỉnh Thái Bình”, Tạp chí Khoa học và Phát triển, tập 12 (số 6: 853-861 ).
6. United Nations (2015), World Population Ageing, New York.
7. United Nations (2017), World population prospects, the 2017 revision.



# THỰC TRẠNG MỘT SỐ HOẠT ĐỘNG CUNG ỨNG THUỐC TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN NĂM 2016

Trần Thị Bích Hợp<sup>1</sup>, Dương Ngọc Ngà<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Cung ứng thuốc đóng vai trò quan trọng trong hoạt động khám, chữa bệnh tại các bệnh viện. Vì vậy, nghiên cứu một số hoạt động cung ứng thuốc tại Trung tâm Y tế TP Thái Nguyên được thực hiện dựa trên hồi cứu số liệu. Kết quả nghiên cứu cho thấy, năm 2016 có 9 hoạt chất được bổ sung vào danh mục thuốc. Danh mục thuốc bệnh viện có 145 hoạt chất phân thành 19 nhóm tác dụng được lý trong đó chủ yếu là thuốc đơn thành phần với 81,9% và thuốc generic chiếm 93,4%. Tỷ lệ thuốc thiết yếu trong danh mục thuốc là 51,6%, tỷ lệ thuốc sản xuất trong nước chiếm 54,6%. Năm 2016, tổng giá trị tiền thuốc sử dụng của Trung tâm là 7893,1 triệu đồng, tỷ lệ giá trị tiền thuốc biệt dược gốc và thuốc sản xuất ở nước ngoài sử dụng lần lượt là 6,6% và 52,7%. Thuốc tiêm sử dụng với tỷ lệ nhỏ về số lượng 4,5% nhưng giá trị lớn 27,5%. Phân tích cơ cấu thuốc sử dụng theo ABC/VEN cho thấy các thuốc A chiếm tỷ lệ nhỏ 10,3% về số lượng và chiếm tỷ lệ lớn 76,3% về giá trị sử dụng. Thuốc tối cần (nhóm V) chiếm 31,5% về số lượng và 63,3% về giá trị sử dụng. Các thuốc quan trọng nhóm I (AV, BV, CV, AE, AN) chiếm 35,2% về số lượng và 80,8% về giá trị sử dụng.

**Từ khóa:** Cung ứng thuốc, phân tích ABC/VEN, thuốc sử dụng

## ABSTRACT

### THE REALITY OF MEDICINE SUPPLIES AT HEALTH CENTER OF THAI NGUYEN CITY IN 2016

Drug supply plays an important role in medical examination and treatment at hospitals. Therefore, drug supply activities research at Thai Nguyen Health Center was conducted based on retrospective data. The study results showed that 9 substances were added to the list of drugs in 2016. The list of hospital drugs has 145 substances were classified into 19 groups

of pharmacological effects in which mostly single component drugs with 81.9% and generic drugs accounted for 93.4%. The rate of essential drugs in the list was 51.6%, the proportion of domestically manufactured medicines accounted for 54.6%. In 2016, the total value of used drugs in the Center was 7893.1 million VND, the rate of value of original brand-name and foreign manufactured medicines were 6.6% and 52.7%. The quantity of injection medicines accounted for small percentage but the used value was high accounted for 27.5%. ABC/VEN analysis showed that the quantity rate of A drugs was small accounted for 10.3% but the used value rate was large accounted for 76.3%. Drugs in group V were 31.5 % in quantity and 63.3% in used value. Drugs in group I (AV, BV, CV, AE, AN) were 35.2% in quantity and 80.8% in used value.

**Keywords:** Drug supply, ABC/VEN analysis, used drug.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những nhiệm vụ quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng khám chữa bệnh của bệnh viện là vấn đề cung ứng thuốc đầy đủ, kịp thời, có chất lượng. Trong những năm gần đây, thị trường dược phẩm thế giới và trong nước ngày càng được mở rộng với sự đa dạng phong phú cả về chủng loại và số lượng. Vì vậy cung ứng thuốc trong bệnh viện vừa có thêm nhiều thuận lợi vừa phải đối mặt với những thách thức mới. Sự phong phú của thị trường dược phẩm giúp các bệnh viện có cơ hội tiếp cận với những thuốc an toàn, chất lượng, có hiệu quả và kinh tế. Đồng thời sự đa dạng này cũng gây nên những lúng túng và cả tiêu cực trong các hoạt động lựa chọn, mua và sử dụng thuốc tại các bệnh viện. Để nâng cao chất lượng của hoạt động này, các cơ quan quản lý đã ban hành nhiều quy định về lựa chọn, mua, cấp phát và quản lý sử dụng thuốc tại các cơ sở khám, chữa bệnh.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

Tác giả chính Trần Thị Bích Hợp, SĐT: 01292629149

» Ngày nhận bài: 04/12/2017 | » Ngày phản biện: 04/01/2018 | » Ngày duyệt đăng: 24/01/2018

Trung tâm Y tế TP Thái Nguyên là mô hình lồng ghép quản lý 2 phân tuyến chuyên môn kỹ thuật (tuyến 3 và tuyến 4) tương đương bệnh viện hạng III với quy mô 170 giường bệnh. Trung tâm vừa có chức năng dự phòng vừa có chức năng khám, chữa bệnh ban đầu cho người có thẻ bảo hiểm y tế và các đối tượng khác. Với mong muốn tìm hiểu tình hình cung ứng thuốc tại Trung tâm, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu phân tích thực trạng một số hoạt động cung ứng thuốc tại Trung tâm Y tế TP Thái Nguyên năm 2016.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang trên cơ sở sử dụng số liệu hồi cứu trong các báo cáo, sổ sách, hóa đơn chứng từ liên quan đến hoạt động cung ứng thuốc tại Trung tâm Y tế TP Thái Nguyên năm 2016.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Kết quả lựa chọn thuốc vào danh mục thuốc bệnh viện

**Bảng 3.1. Số lượng hoạt chất mới bổ sung năm 2016**

STT	Nhóm	Số lượng
1	Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	2
2	Hocmon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	1
3	Thuốc đường tiêu hóa	1
4	Thuốc chống rối loạn tâm thần	2
5	Khoáng chất và vitamin	1
6	Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	2
	<b>Tổng</b>	<b>9</b>

**Bảng 3.2. Cơ cấu danh mục thuốc theo tác dụng dược lý**

STT	Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	35	30,9
2	Thuốc tim mạch	19	15,9
3	Hocmon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	12	8,6
4	Thuốc giảm đau, hạ sốt; chống viêm không steroid	12	8,6
5	Thuốc đường tiêu hóa	14	7,3
6	Dung dịch điều chỉnh nước, điện giải, cân bằng acid – base và các dung dịch tiêm truyền khác	8	6,0
7	Thuốc chống rối loạn tâm thần	5	3,0
8	Khoáng chất và vitamin	11	5,6
9	Thuốc điều trị đau nửa đầu	1	0,4
10	Thuốc chống co giật, chống động kinh	3	1,7
11	Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	4	3,4
12	Thuốc chống dị ứng và dùng trong các trường hợp quá mẫn	5	2,6
13	Thuốc khác	10	6,0
	<b>Tổng</b>	<b>145</b>	<b>100</b>



**Bảng 3.3. Tỷ lệ thuốc thiết yếu**

STT	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc thiết yếu	175	51,6
2	Thuốc không phải là thuốc thiết yếu	164	48,4
	<b>Tổng số</b>	<b>339</b>	<b>100</b>

**Bảng 3.4. Tỷ lệ thuốc đơn thành phần, đa thành phần**

STT	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc đơn thành phần	308	90,9
2	Thuốc đa thành phần	31	9,1
	<b>Tổng số</b>	<b>339</b>	<b>100,0</b>

Thuốc đơn thành phần gồm 308 khoản mục chiếm tỷ lệ 90,9%.

**Bảng 3.5. Tỷ lệ thuốc sản xuất trong nước**

STT	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Thuốc sản xuất trong nước	185	54,6
2	Thuốc sản xuất ở nước ngoài	154	45,4
	<b>Tổng số</b>	<b>339</b>	<b>100</b>

Thuốc sản xuất trong nước có 185 khoản mục chiếm 54,6%.

**Bảng 3.6. Tỷ lệ thuốc biệt dược gốc**

STT	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ(%)
1	Thuốc biệt dược gốc	37	10,9
2	Thuốc generic	302	89,1
	<b>Tổng số</b>	<b>339</b>	<b>100</b>

Thuốc generic chiếm số lượng lớn trong danh mục gốc chiếm 10,9% với 302 khoản mục, chiếm 89,1%. Có 37 thuốc biệt dược

### 3.2. Phân tích hoạt động sử dụng thuốc

**Bảng 3.7. Giá trị tiêu thụ một số nhóm thuốc tân dược năm 2016**

STT	Nhóm	Khoản mục		Giá trị tiêu thụ	
		Số khoản	Tỷ lệ (%)	Giá trị (Triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	58	30,9	2.353,4	32,0
2	Hocmon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	14	7,4	1.963,6	26,6
3	Thuốc tim mạch	27	14,4	1.777,6	24,1
4	Thuốc giảm đau, hạ sốt; chống viêm không steroid	18	9,6	732,7	10,0
5	Thuốc đường tiêu hóa	15	8,0	114,5	1,6
6	Thuốc khác	56	29,7	416,3	5,7
	<b>Tổng</b>	<b>188</b>	<b>100</b>	<b>7358,1</b>	<b>100</b>

Nhóm thuốc sử dụng nhiều nhất là thuốc điều trị hormon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết 26,7% ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn (32%). Tiếp theo là và thuốc tim mạch (24,1%).

**Bảng 3.8. Giá trị sử dụng thuốc biệt dược**

STT	Cơ cấu thuốc	Số lượng thuốc sử dụng (Tính theo ĐV đóng gói nhỏ nhất)		Giá trị sử dụng (Triệu đồng)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	SL	TL(%)
1	Thuốc biệt dược gốc	168 470	4,5	518,9	6,6
2	Thuốc generic	3 594 359	95,5	7 374,2	93,4
<b>Tổng số</b>		<b>3 762 829</b>	<b>100</b>	<b>7 893,1</b>	<b>100</b>

**Bảng 3.9. Giá trị sử dụng thuốc sản xuất ở nước ngoài**

STT	Cơ cấu thuốc	Số lượng thuốc sử dụng (Tính theo ĐV đóng gói nhỏ nhất)		Giá trị sử dụng (Triệu đồng)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc sản xuất trong nước	2 515 467	66,9	3 732,7	47,3
2	Thuốc sản xuất ở nước ngoài	1 247 362	33,1	4 160,4	52,7
<b>Tổng số</b>		<b>3 762 829</b>	<b>100</b>	<b>7 893,1</b>	<b>100</b>

Thuốc sản xuất trong nước được sử dụng với số với số lượng thuốc sản xuất ở nước ngoài nhưng giá trị sử dụng (tính theo đơn vị đóng gói nhỏ nhất) cao gấp đôi so dụng chỉ chiếm 47,3%.

**Bảng 3.10 Giá trị sử dụng thuốc tiêm**

STT	Cơ cấu thuốc	Số lượng thuốc sử dụng (Tính theo ĐV đóng gói nhỏ nhất)		Giá trị sử dụng (Triệu đồng)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc uống	3 586 334	95,3	5 667,2	71,8
2	Thuốc tiêm	170 201	4,5	2 170,1	27,5
3	Thuốc khác	6 294	0,2	55,8	0,7
<b>Tổng số</b>		<b>3 762 829</b>	<b>100</b>	<b>7 893,1</b>	<b>100</b>

Thuốc dùng đường uống được sử dụng với số lượng sử dụng 4,5% số đơn vị đóng gói nhỏ nhất nhưng giá trị rất lớn chiếm 95,3% nhưng giá trị sử dụng chỉ chiếm sử dụng chiếm 27,5%. Trong khi đó thuốc tiêm- tiêm truyền mặc dù chỉ 71,8%.

**Bảng 3.11. Cơ cấu thuốc sử dụng theo phân hạng ABC**

Hạng	Khoản mục		Chi phí	
	Số khoản mục	Tỷ lệ (%)	Giá trị (Triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
<b>A</b>	25	10,3	6 019,1	76,3
<b>B</b>	30	14,1	1 155,2	14,6
<b>C</b>	158	74,2	718,8	9,1
<b>Tổng</b>	<b>213</b>	<b>100</b>	<b>7 893,1</b>	<b>100</b>





Tổng số 213 thuốc được phân tích ABC. Thuốc hạng A có 25 khoản mục chiếm 10,3% về số lượng khoản mục nhưng chiếm đến 76,3% về giá trị tiêu thụ. Thuốc hạng B có 30 khoản

mục chiếm 14,1% về số lượng mặt hàng và chiếm 14,6% về giá trị sử dụng. 158 thuốc hạng C chỉ chiếm 9,1% về giá trị tiêu thụ nhưng chiếm 74,2% về số lượng khoản mục.

**Bảng 3.12. Cơ cấu thuốc sử dụng qua VEN**

Loại	Khoản mục		Chi phí	
	Số khoản mục	Tỷ lệ (%)	Giá trị (Triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
V	67	31,5	4 992,9	63,3
E	103	48,4	1 870,8	23,7
N	43	20,1	1 029,2	13,0
<b>Tổng</b>	<b>213</b>	<b>100</b>	<b>7 893,1</b>	<b>100</b>

Nhóm thuốc thiết yếu (nhóm E) có số loại thuốc cao nhất với 103 thuốc chiếm 48,4% về số lượng và 23,7% về giá trị. Nhóm thuốc có giá trị sử dụng cao nhất là thuốc tối cần (nhóm V), 63,3% về giá trị và 31,5% về

số lượng. Nhóm thuốc N là thuốc không cần thiết trong điều trị, số loại thuốc có 43 khoản mục chiếm 20,1%, với giá trị sử dụng nhỏ nhất chiếm 13% tổng giá trị sử dụng thuốc.

**Bảng 3.13. Phân tích ma trận ABC/VEN**

Loại	V		E		N	
	Kết hợp	Số lượng	Kết hợp	Số lượng	Kết hợp	Số lượng
A	AV	17	AE	6	AN	2
B	BV	17	BE	11	BN	2
C	CV	33	CE	86	CN	39
<b>Tổng số</b>		<b>67</b>		<b>103</b>		<b>43</b>

Loại I: AV+BV+CV+AE+AN=75 sản phẩm chiếm tỷ lệ 35,2% về số lượng khoản mục. Loại II: BE+CE+

BN= 99 sản phẩm chiếm 46,5% về số lượng mặt hàng. Các thuốc loại III: CN = 39 sản phẩm chiếm 18,3%.

**Bảng 3.14. Giá trị sử dụng các loại thuốc theo ma trận ABC/VEN**

Loại	Số lượng mặt hàng		Chi phí	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Giá trị (Triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
Loại I	75	35,2	6 378,4	80,8
Loại II	99	46,5	950,7	12,0
Loại III	39	18,3	567	7,2
<b>Tổng số</b>	<b>213</b>	<b>100</b>	<b>7893,1</b>	<b>100</b>

Các thuốc loại I chiếm 35,2% về số lượng và 80,8% về giá trị sử dụng. Các thuốc loại II chiếm tỷ lệ cao nhất về số lượng sử dụng (46,5%) và đứng thứ hai về giá trị sử dụng với 12,0%.

thành phố Thái Nguyên đã bổ sung 9 hoạt chất vào danh mục, thuộc 6 nhóm tác dụng dược lý. Danh mục thuốc năm 2016 gồm 145 hoạt chất chia thành 19 nhóm tác dụng dược lý. Trong đó, nhóm thuốc có số lượng hoạt chất lớn nhất là nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn với 30,9%. Danh mục thuốc của trung tâm năm 2016 chủ yếu là thuốc đơn thành phần với tỷ lệ 90,9%. Các thuốc đa thành phần chiếm tỷ lệ nhỏ và hầu hết đều là các thuốc được chứng minh lợi thế về hiệu quả điều trị

#### IV. BÀN LUẬN

##### Về kết quả lựa chọn thuốc vào danh mục thuốc bệnh viện

Kết quả phân tích cho thấy năm 2016, Trung tâm Y tế

và thuận tiện trong sử dụng. Tỷ lệ thuốc generic chiếm tỷ lệ lớn trong danh mục 81,9% cho thấy trung tâm đã thực hiện tốt quy định của Bộ Y tế nhằm giảm chi phí điều trị. Tuy nhiên, với đặc trưng về mô hình bệnh tật và tuyến điều trị của trung tâm chủ yếu chăm sóc sức khỏe ban đầu và các bệnh nhẹ thì tỷ lệ thuốc thiết yếu và thuốc sản xuất trong nước chưa cao, chỉ đạt 51,6 % và 54,6%.

#### VỀ HOẠT ĐỘNG SỬ DỤNG THUỐC

Tổng kinh phí sử dụng thuốc tại trung tâm năm 2016 là 7893,1 triệu đồng, trong đó kinh phí sử dụng thuốc tân được là 7358,1 triệu đồng. 58 khoản mục thuộc nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn được sử dụng với giá trị sử dụng lớn nhất chiếm 32,0%. Vấn đề của trung tâm là cần đánh giá lại hoạt động kê đơn và sử dụng kháng sinh nhằm ngăn ngừa nguy cơ lạm dụng kháng sinh và tình trạng vi khuẩn kháng kháng sinh trong bệnh viện và trong cộng đồng. Bên cạnh đó, nhóm thuốc hocmon, thuốc tác động vào hệ thống nội tiết, thuốc tim mạch và thuốc giảm đau hạ sốt chống viêm không steroid cũng được sử dụng với số lượng và giá trị lớn do trung tâm có nhiệm vụ khám chữa bệnh cho phần lớn bệnh nhân cao huyết áp, tiểu đường có thể bảo hiểm y tế trên địa bàn thành phố. Các thuốc biệt dược gốc đã có đầy đủ các số liệu về chất lượng, an toàn và hiệu quả được Bộ Y tế ban hành trong “danh mục thuốc biệt dược gốc” có vai trò nhất định trong điều trị. Mô hình bệnh tật của trung tâm chủ yếu là các bệnh nhẹ nhưng trong một số trường hợp cán bộ y tế vẫn có thể cân nhắc sử dụng thuốc biệt dược gốc để đảm bảo hiệu quả điều trị. Vì vậy, tỷ lệ thuốc biệt dược gốc được sử dụng chiếm tỷ lệ nhỏ 6,6%. Song song với việc ưu tiên sử dụng thuốc generic, trung tâm cũng sử dụng phần lớn thuốc sản xuất trong nước nhằm giảm chi phí điều trị. Tuy nhiên do các thuốc sản xuất trong nước có giá thành thấp nên mặc dù số lượng sử dụng lớn nhưng giá

trị thuốc sản xuất trong nước sử dụng chỉ đạt 47,3%. Một vấn đề đáng quan tâm nữa là dạng thuốc tiêm-tiêm truyền được khuyến cáo chỉ sử dụng trong các trường hợp cần thiết, tại trung tâm chỉ sử dụng với số lượng nhỏ nhưng giá trị rất lớn chiếm 27,5%. Phân tích ABC/VEN cho thấy các thuốc tối cần và thuốc thiết yếu chiếm tỷ lệ lớn về số lượng mặt hàng cũng như về giá trị sử dụng nhưng các thuốc không thiết yếu cũng có giá trị sử dụng tương đối cao tới 13,0%. Các thuốc nhóm A chiếm tỷ lệ lớn về kinh phí (gần 76,3%) nhưng chỉ chiếm hơn 10,3% về số lượng. Trong số 25 thuốc nhóm A, chủ yếu là thuốc tối cần (V), có 6 thuốc thiết yếu (E) và có 2 thuốc không thiết yếu (N). Các thuốc loại I = AV+AE+AN+BV+CV chiếm hơn 80% về giá trị sử dụng. Tuy nhiên, giá trị sử dụng thuốc loại III (CN) tại Trung tâm khá cao, chiếm 7,2%. Thuốc AN có giá trị sử dụng cao nhất là Katripsin 4,2mg với 4,5% và Độc hoạt tang ký sinh chiếm 2% tổng giá trị sử dụng. Trung tâm cần nghiên cứu lại việc sử dụng các thuốc không thiết yếu (N) để loại khỏi danh mục, giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

#### V. KẾT LUẬN

Danh mục thuốc bệnh viện có 145 hoạt chất với 19 nhóm tác dụng dược lý, thuốc đơn thành phần 81,9%, thuốc generic chiếm 93,4%. Tỷ lệ thuốc thiết yếu 51,6%, thuốc sản xuất trong nước chiếm 54,6%. Tổng giá trị tiền thuốc năm 2016 là 7893,1 triệu đồng, thuốc biệt dược gốc và thuốc sản xuất ở nước ngoài là 6,6% và 52,7%, thuốc tiêm 27,5%. Phân tích cơ cấu thuốc sử dụng theo ABC/VEN cho thấy các thuốc A chiếm tỷ lệ 10,3% về số lượng và chiếm tỷ lệ 76,3% về giá trị sử dụng. Thuốc tối cần (nhóm V) chiếm 31,5% về số lượng và 63,3% về giá trị sử dụng. Các thuốc quan trọng nhóm I (AV, BV, CV, AE, AN) chiếm 35,2% về số lượng và 80,8% về giá trị sử dụng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (2013), Thông tư 21/2013/TT-BYT quy định tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện.
2. Vũ Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Bình(2011), Đánh giá hoạt động xây dựng danh mục thuốc của Bệnh viện E năm 2009, Tạp chí Dược học 12/2011.
3. Hà Văn Thúy, Nguyễn Anh Phương, Lê Thu Thủy (2017) Phân tích cơ cấu thuốc sử dụng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2014, Tạp chí Dược học số 7/2017.
4. Jonathan.D.Quick, James.R.Rankin and others authors, Managing drug supply, Kumarian press, (2010).
5. WHO (2007) Drug and therapeutics committee training course.

# THỰC TRẠNG TỔ CHỨC MẠNG LƯỚI VÀ PHỐI HỢP LIÊN NGÀNH TRONG CUNG ỨNG DỊCH VỤ Y TẾ TẠI CÁC HUYỆN ĐẢO VÀ ĐỀ XUẤT CÁC GIẢI PHÁP CHÍNH SÁCH

Phạm Lê Tuấn<sup>1</sup>, Khương Anh Tuấn<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Minh Hiếu<sup>2</sup>, Mai Xuân Thu<sup>2</sup>, Nguyễn Công Sinh<sup>3</sup>, Phạm Quang Huy<sup>3</sup>, Dương Đức Thiện<sup>3</sup>, Trịnh Ngọc Thành<sup>2</sup>

## TÓM TẮT:

Nhằm cung cấp bằng chứng giúp xác định ưu tiên đầu tư và lựa chọn mô hình cung ứng dịch vụ y tế phù hợp với điều kiện của khu vực biển, đảo, năm 2016, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã triển khai nghiên cứu “Thực trạng và đề xuất các giải pháp xây dựng mô hình cung ứng dịch vụ y tế cho khu vực biển, đảo giai đoạn 2015-2020”. Nghiên cứu thực hiện điều tra cắt ngang phân tích số liệu thống kê của huyện, xã đảo trên toàn quốc và khảo sát thực địa tại 6 huyện và 12 xã đảo. Kết quả nghiên cứu cho thấy cản trở lớn nhất là mô hình tổ chức, chức năng nhiệm vụ của các đơn vị y tế trên đảo chưa phù hợp với thực tế nhu cầu CSSK nhân dân và yêu cầu chuyên môn đặc thù. Sự phối hợp liên ngành trong CSSK nhân dân ở khu vực biển đảo chủ yếu là giữa y tế địa phương và quân y, chưa huy động được nguồn lực từ các ban ngành khác. Giải pháp đề xuất: (1) Xây dựng quy định về tổ chức, chức năng nhiệm vụ, cơ chế phối hợp liên ngành; (2) Chú trọng đào tạo nhân lực theo hướng đa khoa hóa và đầu tư nguồn lực phù hợp với mô hình bệnh tật và điều kiện đặc thù biển, đảo.

**Từ khóa:** Tổ chức, mạng lưới, y tế, biển, đảo.

## ABSTRACT:

**THE SITUATION OF ORGANIZATIONAL NETWORK AND INTERDISCIPLINARY COLLABORATION IN HEALTH CARE DELIVERY IN ISLAND DISTRICTS AND PROPOSALS FOR POLICY SOLUTIONS**

In order to provide the evidence to prioritize the investment and to select the model of health care delivery in accordance with the condition of the sea and island area, in 2016, Health Strategy and Policy Institute has

implemented the study “The situation and proposed solutions to develop the model of health care delivery for the sea and island area in the period of 2015 – 2020”. A cross sectional survey was conducted to analyze the statistical data of island districts and communes in the whole country and to conduct field survey in 6 island districts and 12 island communes. Results show that the biggest obstacle is the organizational structure, functions and duties of health facilities on the islands to be not suitable with the reality of people’s health care needs and specific professional requirements. Interdisciplinary collaboration in health care for people living in the sea and island area is mainly between local health and military health, and available resources from others have not been mobilized. Proposed solutions are: (1) To develop the regulations on the organizational structure, functions and duties, and interdisciplinary collaboration mechanism; (2) To train human resources in the direction of multiplying and to invest the resources to response with disease patterns and specific conditions in the sea and island area.

**Key words:** Organization, network, health, sea, island.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thực hiện Quyết định số 317/2013/QĐ-TTg về Đề án “Phát triển y tế biển, đảo Việt Nam đến năm 2020”, Bộ Y tế đã xây dựng kế hoạch củng cố tổ chức mạng lưới, tăng cường phối hợp liên ngành, tập trung đầu tư nguồn lực để nâng cao chất lượng cung ứng dịch vụ dự phòng và khám chữa bệnh tại các đảo. Để cung cấp thông tin làm cơ sở xác định ưu tiên đầu tư và lựa chọn mô hình tổ chức phù hợp với điều kiện của các đảo, năm 2016, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã thực hiện “Nghiên cứu thực trạng và đề xuất các giải pháp xây dựng mô hình cung ứng dịch

1. Bộ Y tế
2. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế
3. Vụ Kế hoạch – Tài chính, Bộ Y tế

» Ngày nhận bài: 10/01/2018 | » Ngày phản biện: 25/01/2018 | » Ngày duyệt đăng: 10/02/2018

vụ y tế cho khu vực biển, đảo giai đoạn 2015-2020”. Bài báo này tập trung phân tích thực trạng và thách thức liên quan đến mô hình tổ chức và phối hợp liên ngành, nhằm đề xuất giải pháp góp phần nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ y tế cho khu vực biển, đảo.

**II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Thiết kế nghiên cứu là mô tả cắt ngang. Thông tin định lượng về tổ chức và hoạt động y tế ở khu vực các huyện đảo được thu thập qua biểu mẫu tại 10 huyện đảo (trừ Hoàng Sa và Trường Sa trực thuộc Bộ Quốc phòng) và 57 xã đảo trên toàn quốc. Nghiên cứu khảo sát thực tế tại 6 huyện và 12 xã đảo đại diện cho 3 ngư trường lớn của Việt Nam. Đối tượng nghiên cứu gồm các cán bộ quản lý; lãnh đạo đơn vị, phụ trách các khoa phòng và cán bộ trực tiếp làm chuyên môn tại các đơn vị y tế tuyến huyện, xã. Thông tin thu thập được gồm có: số liệu về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực, dịch vụ y tế (biểu mẫu thống kê), số liệu về năng lực cung ứng dịch vụ, nhu cầu đào tạo của của cán bộ y tế (phỏng vấn bằng bảng hỏi) và số liệu định tính (phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm).

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

**3.1. Thực trạng tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế tại huyện, xã đảo**

Tại huyện đảo, xã đảo, tương tự như đất liền, mô hình tổ chức đơn vị y tế được thành lập dựa trên đơn vị hành chính, tức là cứ đơn vị hành chính cấp huyện thì thành lập trung tâm y tế (TTYT)/bệnh viện huyện còn đơn vị hành chính cấp xã thì thành lập trạm y tế (TYT). Tuy nhiên, ở khu vực biển, đảo các hoạt động CSSK nhân dân luôn có sự kết hợp chặt chẽ giữa y tế địa phương và lực lượng

quân y. Đây là sự khác biệt chính của mô hình y tế khu vực này với đất liền. Với những đảo đông dân cư, tuyến huyện thường tổ chức TTYT/bệnh viện quân dân y kết hợp (QDYKH) (Bảng 1) và tuyến xã là Phòng khám/TYT QDYKH. Ở những khu vực đảo xa ít dân cư thì lực lượng quân y chịu trách nhiệm hoàn toàn trong việc khám chữa bệnh cho nhân dân.

Tại tuyến huyện, 6 huyện đảo tổ chức TTYT thực hiện 2 chức năng dự phòng và khám chữa bệnh như Thông tư 37/2016/TT-BYT hướng dẫn và có QDYKH (Cô Tô, Bạch Long Vĩ, Côn Cỏ, Lý Sơn, Phú Quý, Côn Đảo.); 2 TTYT 2 chức năng và không có QDYKH (Vân Đồn, Kiên Hải); 2 huyện đảo tổ chức bệnh viện tách riêng TTYT và không có QDYKH (Cát Hải, Phú Quốc). Việc sáp nhập đã giải quyết được một phần tình trạng thiếu nhân lực và chùng chéo trong quản lý trạm y tế. Tuy nhiên, theo đánh giá của các đơn vị, việc sáp nhập mới mang tính chất cơ học, chưa phát huy được mối liên kết, hỗ trợ giữa dự phòng và điều trị. Khác với đất liền, việc cung ứng dịch vụ y tế tại các đảo thường có đặc điểm đặc biệt phụ thuộc vào thời tiết, tần suất thấp khi thời tiết tốt, tần suất cao khi thời tiết xấu, khi có thiên tai không thể chuyển tuyến hoặc nhận được sự hỗ trợ của đất liền thì các đơn vị, thậm chí từng cán bộ phải thực hiện nhiều kỹ thuật ngoài chuyên môn hoặc vượt tuyến. Để đáp ứng được việc cung ứng dịch vụ tại đảo, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến cáo cần đa khoa hóa trong cung ứng dịch vụ y tế, tức là tất cả các cơ sở y tế, cán bộ y tế phải có năng lực cung ứng nhiều loại hình dịch vụ cả dự phòng, cấp cứu và khám chữa bệnh. Đây là giải pháp hàng đầu và đã được nhiều quốc gia áp dụng có hiệu quả.

**Bảng 1. Cơ cấu khoa khám chữa bệnh của TTYT huyện đảo**

STT	Tiêu chí về cơ cấu	Số lượng (n = 10)
1	TTYT có đầy đủ các <b>khoa điều trị</b> theo Thông tư 37/2016/TT-BYT*	3 (Phú Quý, Phú Quốc, Vân Đồn)
2	TTYT có đầy đủ các <b>khoa dự phòng</b> theo Thông tư 37/2016/TT-BYT	2 (Cát Hải, Phú Quốc)
3	<b>Tổ chức khối Nội, Nhi, Truyền nhiễm</b>	
	TTYT/BV huyện có khoa Nội và Nhi riêng	03
	TTYT/ BV có liên khoa Nội–Nhi/Nội–Nhi–Nhiễm	05
4	<b>Tổ chức khối Ngoại, Sản, Hồi sức cấp cứu (HSCC)</b>	
	TTYT/BV huyện có khoa Ngoại và Sản riêng	05
	TTYT/ BV có liên khoa khoa Ngoại – Sản	03



5	<b>Tổ chức khoa Hồi sức cấp cứu (HSCC)</b>	
	TTYT/BV huyện có khoa HSCC riêng	03
	TTYT/ BV có Bộ phận HSCC trong khoa khác	05
6	<b>Tổ chức khối cận lâm sàng</b>	
	TTYT/BV huyện có khoa Xét nghiệm và Chẩn đoán hình ảnh riêng	01
	TTYT/BV huyện có liên khoa Xét nghiệm- Chẩn đoán hình ảnh	07
7	<b>Tổ chức khối dự phòng</b>	
	TTYT có tách riêng các khoa dự phòng	2
	TTYT tổ chức liên khoa dự phòng	6

*\*Bao gồm cả khoa Sản*

Khảo sát về thực trạng tổ chức khoa chuyên môn trong TTYT/BV huyện cho thấy chỉ có 2 đảo Côn Cỏ và Bạch Long Vỹ vì diện tích đảo nhỏ, dân cư rất ít và chưa đủ nhân lực nên không thực hiện chia tách các khoa. Tám huyện đảo còn lại đã tổ chức chia tách các khoa chuyên môn. So sánh với Thông tư 37/2016/TT-BYT, cả 8 huyện đảo đã có đủ các chuyên khoa chính (Nội, Ngoại, Sản, Nhi, HSCC), nhưng chỉ có 3 đơn vị có khoa Y học cổ truyền và Liên chuyên khoa lẻ đúng như quy định. Trong đó, các TTYT thường tổ chức khoa Ngoại và Sản riêng, còn khối Nội, Nhi, Nhiễm, Hồi sức cấp cứu (HSCC) và khoa Xét nghiệm, khoa Chẩn đoán Hình ảnh thì tổ chức liên khoa (Bảng 2). Thực hiện nhiệm vụ dự phòng, chỉ có 2 huyện đảo có TTYT tách khỏi bệnh viện là Cát Hải và Phú Quốc có tổ chức các khoa đúng như Thông tư 37/2016/TT-BYT quy định. Sáu huyện đảo còn lại là mô hình Đội Y tế dự phòng. Qua tổng hợp ý kiến và tổng quan kinh nghiệm quốc tế cho thấy việc chia tách quá nhiều lĩnh vực chuyên sâu sẽ đi ngược lại nguyên tắc đa khoa hóa, dẫn đến bất cập trong cung ứng dịch vụ ở khu vực biển, đảo. Cụ thể là, do tần suất sử dụng dịch vụ của người dân hàng ngày không cao nên các khoa thường không đủ mặt bệnh để thực hiện kỹ thuật thường

xuyên nhằm nâng cao năng lực, nhưng ngược lại khi cần triển khai nhiều kỹ thuật thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau trong trường hợp thiên tai cũng không thể thực hiện được, do cán bộ không được đào tạo và thực hành. Các ý kiến khuyến nghị về mô hình tổ chức tại các huyện đảo tập trung chính vào 2 vấn đề:

- Cần có những quy định về mô hình tổ chức đặc thù riêng như được đầu tư và thực hiện các kỹ thuật chuyên môn như bệnh viện hạng 2, nhưng được tổ chức liên khoa/ chuyên khoa (khoa y học biển,...), được thành lập thêm hoặc bỏ bớt khoa để sử dụng hiệu quả nguồn nhân lực và theo nhu cầu, mô hình bệnh tật của đảo.

- Cán bộ được đào tạo và được thực hành đa khoa, có hành lang pháp lý bảo vệ khi thực hiện các kỹ thuật ngoài chuyên môn trong điều kiện bất khả kháng.

Tại tuyến xã, hiện nay 100% các xã đảo đã có TYT xã. Trong số 57 xã đảo thì có 13 TYT là mô hình QDYKH, thường ở các xã xa bờ và ít dân. Việc đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực cho TYT xã đảo so với toàn quốc là khá tốt. Năm 2016, tỷ lệ các TYT xã đảo đạt chuẩn y tế quốc gia 96,4%. Tỷ lệ TYT có bác sĩ cũng đạt tỷ lệ cao chiếm trên 82%. Tỷ lệ TYT có nữ hộ sinh đạt trên 73% (Bảng 3). So sánh với các chỉ tiêu tương ứng trên toàn quốc các chỉ số này ở xã đảo đều cao hơn.

**Bảng 2. Tổng hợp số lượng TYT xã theo chức danh chuyên môn**

Chỉ tiêu	Xã đảo thuộc huyện đảo		Xã đảo thuộc huyện ven bờ		Tổng cộng	
	n = 35	%	n = 22	%	n = 57	%
Số xã có bác sỹ	28	80,0	19	86,36	47	82,5
Số xã có y sỹ đa khoa/sản nhi/YHCT	33	94,3	21	95,45	54	94,7
Số xã có cán bộ dược	18	51,4	17	77,27	35	61,4
Số xã có điều dưỡng	30	85,7	14	63,64	44	77,2
Số xã có nữ hộ sinh	25	71,4	17	77,27	42	73,7
Số xã có KTV xét nghiệm	1	2,9	1	4,55	2	3,5

Tuy nhiên, việc tổ chức TYT theo đơn vị hành chính chưa tính đến yếu tố đặc thù nên cũng có nhiều bất cập. Qua khảo sát thực tế, rất nhiều xã đảo nằm trên đảo trung tâm khoảng cách gần TTYT huyện, nhiều xã đảo ven bờ nhưng dễ dàng tiếp cận đất liền nên trong điều kiện thời tiết bình thường hầu như không có bệnh nhân nhưng vẫn tổ chức nhân lực và đầu tư trang thiết bị đầy đủ như các trạm y tế khác. Trong khi đó, khi có tình huống khẩn cấp, các TYT đều phải yêu cầu hỗ trợ từ TTYT. Theo số liệu thống kê, chỉ có 45,61% các xã đảo trên toàn quốc xã có thuyền (có sẵn/thuê) tại chỗ, không có xã nào được trang bị bộ đàm để liên lạc trên biển. Khả năng thực hiện một số kỹ thuật tối cần thiết của tuyến xã chỉ chiếm 50-60% theo phân tuyến. Tổng quan kinh nghiệm tổ chức y tế tuyến xã tại đảo, một số nước như Phillipines, Malaysia thường chỉ tổ chức đội y tế được trang bị phương tiện sơ cấp cứu ban đầu với nhiệm vụ chính là thực hiện công tác dự phòng, tiêm chủng và sơ cấp cứu ban đầu. Nhưng điều kiện kèm theo của mô hình này là sự sẵn có và phát triển của mạng lưới vận chuyển và tiếp nhận cấp cứu để hỗ trợ việc chuyên tuyến và xử trí kịp thời người bệnh. Tổng hợp các đề xuất về mô hình TYT xã đảo, nhiều ý kiến cho rằng, với những xã đảo gần bờ hoặc nằm cùng đảo với TTYT huyện thì chỉ cần thực hiện chức năng dự phòng và sơ cấp cứu ban đầu còn đối với những xã đảo xa bờ hoặc xã đảo độc lập xa đảo chính thì cần có quy định, đầu tư nâng cao năng lực để thực hiện các dịch vụ mở rộng và thậm chí được điều trị nội trú.

### 3.2. Thực trạng tổ phối hợp liên ngành trong cung ứng dịch vụ y tế tại huyện, xã đảo

Tuy có nhiều cơ sở y tế của các ngành khác nhau như Quân đội, Dầu khí, Giao thông,... với tiềm năng cung cấp dịch vụ y tế tốt cho người dân ở khu vực biển đảo, nhưng thực tế khảo sát cho thấy hiện nay chỉ có sự phối hợp giữa ngành Y tế và quân đội là có quy định về mô hình, cơ chế phối hợp, với sự tổ chức xuyên suốt từ trung ương tới tận tuyến cơ sở.

#### \* Phối kết hợp với quân y

Qua khảo sát thực tế, mô hình QDYKH vẫn còn một số bất cập làm hạn chế hiệu quả của mô hình, cụ thể là:

- Thiếu văn bản quy định và hướng dẫn cụ thể về hình thức tổ chức, sử dụng và điều động nhân lực chuyên môn làm việc trong các đơn vị QDYKH, đặc biệt là đối với cán bộ quân y, dẫn đến việc các đơn vị QDYKH bị động trong bố trí nhân lực.

- Thiếu các văn bản quy định cụ thể về huy động, sử dụng cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, sử dụng thuốc hỗ trợ nhau giữa hai bên.

- Chính sách về chế độ phụ cấp cho cán bộ của quân đội và y tế không giống nhau, mặc dù chức trách, nhiệm vụ tương tự nhau trong cùng đơn vị.

#### \* Sự phối hợp với y tế các ngành khác

Ngành Giao thông vận tải, Dầu khí, Nông nghiệp và Phát triển nông thôn đều tổ chức được hệ thống Y tế riêng phục vụ cán bộ, công nhân viên của các ngành đang làm việc ở khu vực biển đảo, đã góp phần thực hiện công tác CSSK người dân khu vực biển đảo. Tuy nhiên, hiện nay chưa có văn bản nào quy định, hướng dẫn về cùng phối hợp giữa các bên trong công tác CSSK người dân khu vực biển, đảo. Các Sở Y tế, TTYT huyện của các tỉnh được khảo sát đều cho biết không có các hoạt động phối hợp chính thức giữa ngành Y tế và y tế các ngành khác (ngoài Quân y) đóng trên địa bàn.

## IV. KẾT LUẬN

- Mạng lưới y tế đã bao phủ hầu hết các đảo có người ở và được tổ chức đầy đủ theo mô hình tổ chức chung của địa phương. Công tác CSSK nhân dân đã có sự hỗ trợ hiệu quả của lực lượng quân y. Tuy nhiên, mô hình tổ chức, chức năng nhiệm vụ cơ sở y tế đang được áp dụng tương tự đất liền, nên có nhiều điểm chưa phù hợp với thực tế nhu cầu CSSK của nhân dân và yêu cầu chuyên môn mang tính đặc thù của khu vực biển đảo.



- Sự phối hợp liên ngành trong CSSK nhân dân ở khu vực biển đảo chủ yếu là giữa y tế địa phương và quân y. Các địa phương đều đã có Ban chỉ đạo và khung tổ chức hoạt động QDYKH đến tận tuyến huyện, xã nhưng vẫn còn gặp khó khăn trong hoạt động do thiếu các cơ chế liên quan đến huy động, sử dụng nguồn lực giữa hai bên. Còn

các ngành khác như Dầu khí, Giao thông vận tải, Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn mặc dù đủ khả năng đảm bảo công tác CSSK người lao động của ngành nhưng hoàn toàn không có cơ chế phối hợp chính thức với y tế địa phương trong các hoạt động CSSK và cấp cứu người dân tại khu vực biển, đảo.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ban Quân dân y cấp Bộ - Bộ Y tế**, *Tổng kết chương trình quân dân y giai đoạn 2005 – 2015 và phương hướng nhiệm vụ giai đoạn 2016 – 2020*. Hà Nội, 2016.
2. **Bộ Y tế**, *Báo cáo sơ kết 4 năm thực hiện Đề án Phát triển Y tế biển đảo giai đoạn 2015 – 2020*. Hà Nội, 2017.
3. **Cục Quân y – Bộ Quốc phòng**, *Báo cáo sơ kết 4 năm triển khai Đề án phát triển y tế biển đảo*, 2017.
4. **Thủ tướng Chính phủ**, *Quyết định số 52/2009/QĐ – TTg ngày 09/4/2009 phê duyệt Đề án Kiểm soát dân số các vùng biển, đảo và ven biển giai đoạn 2009 – 2020*, 2009.
5. **Thủ tướng Chính phủ**, *Quyết định 317/2013/QĐ – TTg ngày 07/2/2013 phê duyệt Đề án Phát triển y tế biển, đảo Việt Nam đến năm 2020*, 2013.
6. **Tổng cục Thống kê**, *Niên giám thống kê 2010-2016 của 28 tỉnh thành phố thuộc các vùng biển, đảo và ven biển*.
7. **Viện Chiến lược và Chính sách Y tế**, *Báo cáo đánh giá thực trạng hoạt động của mạng lưới y tế khu vực biển đảo*, 2013.
8. **World Health Organization**, *Health Care on small islands: A review of the literature*, 1994.
9. **World Health Organization**, *The Philippine Health System Review*, 2011.
10. **World Health Organization**, *Malaysia Health System Review. Health Systems in Transition*, Vol.3, No.1, 2013.

-----oOo-----

## ẢNH HƯỞNG TRÊN NHIỄM SẮC THỂ TẾ BÀO MÔ TỦY XƯƠNG CHUỘT NHẮT TRẮNG CỦA HỒI XUÂN HOÀN

**Đoàn Minh Thụy<sup>1</sup>, Trần Thị Thanh Hương<sup>2</sup>, Vũ Mạnh Hùng<sup>3</sup>**

### TÓM TẮT:

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định ảnh hưởng trên nhiễm sắc thể mô tủy xương của Hồi xuân hoàn (HXH). Đối tượng và phương pháp: 91 chuột nhắt trắng *Mus musculus* chủng Swiss, gồm 45 chuột đực và 46 chuột cái, 4 tuần tuổi. Chuột được chia làm 03 lô, tách riêng đực cái; Lô chứng không dùng thuốc; Lô HXH liều 3g/kg TLCT; Lô HXH liều 9g/kg TLCT, dùng

liên tục trong 30 ngày. Vào ngày thứ 31 giết chuột, lấy tế bào tủy xương để đánh giá ảnh hưởng của HXH trên nhiễm sắc thể. Kết quả và kết luận: HXH không gây ra các đột biến về số lượng cũng như đột biến cấu trúc NST tế bào mô tủy xương chuột thực nghiệm khi so sánh với lô chứng.

**Từ khóa:** NST tủy bào chuột thực nghiệm, Hồi xuân hoàn

1. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

ĐT: 0912 933 156; Email: doanminhthuyvn@yahoo.com

2. Trường Đại học Y Hà Nội

3. Học viện Quân y

» Ngày nhận bài: 19/10/2017 | » Ngày phản biện: 21/12/2017 | » Ngày duyệt đăng: 06/02/2018

**SUMMARY:****THE AFFECTS OF HOIXUANHOAN ON MYELOID CHROMOSOMES OF WHITE MICES**

This study was conducted to determine the affect of HXH on myelo-chromosomes. Subjects and Methods: 91 mices *Mus musculus*, Swiss, consist of 45 male mices and 46 female mices, age of 4 weeks. The mices were divided into 3 groups, split male from female: The control group were taken placebo; The study I taken HXH 3g/kg BW; The study II taken HXH 9g/kg BW; The mices were kept taking dose for 30 days consecutively. On the 31st day, all mices were killed to test their myelo-chromosomes. Results & Conclusions: HXH has not caused mutations in the number and structure of myeloid chromosomes of experimental mices when compared to the control.

**Key words:** Myeloid chromosomes of experimental mices, Hoixuanhoan

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Y học hiện đại đã có nhiều thành tựu khoa học trong điều trị vô sinh nam do suy giảm tinh trùng, nhưng cho đến nay vẫn chưa đạt được kết quả như ý và kinh phí điều trị thường còn cao. Việc tìm kiếm các phương pháp, các thuốc điều trị có hiệu quả vẫn là vấn đề thực tiễn, thời sự, cấp thiết đem lại hạnh phúc cho người bệnh, gia đình và xã hội.

Từ xưa, y học cổ truyền đã mô tả về vô sinh nam, đã có nhiều phương pháp, bài thuốc cũng như những thực phẩm chức năng điều trị chứng bệnh này nhưng vẫn chưa được đánh giá một cách hệ thống, khoa học.

Hồi xuân hoàn gồm những vị thuốc có tác dụng bổ can thận, ích tinh dưỡng huyết. Chủ trị chứng thận dương bất túc, tinh huyết hư. Để có cơ sở khoa học và đảm bảo tính an toàn khi đưa bài thuốc vào sử dụng trong lâm sàng điều trị vô sinh nam. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu ảnh hưởng của HXH trên nhiễm sắc thể tế bào mô tủy xương chuột nhắt trắng.*

**II. CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP****2.1. Chất liệu nghiên cứu**

- Thành phần bài thuốc HXH:

Thực địa (*Radix Rehmanniae glutinosae praeparata*) 24g, Sơn thù (*Fructus Corni*) 12g, Hoài sơn (*Rhizoma Dioscorea persimilis*) 16g, Cam thảo (*Radix Glycyrrhizae*) 12g, Quế nhục (*Cortex Cinnamomi*) 12g, Phụ tử chế (*Radix Aconiti lateralis praeparata*) 12g, Đỗ trọng (*Cortex Eucommiae*) 16g...

- Viên nang HXH được sản xuất tại Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

Dạng bào chế: Viên nang cứng, hàm lượng 500mg.

Các dược liệu đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam III; Cao khô dược liệu đạt tiêu chuẩn dược điển Việt Nam III.

Viên nang cứng 500mg, với nguyên liệu là cao khô dược liệu, thuốc đạt tiêu chuẩn cơ sở dựa trên tiêu chuẩn cao thuốc trong Dược điển Việt Nam III.

**2.2. Động vật nghiên cứu**

91 chuột nhắt trắng *Mus musculus* chủng Swiss, gồm 45 chuột đực và 46 chuột cái, 4 tuần tuổi.

Tất cả chuột được nuôi trong điều kiện chuẩn tại phòng chăn nuôi thực nghiệm của Bộ môn Dược lý - Học viện Quân y với cùng điều kiện về nhiệt độ, độ ẩm, tỉ lệ thời gian sáng tối là 12/12, nước uống sạch, thức ăn do Trung tâm Động vật thí nghiệm Học viện Quân y cung cấp.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu**

Thực hiện theo mô hình hướng dẫn về nghiên cứu ảnh hưởng trên di truyền thuốc thảo dược của Tổ chức Y tế thế giới 1993 [1] và của Tổ chức các nước phát triển châu Âu (OECD) [2], có áp dụng tiêu chuẩn Việt Nam [3],[4],[5].

**2.3.1. Chỉ số nghiên cứu**

Số lượng nhiễm sắc thể (NST) tế bào tủy xương: lệch bội, đa bội.

Cấu trúc NST tế bào tủy xương: gap, đứt, chuyển đoạn, nhiều tâm...

Cả cụm NST: không bắt màu, nát vụn.

**2.3.2. Quy trình nghiên cứu**

Liều thuốc: Liều 1: 3g/kg TLCT chuột; Liều 2 (gấp 3 liều 1): 9g/kg TLCT chuột (Liều 1 được ngoại suy từ liều điều trị dùng trên người nhân hệ số 10 [4]). Thời gian dùng thuốc 30 ngày.

91 chuột nhắt trắng, chia ngẫu nhiên vào 3 lô, tách riêng đực - cái:

Lô không ăn thuốc 15 chuột đực 16 chuột cái

Lô thuốc HXH liều 1 15 chuột đực 15 chuột cái

Lô thuốc HXH liều 2 15 chuột đực 15 chuột cái

Chuột nuôi trong các chuồng, mỗi chuồng 5 chuột.

Sau ăn thuốc liều cuối cùng 24 giờ, tiêm 0,2ml colcemid, nồng độ 0.1 microgam/ml vào ổ bụng ngoài phúc mạc, 2 giờ sau giết chuột bóc lộ xương đùi, lấy các tế bào tủy xương làm xét nghiệm NST.

Nghiên cứu ảnh hưởng trên nhiễm sắc thể tế bào mô tủy xương được tiến hành theo phương pháp của Ford:

Quan sát tiêu bản NST dưới kính hiển vi quang học, trung bình cho mỗi mẫu đánh giá 50 cụm kỳ giữa. Phát





hiện, phân tích các rối loạn số lượng và cấu trúc NST theo tiêu chuẩn quốc tế với các chỉ số sau:

- Đếm số lượng NST trong cụm, xác định các rối loạn số lượng NST (bình thường, đa bội, lệch bội)
- Đánh giá một số dạng đột biến cấu trúc NST: Đột biến kiểu chromatid, đột biến kiểu NST, rối loạn cả cụm NST: NST không bắt màu thuốc nhuộm, nát vụn.

#### 2.4. Xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm

Epi Info 6.04.

#### 2.5. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bộ môn Dược lý – Học viện Quân y và bộ môn Y Sinh học & Di truyền – Đại học Y Hà Nội.

### III. KẾT QUẢ

Ảnh hưởng của HXH trên số lượng và cấu trúc NST tùy chuột được trình bày ở các bảng sau:

**Bảng 3.1. Đột biến số lượng NST tùy chuột cái: lô chứng - liều 1 - liều 2**

Lô	Số mẫu nghiên cứu	Số tế bào quan sát	Số NST <40	Số NST = 40	Số NST >40	Số NST đa bội
Chứng	16	800	6 (0,75%)	791 (98,88)%	1 (0,13 %)	2 (0,25%)
Liều 1	15	750	25 (3,33%)	723 (96,40%)	1 (0,13%)	1 (0,13%)
Liều 2	15	750	4 (0,53%)	745 (99,34 %)	1 (0,13%)	1 (0,13%)
So sánh chứng - Liều 1			p < 0,001	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
So sánh chứng - Liều 2			p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
So sánh Liều 1- Liều 2			p < 0,001	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05

Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy:

Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ đột biến số lượng NST tùy chuột cái kiểu đa bội (3n,

4n), lệch bội (2n +1) ở các lô ăn thuốc và lô chứng. Tỉ lệ số lượng NST lệch bội {(2n-1), (2n-2)} ở lô liều 1 cao hơn lô chứng với p<0,001.

**Bảng 3.2. Đột biến số lượng NST tùy chuột đực: lô chứng - liều 1 - liều 2**

Lô	Số mẫu nghiên cứu	Số tế bào quan sát	Số NST (<40)	Số NST (= 40)	Số NST (>40)	Số NST đa bội
Chứng	14	653	4 (0,61%)	647 (99,08%)	1 (0,15%)	1 (0,15%)
Liều 1	15	750	44 (5,87%)	704 (93,86%)	0	2 (0,27%)
Liều 2	15	750	19 (2,53%)	730 (97,34)	1 (0,13%)	2 (0,27%)
So sánh chứng - liều 1			p < 0.001	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
So sánh chứng - liều 2			p < 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
So sánh liều 1- liều 2			p < 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05

Kết quả bảng 3.2 cho thấy:

Tỉ lệ đột biến số lượng NST tùy chuột đực kiểu đa bội (3n, 4n), lệch bội (2n+1) ở các lô thuốc và lô chứng khác

biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ số lượng NST lệch bội {(2n-1), (2n-2)} ở lô liều 1, liều 2 cao hơn lô chứng (p<0,001- 0,05).

**Bảng 3.3. Độ biến cấu trúc NST tuý cái: lô chứng - liều 1- liều 2**

Lô	Số mẫu nghiên cứu	Số tế bào quan sát	Độ biến chromatid			Độ biến NST	Rối loạn cụm NST
			Gap	Đứt	Tổng		
Chứng	16	800	0 (0%)	3(0,38%)	3(0,38%)	0	0
Liều 1	15	750	4(0,53%)	3(0,4%)	7(0,93%)	1(0,13%)	0
Liều 2	15	750	0	0	0	2(0,26%)	0
So sánh chứng - liều 1			p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	
So sánh chứng - liều 2				p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	
So sánh liều 1- liều 2			p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	

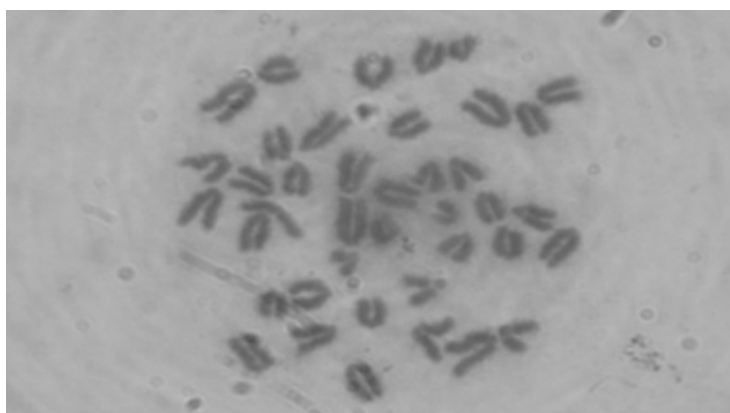
Kết quả từ bảng 3.3 cho thấy: chromatid ở tế bào mô tuý chuột cái giữa các lô thuốc và Về tỉ lệ độ biến cấu trúc NST và tỉ lệ độ biến lô chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.4. Độ biến cấu trúc NST tuý đực: lô chứng- liều 1- liều 2**

Lô	Số mẫu nghiên cứu	Số tế bào quan sát	Độ biến chromatid			Độ biến NST	Rối loạn cụm NST
			Gap	Đứt	Tổng		
Chứng	14	653	0	1 (0,15%)	1 (0,15%)	0	0
Liều 1	15	750	0	7 (0,93%)	7 (0,93%)	3 (0,40%)	0
Liều 2	15	750	3 (0,40%)	0	3 (0,40%)	2 (0,27%)	0
So sánh chứng-liều 1				p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	
So sánh chứng- liều 2					p > 0.05	p > 0.05	
So sánh liều 1-liều 2					p > 0.05	p > 0.05	

Kết quả từ bảng 3.4 cho thấy: Hình ảnh NST mô tuý xương của chuột uống HXH : Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ độ biến cấu trúc NST và tỉ lệ độ biến chromatid ở tế bào tuý chuột đực giữa các lô thuốc và lô chứng. Chủ yếu bắt gặp hình ảnh các cụm NST bình thường ở tế bào mô tuý xương:

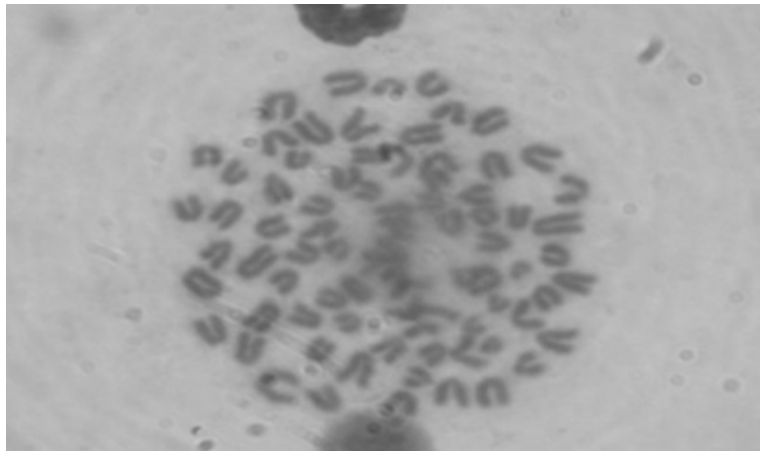
**Hình 3.1. Cụm NST bình thường tế bào mô tuý xương chuột (2n = 40) (Giâm sa ×1000)**



Rất hiếm gặp hình ảnh cụm NST bất thường về số lượng và cấu trúc:



**Hình 3.2. Đột biến số lượng (đa bội 4n) NST tủy xương chuột (Giếm sa  $\times 1000$ )**



#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên chuột nhắt trắng *Mus musculus*, Swiss, thuần chủng. Đây là dòng chuột có độ thuần chủng cao, khả năng sinh sản tốt, tỉ lệ dị dạng tự nhiên ít, nhạy cảm với những chất có ảnh hưởng đến sinh sản và phát triển [2], rất tốt để sử dụng cho các nghiên cứu về đột biến.

Thuốc gây biến chủng ít có khả năng gây ra những thay đổi NST của những tế bào bình thường. Nhưng có thể gây ra những rối loạn NST của tế bào mô tủy xương là những mô phát triển mạnh và có nhiều tế bào đang phân chia.

Dùng colcemid làm cho tế bào đang phân chia dừng lại ở kỳ giữa, vì NST ở kỳ này có dạng điển hình nhất. Đặc tính của hóa chất này là phá hủy sợi vô sắc, do đó NST mất chỗ dựa và không thể di chuyển về hai cực của tế bào. Các chromatid của NST kép vẫn dính nhau ở phần tâm. Chất này còn làm NST co ngắn lại, dày lên, nên dễ quan sát hơn.

Những biến đổi số lượng NST có thể là lệch bội ( $2n \pm 1$ ;  $2n \pm 2$ ) hoặc đa bội ( $3n$ ,  $4n$ ), phát sinh thường do sự không phân ly của NST trong quá trình phân bào. Trong phân bào sẽ có nhiều loại tổ hợp phức tạp khác nhau, tạo ra những tế bào mới mất cân bằng di truyền.

Đột biến cấu trúc NST gồm: đột biến cấu trúc kiểu NST và đột biến cấu trúc chromatid. Những rối loạn sau giai đoạn tổng hợp DNA trong gian kỳ, có thể gây đột biến cấu trúc chromatid hoặc đột biến kiểu NST. Ở thời gian này chromatid nào bị tác động bởi tác nhân gây đột biến thì chromatid đó bị rối loạn trong khi chromatid kia vẫn bình thường. Hoặc khi tác nhân gây đột biến mạnh sẽ tác động vào cả hai chromatid ở vị trí tương đồng do vậy sẽ gây đột biến kiểu NST. Ngược lại những đột biến xuất

hiện trước giai đoạn tổng hợp DNA (trước khi NST nhân đôi), đột biến trên NST sẽ được nhân đôi, kết quả là ở cả hai chromatid đều có tổn thương ở một nơi tương đồng, những tổn thương loại này là đột biến cấu trúc kiểu NST.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tần số rối loạn số lượng NST tế bào tủy xương lệch bội ( $2n+1$ ), ( $2n+2$ ), đa bội ( $3n$ ,  $4n$ ) ở các lô chuột đực và cái ăn thuốc không có sự khác biệt so với lô chứng, kết quả này cũng tương tự như kết quả của Đỗ Trung Đàm, Phan Hoài Trung về rối loạn số lượng kiểu đa bội. Rối loạn kiểu lệch bội ( $2n+1$ ) chúng của chúng tôi thấp hơn (0,13% và 0,15% so với  $8,60 \pm 4,72$ ; 2,95%) [4], [6]. Kết quả này cũng được chứng minh thêm bằng tỉ lệ thai chết, tỉ lệ chuột con chết sau khi sinh ở lô 1 và lô 2 của chuột P (cả đực và cái đều ăn thuốc, và chuột cái ăn thuốc ở giai đoạn sớm của thai kỳ) đều thấp hơn lô chứng. Vì những thai mang bộ NST lệch bội ( $2n+1$ ,  $2n+2$ ), đa bội (tứ bội  $4n$ , tam bội  $3n$ ) thường bị xảy hoặc chết chu sinh.

Tần số lệch bội ( $2n-1$ ), ( $2n-2$ ) ở các lô thuốc cái liều 1 và đực liều 1 và liều 2 cao hơn lô chứng (bảng 3.1, 3.2). Kết quả này rõ ràng không phải do tác động của thuốc nghiên cứu. Bởi vì, kết quả nghiên cứu chỉ thấy tăng lệch bội kiểu ( $2n-1$ ), ( $2n-2$ ) so với lô chứng, trong khi lệch bội kiểu ( $2n+1$ ), ( $2n+2$ ) lại bình thường, điều này cho thấy không có sự tương quan giữa các kiểu lệch bội này ở từng lô chuột nghiên cứu. Hơn nữa, những đột biến dị bội thể phần lớn không tồn tại khi phát triển thành cá thể mới, những phôi mang đột biến này sẽ bị đào thải do sự mất cân bằng di truyền. Vì vậy, kết quả này có thể còn cơ chế khác, vấn đề này cần được nghiên cứu sâu hơn ở những nghiên cứu tiếp theo.

Tần số rối loạn cấu trúc NST ở tế bào tủy xương của chuột đực và cái ở cả hai liều 1 và liều 2 đều không có sự

khác biệt so với lô chứng, kết quả này cũng tương tự như kết quả chứng của Đỗ Trung Đàm [4], Phan Hoài Trung [6].

Như vậy dùng thuốc ở cả hai liều 1 và liều 2 không gây đột biến số lượng cũng như cấu trúc NST mô tủy xương chuột nhất trắng.

## V. KẾT LUẬN

HXX ở hai liều 3g/kg TLCT và liều 9g/kg TLCT dùng trong 30 ngày không gây ra các đột biến về số lượng cũng như đột biến cấu trúc NST tế bào mô tủy xương chuột thực nghiệm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (1993), Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines, Manila, Philipin, pp 35 - 58.
2. **Gad, Shayne C.** (2002), "Subchronic and Chronic Toxicity Studies", Drug Safety Evaluation, Wiley – Interscience, a John Wiley and Sons, InC., Publication, 1, pp. 237-57.
3. **Bộ Y tế** (1996) "Phụ lục 3: Hướng dẫn về khảo sát độc tính thuốc cổ truyền", Hướng dẫn nghiên cứu đánh giá tính an toàn và hiệu lực thuốc cổ truyền Việt Nam, tr. 41-6.
4. **Đỗ Trung Đàm** (2006), Phương pháp nghiên cứu tác dụng dược lý của thuốc từ dược thảo, NXB Khoa học và Kỹ thuật Hà Nội, tr. 335- 42, 347-52, 355-368, 377-392
5. **Đoàn Thị Nhu** (2006), "Chăm sóc, sinh sản và quản lý động vật thí nghiệm", Phương pháp nghiên cứu tác dụng dược lý của thuốc từ dược thảo, Viện Dược liệu, NXB Khoa học và Kỹ thuật Hà Nội, tr. 22-7.
6. **Phan Hoài Trung** (2004), "Nghiên cứu tính an toàn và tác dụng của bài thuốc "Sinh tinh thang" đến số lượng, chất lượng tinh trùng", Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

-----oO-----

# MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC SỬ DỤNG MUỐI I-ÔT VÀ BỘT CANH I-ÔT CỦA NGƯỜI DÂN TẠI 2 XÃ HUYỆN VŨ THƯ, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

Lê Xuân Hưng<sup>1</sup>, Vũ Thanh Liêm<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Nhân<sup>1</sup>,  
Vũ Thị Tho<sup>1</sup>, Trần Thị Ngọc<sup>1</sup>, Mai Hồng Ánh<sup>1</sup>,  
Phan Thị Phương Uyên<sup>1</sup>, Bùi Thị Thanh Huyền<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Trong nghiên cứu cắt ngang sử dụng phương pháp định lượng, phỏng vấn trực tiếp 320 người dân đang sinh sống trên địa bàn hai xã Duy Nhất và Song An huyện Vũ Thư, Thái Bình bằng phương pháp mẫu ngẫu nhiên đơn. Kết quả: Nhóm người dân có trình độ học vấn từ THPT trở nên có tỷ lệ sử dụng muối/bột canh i-ốt khá cao với tỷ lệ 72,7%, trong khi đó nhóm người dân có trình độ học vấn dưới THPT là 52,6. Cùng với đó, tỷ lệ sử dụng muối/bột canh i-ốt ở nhóm làm cán bộ, công nhân viên chức

(80,6%) cao hơn nhóm còn lại (55,7%). Tỷ lệ sử dụng muối/ bột canh i-ốt ở người dân có kiến thức phòng bệnh chậm phát triển trí tuệ (79,8%), còn những người không có kiến thức phòng bệnh chậm phát triển trí tuệ tỷ lệ đạt 59,2%. Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ sử dụng muối/bột canh i-ốt ở người dân có kiến thức phòng bệnh đàn độn (81,0%) cao hơn so với người dân không có kiến thức phòng bệnh đàn độn (61,6%).

**Từ khóa:** Sử dụng muối/bột canh i-ốt, Vũ Thư, Thái Bình, 2017.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình
2. Bệnh viện Nhi Thái Bình

**ABSTRACT**

**SOME FACTORS RELATING TO THE USE OF IODIZED SALT AND IODIZED SOUP AT THE 2 COMMUNES IN VU THU DISTRICT, THAI BINH, IN 2017**

In a cross-sectional study using the quantitative method, 320 people were interviewed directly in Duy Nhat and Song An communes, Vu Thu district, Thai Binh province by simple random sampling. The result: Highly educated people with high school education have high rates of salt/ iodide diet with 72,7%, while those with lower education is 52, 6. In addition, the proportion of salt / iodine powder used in the working group (80,6%) is higher than the other group (55,7%). The rate of using iodized salt/ iodine in people with intellectual disability prevention knowledge (79,8%), and those without knowledge of mental retardation rate of 59,2%. The study also showed that the rate of using salt/ iodine powder in people with knowledge of cretinism (81,0%) was higher than that of people without knowledge of cretinism (61,6%).

**Keywords:** Using salt/ iodine, Vu Thu, Thai Binh, 2017.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

I-ốt là một vi chất dinh dưỡng có trong tự nhiên, cần thiết cho cơ thể để tổng hợp nên hormone tuyến giáp. Thuật ngữ các rối loạn do thiếu i-ốt dùng để chỉ nhiều hậu quả gây nên do thiếu i-ốt. Thiếu i-ốt gây ra những hậu quả lớn ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng, sự phát triển giống nòi và nền kinh tế xã hội. Chính vì vậy, tại cuộc họp Đại hội đồng Liên Hiệp quốc lần thứ 53 đã kêu gọi toàn thế giới phòng chống các rối loạn do thiếu i-ốt và gọi đây là “nạn đói tiềm ẩn” [1], [4]. Hậu quả của việc thiếu i-ốt đối với sức khỏe con người là rất nghiêm trọng. Nó không biểu hiện nhanh chóng ra bên ngoài trong một vài ngày, một vài năm mà diễn tiến bệnh âm thầm, dần dần bào mòn sự phát triển trí tuệ và sự tăng trưởng của con người. Đối tượng bị tác động mạnh nhất bởi thiếu i-ốt chính là phụ nữ và trẻ em. Trong đó, những tổn thương do thiếu i-ốt gây ra như đần độn, thiếu năng trí tuệ không thể nào chữa được [4]. Năm 2017, kết quả nghiên cứu của Trung tâm y tế dự phòng tỉnh Thái Bình cho thấy tỷ lệ sử dụng, bảo quản muối iốt đúng quy định đạt mới chỉ đạt 87,7%. Bên cạnh đó, công tác khám, phát hiện và điều trị bệnh nhân mắc các rối loạn do thiếu i-ốt cũng được trung tâm thực hiện và phát hiện 5,05% học sinh từ 8-12 tuổi bị mắc bướu cổ [2].

Như vậy trước tình hình thực tế này, vấn đề đặt ra là: Việc sử dụng muối và bột canh có i-ốt của người dân

trong phòng chống các rối loạn do thiếu i-ốt ở Thái Bình là như thế nào? Những yếu tố nào liên quan đến thực hành sử dụng và bảo quản MI của các đối tượng trên. Với mong muốn cung cấp thêm thông tin, tạo cơ sở để có những định hướng và khuyến nghị cho chính quyền địa phương và các cơ quan quản lý, đặc biệt là ngành Y tế có kế hoạch hoạt động thích hợp để đưa tỷ lệ hộ gia đình sử dụng muối i-ốt tăng, đồng nghĩa với phòng chống bệnh tật, cải thiện giống nòi và thoát khỏi nghèo đói. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: xác định một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng muối i-ốt và bột canh i-ốt của người dân tại 2 xã huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình năm 2017.

**II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Toàn bộ người dân đang sinh sống tại 2 xã Duy Nhất và Song An, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình.

\* *Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu*

Chọn người dân có hộ khẩu thường trú tại 2 xã Duy Nhất và Song An huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình năm 2017.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.**

**2.3. Mẫu và chọn mẫu:**

\* *Cỡ mẫu nghiên cứu*

Cỡ mẫu nghiên cứu là 320 người dân có hộ khẩu thường trú tại 2 xã Duy Nhất và Song An huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình năm 2017.

\* *Chọn mẫu*

Áp dụng cách chọn mẫu nhiều giai đoạn:

- Bước 1: Chọn có chủ đích 2 xã của huyện Vũ Thư là Song An và Duy Nhất. Mỗi xã điều tra 160 đối tượng.

- Bước 2: Lập danh sách tất cả các thôn của từng xã, mỗi xã chọn mẫu ngẫu nhiên đơn được 4 thôn → Mỗi thôn điều tra 40 đối tượng.

- Bước 3: Với mỗi thôn được chọn, tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên đơn đối tượng đầu tiên, các đối tượng tiếp theo được chọn theo phương pháp công liền công cho đến khi đủ số lượng mẫu nghiên cứu thì dừng lại, chúng tôi đưa 320 người dân vào nghiên cứu.

**2.4. Xử lý và phân tích số liệu**

- Làm sạch số liệu để hạn chế lỗi sau điều tra và nhập số liệu. Nhập số liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1, số liệu được chuyển sang SPSS 22.0 để phân tích.

- Số liệu được làm sạch bằng cách kiểm tra các giá trị bất thường và lỗi do mã hóa trước khi tiến hành phân tích.

\* *Thống kê mô tả:* Mô tả số liệu về thông tin của đối tượng nghiên cứu

- + Biến định tính: số lượng, tỷ lệ (%), biểu đồ, đồ thị...
- + Biến định lượng:  $\pm$  SD (biến có phân phối chuẩn);

Median, max, min (biến không có phân phối chuẩn).

- Thống kê suy luận:

Sử dụng test  $\chi^2$  để so sánh tỷ lệ, test t để so sánh trung bình (có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ) để xác định một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng muối/ bột canh i-ốt của người dân ở địa phương.

## 2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Trong quá trình điều tra đối tượng được thông báo

mục đích và nội dung nghiên cứu để họ tự nguyện tham gia hay từ chối tham gia.

- Sự tham gia của tất cả các đối tượng vào nghiên cứu hoàn toàn mang tính tự nguyện và mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

- Các dữ liệu, thông tin thu thập trong các báo cáo được cam kết dùng cho mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kỳ một mục đích nào khác.

## III. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Một số yếu tố liên quan đến sử dụng muối/bột canh i-ốt**

Biến độc lập	Sử dụng muối/ bột canh i-ốt				P
	Có		Không		
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
<b>Giới tính</b>					
Nam	66	56,4	51	43,6	>0,05
Nữ	120	59,1	83	40,9	
<b>Tuổi</b>					
≤ 50	103	62,0	63	38,0	>0,05
>50	83	53,9	71	46,1	
<b>Trình độ học vấn</b>					
Từ THPT trở lên	64	72,7	24	27,3	<0,05
Dưới THPT	122	52,6	110	47,4	
<b>Nghề nghiệp</b>					
Cán bộ CNVC	25	80,6	6	19,4	<0,05
Khác	161	55,7	1287	44,3	

Bảng 1 cho thấy, nhóm người dân có trình độ học vấn từ THPT trở lên có tỷ lệ sử dụng muối/bột canh i-ốt là 72,7% cao hơn nhóm người dân có trình độ học vấn dưới THPT là 52,6 (sự khác biệt này có ý nghĩa

thống kê  $p < 0,05$ ). Tỷ lệ sử dụng muối/bột canh i-ốt ở nhóm làm cán bộ, công nhân viên chức (80,6%) cao hơn nhóm còn lại (55,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Bảng 2. Mối liên quan giữa kiến thức phòng bệnh với sử dụng muối/bột canh i-ốt của đối tượng nghiên cứu**

Kiến thức phòng bệnh	Sử dụng muối i-ốt/bột canh i-ốt				P
	Có		Không		
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
<b>Bước cổ</b>					
Biết	154	67,5	74	32,5	>0,05
Không biết	13	52,0	12	48,0	

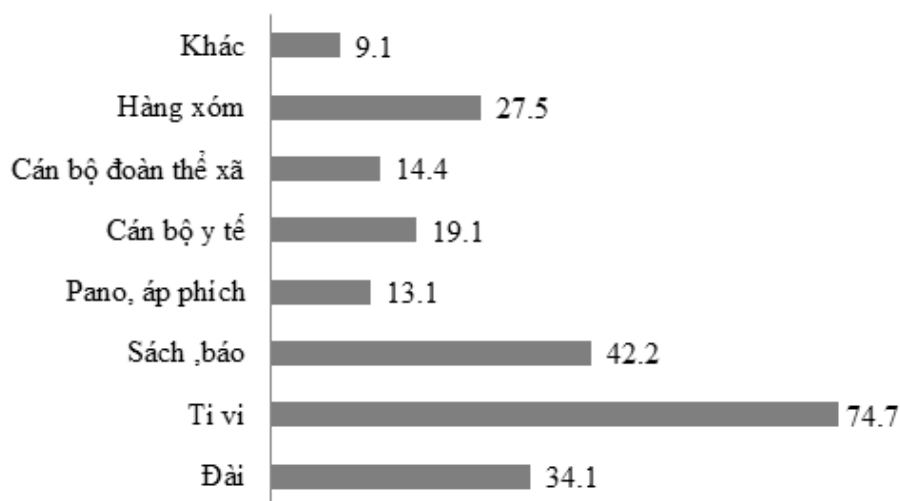


Chậm phát triển trí tuệ					
Biết	67	79,8	17	20,2	<b>&lt;0,05</b>
Không biết	100	59,2	69	40,8	
Đần độn					
Biết	51	81,0	12	19,0	<b>&lt;0,05</b>
Không biết	116	61,1	74	38,9	
Sảy thai, đẻ non, chết lưu					
Biết	28	70,0	12	30,0	<b>&gt;0,05</b>
Không biết	139	65,3	74	34,7	

Bảng 2 Ta thấy tỷ lệ sử dụng muối/bột canh i-ốt ở người dân có kiến thức phòng bệnh chậm phát triển trí tuệ (79,8%) cao hơn những người không có kiến thức phòng bệnh chậm phát triển trí tuệ (59,2%), sự khác biệt này có ý

nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Tỷ lệ sử dụng muối/ bột canh i- ốt ở người dân có kiến thức phòng bệnh đần độn (81,0%) cao hơn so với người dân không có kiến thức phòng bệnh đần độn (61,6%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Biểu đồ 3: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu hiểu biết về các nguồn thông tin về muối/bột canh i-ốt (n=320)**



Biểu đồ 3 cho thấy nguồn thông tin cung cấp về muối/ bột canh i-ốt từ ti vi chiếm tỷ lệ cao nhất là 74,7%, sau đó là từ sách, báo chiếm 42,2%, đài chiếm 34,1%, trong khi đó nguồn cung cấp từ cán bộ y tế khá thấp là 19,1% và từ cán bộ, đoàn thể xã chỉ chiếm 14,4%.

#### IV. BÀN LUẬN

Sau khi tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng muối/bột canh i- ốt với giới tính, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nguồn cung cấp thông tin và kiến thức phòng bệnh. Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn, nghề nghiệp kiến thức phòng bệnh chậm phát triển trí tuệ và đần độn của đối tượng nghiên cứu với việc sử dụng muối/ bột canh i-ốt. Về trình độ học vấn, nhóm

người dân có trình độ học vấn từ THPT trở lên có tỷ lệ sử dụng muối/bột canh i-ốt là 72,7% cao hơn nhóm người dân có trình độ học vấn dưới THPT là 52,6 (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ ). Trình độ học vấn nâng cao giúp người dân nhận thức được các vấn đề xã hội, giúp lựa chọn đúng điều cần thiết cho bản thân và hiểu biết về vai trò và tác dụng của muối i-ốt trong việc phòng các rối loạn thiếu i-ốt. Nghiên cứu này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm và cộng sự năm 2014 điều tra về kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến sử dụng muối i- ốt của người dân tại xã Giai Phạm, huyện Yên Mỹ, tỉnh Hưng Yên [3]. Khác biệt về kiến thức phòng bệnh, tỷ lệ sử dụng muối/bột canh i-ốt ở người dân có kiến thức phòng bệnh chậm phát triển trí tuệ

(79,8%) cao hơn những người không có kiến thức phòng bệnh chậm phát triển trí tuệ (59,2%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Tỷ lệ người dân sử dụng muối/ bột canh i-ốt ở người dân có kiến thức phòng bệnh đần độn (81,0%) cao hơn so với người dân không có kiến thức phòng bệnh đần độn (61,6%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra tỷ lệ sử dụng muối/ bột canh i-ốt ở nhóm làm cán bộ, công nhân viên chức (80,6%) cao hơn nhóm còn lại (55,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Như vậy đối tượng có nghề nghiệp là cán bộ thì tỷ lệ sử dụng muối/ bột canh i-ốt cao hơn so với đối tượng làm các ngành nghề khác do họ được tiếp cận với đa dạng các nguồn thông tin từ các chương trình của nhà nước, thông tin chính xác và được cập nhật thường xuyên. Tuy nhiên sự thiếu hụt về kiến thức có thể bổ sung để nâng cao. Nguồn thông tin về sử dụng muối/ bột canh i-ốt từ cán bộ y tế còn chưa cao, bởi vậy cán bộ y tế càng sát sao đến người dân thì tỷ lệ sử dụng muối/ bột canh i-ốt càng tăng lên. Vì vậy ngành Y tế cần phối hợp chặt chẽ với chính quyền địa phương chủ động, tích cực lập các kế hoạch cụ thể để can thiệp nhằm

nâng cao điều kiện sống, trình độ dân trí, kiến thức về sức khỏe đặc biệt về kiến thức sử dụng muối/ bột canh i-ốt. Cần nâng cao năng lực chuyên môn, thái độ phục vụ, tăng cường các lớp tập huấn cho cán bộ y tế để mở rộng kiến thức. Đồng thời sử dụng có hiệu quả các phương tiện truyền thông đại chúng để người dân dễ tiếp cận với thông tin sử dụng muối/ bột canh i-ốt như thế nào là an toàn hợp lý và hiệu quả.

## V. KẾT LUẬN

+ Nhóm người dân có trình độ học vấn từ THPT trở nên có tỷ lệ sử dụng muối/ bột canh i-ốt là 72,7% cao hơn nhóm người dân có trình độ học vấn dưới THPT là 52,6.

+ Tỷ lệ sử dụng muối/ bột canh i-ốt ở người dân có kiến thức phòng bệnh chậm phát triển trí tuệ (79,8%) cao hơn những người không có kiến thức phòng bệnh chậm phát triển trí tuệ (59,2%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

+ Tỷ lệ sử dụng muối/ bột canh i-ốt ở người dân có kiến thức phòng bệnh đần độn (81,0%) cao hơn so với người dân không có kiến thức phòng bệnh đần độn (61,6%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Nội tiết Trung ương. (2008). *Hội nghị tổng kết hoạt động phòng chống các rối loạn do thiếu i-ốt*.
2. Nguyễn Thị Thắm, Lê Thị Yến, Phạm Minh Khuê, Phạm Văn Hán, (2014), “Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến sử dụng muối i-ốt của người dân tại xã Giai Phạm, huyện Yên Mỹ, tỉnh Hưng Yên, năm 2014”, *Tạp chí Y học Dự phòng*.
3. Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Bình (2017), “Khuyến khích người dân sử dụng muối iốt để phòng chống bướu cổ”.
4. UNICEF (2013), “Chương trình phòng chống các rối loạn do thiếu i-ốt ở Việt Nam: Bài học quá khứ và khởi động lại chương trình tốt hơn”.





# THỰC TRẠNG MỘT SỐ CÔNG TRÌNH VỆ SINH CỦA NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ SỐNG TẠI VÙNG KHÓ KHĂN Ở TỈNH ĐẮK NÔNG, NĂM 2016

Ngô Thị Hải Vân<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1.270 hộ gia đình bằng phương pháp phỏng vấn và quan sát dựa trên bộ công cụ soạn sẵn, với mục tiêu: xác định thực trạng một số công trình vệ sinh của người dân tộc M'Nông, Châu Ma, Ê Đê, Mông và Nùng sống lâu đời tại xã khó khăn ở tỉnh Đắk Nông năm 2016. Kết quả cho thấy: 40,48% hộ gia đình được điều tra có nhà tiêu, tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu cao nhất ở người Nùng (65,08%), thấp nhất là người Mông (9,13%). Có 25,71% hộ gia đình có nhà tiêu thuộc loại hợp vệ sinh, trong đó chỉ có 10,79% hộ gia đình có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn về xây dựng và 7,86% có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn về sử dụng và bảo quản. Trong 6 nguồn nước được khảo sát, nguồn nước sử dụng nhiều nhất là nước giếng đào (41,46%), tiếp theo là giếng khoan (35,66%). Vẫn có tới 23,33% hộ gia đình phải đi xin nước để sử dụng. Có 49,76% hộ gia đình có chỗ rửa tay và 67,62% có xà phòng rửa tay.

**Từ khóa:** Công trình vệ sinh, dân tộc thiểu số

## ABSTRACT

### CURRENT SITUATION OF HYGIENE FACILITIES OF ETHNIC MINORITY GROUPS LIVING IN DIFFICULT AREAS AT DAK NONG IN 2016

This study describes sectionally more than 1,270 households by interviews and observations on the basis of prepared tool kit to identify the current situation of a number of hygiene facilities of the M'Nong, Chau Ma, Ede, Mong and Nung ethnic minorities who have lived for a long time in difficult communes of Dak Nong in 2016. The findings indicates that 40.48% of the households under survey possesses earth closets with the highest ratio going to the Nung (65.08%) and the lowest to the Mong (9.13%). 25.71% of the households have earth closets meeting hygiene

standards, of which 10.79% meeting construction standards and 7.86% meeting use and maintenance standards. Of six sources of water under survey, the most used source is water from dug wells (41.46%) followed by that from drilled wells (35.66%). 23.33% of the households have to use water from their neighbourhoods. 49.76% of them have hand-washing facilities and 67.62% have soaps to wash hands.

**Key words:** Hygiene facilities, ethnic minorities

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước uống an toàn và nhà tiêu hợp vệ sinh là những yếu tố thiết yếu nhằm đảm bảo sức khỏe tốt. Nước uống không an toàn và nhà tiêu không hợp vệ sinh có thể là yếu tố mang mầm mống các bệnh tật như: đau mắt hột, tiêu chảy, tả, và bệnh về ký sinh trùng. Bên cạnh mối liên hệ với bệnh tật, việc đảm bảo tiếp cận nguồn nước uống và hố xí hợp vệ sinh có ý nghĩa đặc biệt quan trọng đối với phụ nữ và trẻ em, nhất là ở các vùng nông thôn, dân tộc ít người sinh sống [1]. Các hộ dân tộc thiểu số có tỷ lệ sử dụng nhà tiêu không hợp vệ sinh hoặc không có hố xí khá cao (48,5%) so với các hộ người Kinh/Hoa (12,1%). Cả nước có 5,8% dân số không có hố xí, tỷ lệ này cao nhất ở Tây Nguyên (21,9%), tiếp đến vùng Trung du và miền núi phía Bắc (12,9%) [2]. Đắk Nông có nhiều dân tộc thiểu số sinh sống, việc tìm hiểu thực trạng công trình vệ sinh của dân tộc thiểu số nhằm góp phần xây dựng định hướng, kế hoạch cụ thể để chăm sóc, bảo vệ sức khỏe cộng đồng các dân tộc thiểu số sống tại tỉnh Đắk Nông là việc làm cần thiết, quan trọng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Chủ hộ gia đình hoặc người đại diện hộ gia đình người dân tộc M'Nông, Châu Ma, Ê Đê, Mông và Nùng.

1. Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên. Điện thoại: 091411196. Email: ngovan57@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/12/2017 | >> Ngày phản biện: 26/01/2018 | >> Ngày duyệt đăng: 23/02/2018

**2.2. Địa điểm nghiên cứu:** Tại 5 xã khó khăn của tỉnh có người dân tộc thiểu số đã chọn chiếm tỷ lệ cao nhất (Tiêu chí chọn xã: là xã khó khăn theo Quyết định số 447/2013/QĐ-UBND ngày 19 tháng 9 năm 2013 của Bộ trưởng, Chủ nhiệm Ủy ban Dân tộc.

**2.3. Thời gian nghiên cứu:** Năm 2016

**2.4. Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả

**2.5. Cơ mẫu nghiên cứu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Với xác suất 95% có  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ,

chọn khoảng sai lệch mong muốn  $d = 0,04$ ;  $p = 0,5$ ; chọn hệ số thiết kế  $k = 2$  (5% phiếu không hợp lệ). Vậy cỡ mẫu cần thiết là: 1260. Thực tế đã điều tra được 1.270 hộ.

**2.6. Nội dung nghiên cứu:**

+ Tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu; đánh giá thực trạng nhà tiêu đang sử dụng.

+ Thực trạng nguồn nước đang sử dụng

+ Tỷ lệ hộ gia đình chỗ rửa tay và có xà phòng rửa tay.

**2.7. Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu**

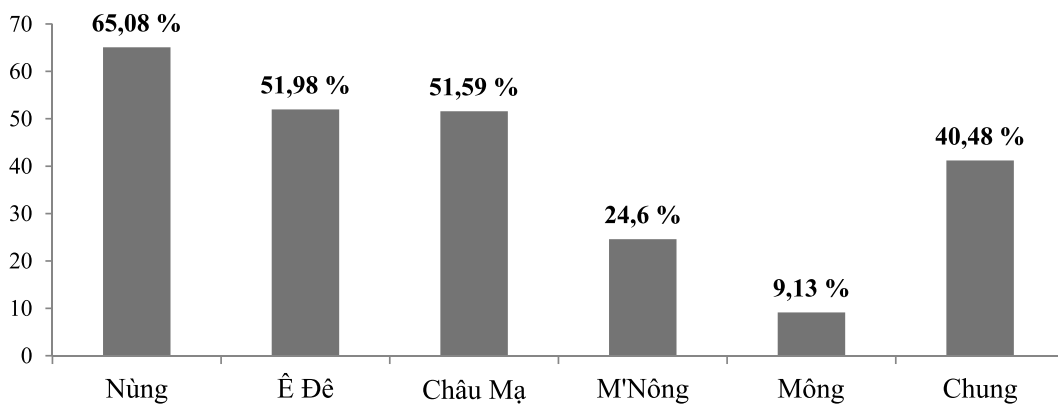
- *Tỷ lệ phần trăm hộ gia đình có nhà tiêu:* Tính bằng tổng số hộ có nhà tiêu (cả nhà tiêu HVS và không HVS)/ tổng số hộ điều tra.

- *Hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh:* Là nhà tiêu đạt tiêu chuẩn quy định tại QĐ08/2005/QĐ-BYT

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

**3.1. Tỷ lệ bao phủ nhà tiêu hộ gia đình ở điểm điều tra**

**Biểu đồ: Tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu ở điểm điều tra**



Khảo sát cho thấy: 40,48% hộ gia đình được điều tra có nhà tiêu, tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu cao nhất ở người Nùng (65,08%), tiếp đến là người Ê Đê (51,98%),

Châu Mạ (51,59%), thấp hơn là người M'Nông (24,6%) và thấp nhất là người Mông, chỉ có 9,13% hộ gia đình có nhà tiêu.

**Bảng: Tỷ lệ bao phủ nhà tiêu hộ gia đình ở điểm điều tra**

Biến số	Châu Mạ (n=252)		M'Nông (n=252)		Ê Đê (n=252)		Nùng (n=252)		Mông (n=252)		Chung (n=1260)	
	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)
Có nhà tiêu	130	51,59	62	24,6	131	51,98	164	65,08	23	9,13	510	40,48
Nhà tiêu hợp vệ sinh	126	50,00	54	21,43	40	15,87	84	33,33	20	7,94	324	25,71
Hợp VS về xây dựng	40	15,87	20	7,937	26	10,32	44	17,46	6	2,38	136	10,79
Hợp VS về sử dụng	37	14,68	13	5,159	19	7,54	31	12,3	2	0,79	99	7,86



Kết quả cho thấy, có 25,71% hộ gia đình có nhà tiêu thuộc loại hợp vệ sinh và chỉ có 10,79% hộ gia đình có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn về xây dựng và 7,86% có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn về sử dụng và bảo quản (QĐ 08/2005.QĐ-

BYT). Có tỷ lệ cao nhất là ở người dân tộc Nùng (65,08%), người Ê Đê (51,98%) và người Châu Mạ (51,59%) có tỷ lệ tương đương nhau; thấp hơn là người M'Nông (24,6%). Trong đó ở dân tộc Mông các tiêu chí này luôn thấp nhất.

**Bảng: Tỷ lệ các loại nhà tiêu hộ gia đình (tính trên tổng số hộ điều tra)**

Loại nhà tiêu	Châu Mạ		M'Nông		Ê Đê		Nùng		Mông		Chung	
	(n=252)		(n=252)		(n=252)		(n=252)		(n=252)		(n=1260)	
	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)
Tự hoại	47	18,65	28	11,11	19	7,54	37	14,68	4	1,59	187	14,84
Hai ngăn	4	1,59	2	0,79	3	1,19	17	6,75	0	0,00	36	2,88
Chìm có ống thông hơi	0	0,00	0	0,00	7	2,78	0	0,00	3	1,19	10	0,79
Thấm dột nước	75	29,76	24	9,52	11	4,37	7	2,78	13	5,16	176	14,00
Biogas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	23	9,13	0	0,00	32	2,55
<b>Tổng 5 loại</b>	<b>126</b>	<b>50,00</b>	<b>54</b>	<b>21,43</b>	<b>40</b>	<b>15,87</b>	<b>84</b>	<b>33,33</b>	<b>20</b>	<b>7,94</b>	<b>324</b>	<b>25,71</b>
Hồ xí đào	4	1,59	8	3,17	91	36,11	80	31,75	3	1,19	186	14,76

Có 5 loại trong số 324 nhà tiêu thuộc loại hợp vệ sinh được điều tra, gặp nhiều

nhất là nhà tiêu tự hoại (14,84%) nhà tiêu thấm dột nước 14%, loại hai ngăn, chìm thông hơi, Biogas có tỷ lệ

không đáng kể. Vẫn có tới 15,76% sử dụng hồ xí đào, đáng chú ý ở người Ê Đê (36,11%) và người Nùng (31,75%).

**3.2. Tỷ lệ bao phủ nguồn nước sử dụng ở hộ gia đình được điều tra**

**Bảng: Nguồn nước chính các hộ gia đình sử dụng**

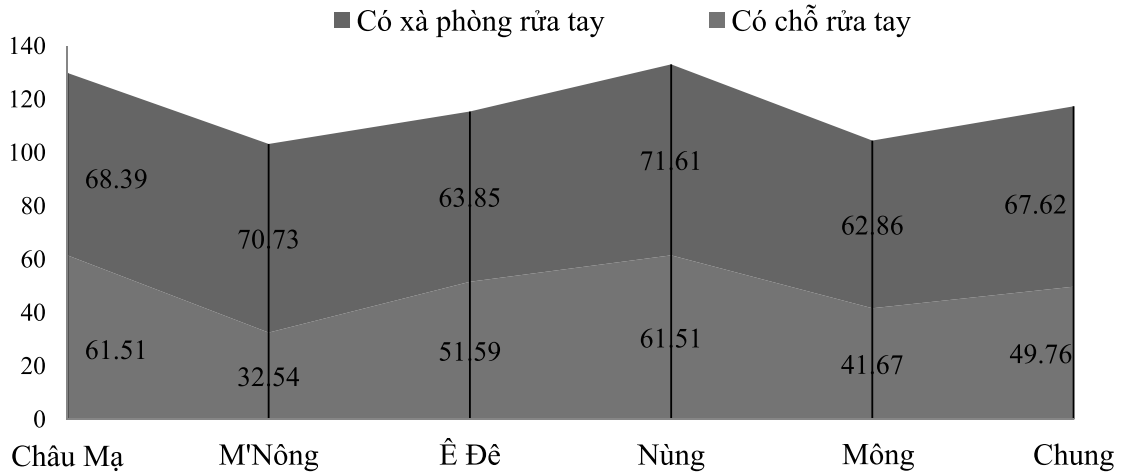
Nguồn nước sử dụng chính	Châu Mạ		M'Nông		Ê Đê		Nùng		Mông		Chung	
	(n=252)		(n=252)		(n=252)		(n=252)		(n=252)		(n=1260)	
	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)
Giếng khoan	35	13.89	44	17.46	192	76.19	175	69.44	3	1.20	449	35.66
Giếng đào	167	66.27	200	79.37	51	20.24	48	19.05	56	22.31	522	41.46
Nước mưa	4	1.59	4	1.59	7	2.78	2	0.79	0	0.00	17	1.35
Nước máng lằn	2	0.79	0	0.00	0	0.00	0	0.00	150	59.76	152	12.07
Nước máy	43	17.06	0	0.00	2	0.79	27	10.71	0	0.00	72	5.72
Nước suối	1	0.40	4	1.58	0	0.00	0	0.00	42	16.73	47	3.73
<b>Tổng số</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>251</b>	<b>100</b>	<b>1259</b>	<b>100</b>

Kết quả điều tra có 6 nguồn nước được sử dụng cho thấy, nhiều nhất là nước giếng đào (41,46%), tiếp theo là giếng khoan (35,66 %), nước máng lần 12,07%. Những nguồn nước còn lại được sử dụng có

tỷ lệ thấp. Vẫn có tới 23,33% hộ gia đình phải đi xin nước để sử dụng.

### 3.3. Tỷ lệ hộ gia đình có chỗ rửa tay và xà phòng rửa tay.

**Biểu đồ: Tỷ lệ hộ gia đình có chỗ rửa tay và xà phòng rửa tay**



Tỷ lệ hộ gia đình có chỗ rửa tay nhìn chung không cao, dao động trong khoảng 30-60%. Cao nhất ở người dân tộc Nùng (61,51%), thấp hơn cả ở người M'Nông 32,54%. Dùng xà phòng rửa tay đều đạt trên 60% ở tất cả 5 nhóm dân tộc được điều tra.

## IV. BÀN LUẬN

### 3.1. Tỷ lệ bao phủ nhà tiêu hộ gia đình ở điểm điều tra

Tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu thuộc loại hợp vệ sinh (chưa tính đến chất lượng) là 25,71%, thấp hơn so với kết quả điều tra, đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ (MICS) năm 2014 do Tổng cục Thống kê thực hiện, có 82,9% dân số đang sống trong các hộ gia đình sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh. Các hộ dân tộc thiểu số có tỷ lệ sử dụng nhà tiêu không hợp vệ sinh hoặc không có nhà tiêu khá cao (48,5%) so với các hộ người Kinh/Hoa (12,1%) [2]. Theo Chu Văn Thắng và Cs (2011), bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp 1.800 chủ hộ gia đình và quan sát nhà tiêu của các hộ gia đình tại vùng nông thôn của 6 tỉnh (Hà Nam, Thái Nguyên, Đắk Lắk, Quảng Trị, Kiên Giang và Vũng Tàu), kết quả cho thấy: Tỷ lệ hộ GD có nhà tiêu riêng là 73,9%, trong đó có 65,4% có nhà tiêu hợp vệ sinh. [3].

Trong nghiên cứu này, chỉ có 10,79% hộ gia đình có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn về xây dựng và 7,86% có nhà tiêu

đạt tiêu chuẩn về sử dụng và bảo quản (QĐ 08/2005 của Bộ Y tế). Kết quả này cũng thấp hơn so với báo cáo của Cục Quản lý Môi trường y tế (2011), điều tra tại 6 tỉnh (Nam Định, Điện Biên, Hà Tĩnh, Kon Tum, Ninh Thuận, An Giang) có 35,5% số gia đình có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn về xây dựng và 33,9% đạt tiêu chuẩn về sử dụng và bảo quản [4]. Sự sai khác này có thể do sự phát triển kinh tế, xã hội ở từng địa phương khác nhau, cùng với hiệu quả can thiệp của các Chương trình, Dự án thông qua các hoạt động truyền thông, hỗ trợ cộng đồng trong việc tăng độ phủ nhà tiêu hợp vệ sinh cho người dân ở khu vực nông thôn, vùng sâu, vùng xa.

Trong khảo sát của chúng tôi cũng cho thấy, tỷ lệ sử dụng nhà tiêu tự hoại là 14,84%, nhà tiêu thấm dội nước 14%, loại hai ngăn, chìm thông hơi, Biogas có tỷ lệ không đáng kể. Vẫn còn tới 14,76% sử dụng hố xí đào, đáng chú ý ở người Ê Đê (36,11%) và người Nùng (31,75%). Theo báo cáo của Bộ Y tế, khoảng 81,1% các hộ sống ở khu vực thành thị dùng loại nhà tiêu tự hoại nhưng chỉ có 38,6% dân số ở nông thôn sử dụng loại nhà tiêu này. Tuy nhiên, hơn 28,6% dân số nông thôn vẫn đang sử dụng hố xí không hợp vệ sinh, gồm 8,6% sử dụng hố xí lộ thiên. Tỷ lệ sử dụng hố xí lộ thiên khá phổ biến trong nhóm chủ hộ dân tộc thiểu số (27,7%).

### 3.2. Tỷ lệ bao phủ nguồn nước sử dụng ở hộ gia đình được điều tra



Khảo sát 6 nguồn nước được sử dụng cho thấy, nguồn nước sử dụng nhiều nhất là nước giếng đào (41,46%). Theo thống kê năm 2011, hơn một nửa dân số sống ở Tây Nguyên sử dụng nước giếng đào là nguồn nước chính, khoảng 1/3 dân số vùng Trung du và miền núi phía Bắc cũng đang sử dụng nguồn nước này [4]. Nghiên cứu mô tả cắt ngang của Vũ Văn Vừng & Cs tại huyện Đăk Song, Đăk Nông, cho thấy: số hộ gia đình có giếng đào chiếm 67,05% [5].

### 3.3. Tỷ lệ hộ gia đình có chỗ rửa tay và xà phòng rửa tay

Rửa tay bằng xà phòng là một biện pháp can thiệp y tế có tính hiệu quả nhất về mặt chi phí nhằm giảm nguy cơ mắc bệnh tiêu chảy ở trẻ em. Việc sử dụng nước và xà phòng để rửa tay sau khi đi vệ sinh, trước khi ăn và trước khi cho trẻ ăn là rất cần thiết. Quan sát cho thấy có 49,76 hộ gia đình có chỗ rửa tay và 67,62% có xà phòng rửa tay. Tỷ lệ này khá cao ở người dân tộc thiểu số.

### IV. KẾT LUẬN

Qua phân tích kết quả điều tra thực trạng một số công trình vệ sinh của người dân tộc thiểu số sống tại vùng khó khăn ở tỉnh Đăk Nông năm 2016, chúng tôi có một số nhận xét sau:

Tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu thuộc loại hợp vệ sinh là không cao (25,71%). Trong đó: nhà tiêu tự hoại là 14,84%, nhà tiêu thấm dội nước 14%, loại hai ngăn, chìm thông hơi, Biogas có tỷ lệ không đáng kể. Vẫn còn tới 14,76% sử dụng hố xí đào.

Chỉ có 10,79% hộ gia đình có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn về xây dựng và 7,86% có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn về sử dụng và bảo quản.

Nguồn nước sử dụng nhiều nhất là nước giếng đào (41,46%). Vẫn có tới 23,33% hộ gia đình phải đi xin nước để sử dụng.

Có 49,76% hộ gia đình có chỗ rửa tay và 67,62% có xà phòng rửa tay.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO/UNICEF (2012). Progress on Drinking water and Sanitation: 2012 update.
2. Tổng cục Thống kê và UNICEF (2015). Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2014, Báo cáo cuối cùng, Hà Nội, Việt Nam.
3. Chu Văn Thắng, Lê Thị Thanh Xuân, Lê Thị Hoàn, Trần Thị Thoa. Kiến thức của người dân về nhà tiêu hợp vệ sinh tại Việt Nam năm 2011 – 2012, *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập XXIV, số 7(156) 2014.
4. Cục Thống kê (2011). *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ, năm 2011*, Báo cáo kết quả, 2011, Hà Nội, Việt Nam.
5. Vũ Văn Vừng, Đặng Tuấn Đạt & Cs (2006). *Kết quả điều tra về sử dụng nhà tiêu và nguồn nước sinh hoạt tại huyện Đăk Song, tỉnh Đăk Nông*, Đề tài khoa học công nghệ cấp cơ sở, Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên, 2006.

# THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG NƯỚC GIẾNG KHOAN TẠI XÃ BÁCH THUẬN, HUYỆN VŨ THƯ TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

Ngô Thị Nhu<sup>1</sup>, Đặng Thị Vân Quý<sup>1</sup>, Bùi Văn Kiên<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực trạng chất lượng nước giếng khoan tại xã Bách Thuận huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 6 năm 2017 với 30 mẫu nước giếng khoan chúng tôi thu được: 82,2% gia đình không sử dụng bể lọc để xử lý nguồn nước. Qua kết quả xét nghiệm cho thấy 100% mẫu nước giếng khoan đạt tiêu chuẩn về chỉ tiêu Nitri, 3,3% mẫu đạt chỉ tiêu chất hữu cơ, 86,7% mẫu đạt chỉ tiêu muối, 20,0% mẫu đạt chỉ tiêu sắt và 60,0% mẫu đạt chỉ tiêu asen. Số mẫu nước giếng khoan đạt các chỉ tiêu vi sinh vật chiếm tỷ lệ thấp: Coliform 63,3%, *Fecal coliform* đạt 36,7%, *Cl. Welchii* chỉ đạt 16,7%.

**Từ khóa:** Giếng khoan, chất lượng nước

## SUMMARY:

### SITUATION OF DRILLING WELL WATER QUALITY IN BACH THUAN COMMUNE, VU THU DISTRICT, THAI BINH PROVINCE IN 2017

The study was conducted on the quality of drilling well water in Bach Thuan commune, Vu Thu district, Thai Binh province from January 2017 to June 2017 with 30 well water samples with gaining that 82.2% of families did not use filter tanks to treat water source. The test results showed that 100% of the well water samples met Nitri criteria, 3.3% met organic standards, 86.7% reached salinity criteria, 20.0% reached iron criteria and 60.0% reached arsenic criteria. Drilling well water samples reached low living levels: Coliform 63.3%, *Fecal coliform* 36.7%, *Cl. Welchii* only 16.7%.

**Key words:** Drilling well, water quality.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Bộ Tài nguyên và Môi trường cho thấy hiện nay tổng lượng nước mặt đang được khai thác ở nước ta khoảng 80,6 tỷ m<sup>3</sup>; tổng lượng nước khai

thác dưới đất khoảng 10,53 triệu m<sup>3</sup>/ngày đêm; trong đó đồng bằng Bắc Bộ và đồng bằng Nam Bộ là hai khu vực khai thác nhiều nhất với tổng lượng khai thác của 2 vùng khoảng 5,87 triệu m<sup>3</sup>/ngày đêm [1].

Kết quả báo cáo của UNICEF cho thấy tại Việt Nam hiện nay có khoảng 15,1% số hộ gia đình vẫn đang sử dụng nước sông, suối, ao hồ làm nguồn nước chính cho ăn uống và sinh hoạt; 30,4% hộ gia đình có nguồn nước chính không hợp vệ sinh; 15,3% và 4,6% nguồn nước có nguy cơ ô nhiễm rất cao và cao [5].

Xã Bách Thuận là một xã vùng ven sông Hồng thuộc huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình. Theo báo cáo của trạm y tế nguồn nước được người dân sử dụng chủ yếu ở xã là nước giếng khoan trong sinh hoạt, nước mưa và nước máy chiếm tỷ lệ chưa nhiều. Mặt khác, nguồn nước giếng khoan ở đây được người dân sử dụng chủ yếu trong sinh hoạt nhưng tỷ lệ qua lọc còn thấp. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau:

*Mô tả thực trạng chất lượng nước giếng khoan tại xã Bách Thuận, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình*

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành ở xã Bách Thuận thuộc huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình, là xã vùng ven sông Hồng

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Mẫu nước giếng khoan để xét nghiệm

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp dịch tễ học mô tả dựa trên cuộc điều tra cắt ngang.

Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Cỡ mẫu cho xét nghiệm được áp dụng công thức sau:

$$n = Z^2_{\alpha/2} \times \frac{SD^2}{d^2}$$

Trong đó:

- n: Là cỡ mẫu nghiên cứu

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Trường Cao đẳng Y tế Thái Bình

- z: Là độ tin cậy lấy ở ngưỡng xác suất  $\alpha=0,05$  ( $z=1,96$ )

- Với SD được chọn cho nghiên cứu là 2,5

-  $d^2$ : Sai số mong muốn = 0,05

Theo tính toán cỡ mẫu nguồn nước làm xét nghiệm được làm tròn là:

n= 30 mẫu

#### 2.4. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2017 đến tháng 6/2017

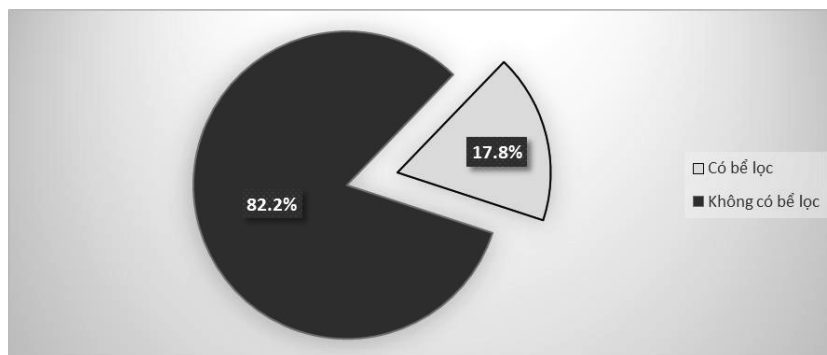
### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Độ sâu của giếng khoan tại các hộ gia đình (n=298)**

Độ sâu giếng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<10m	54	18,1
10-15m	219	73,5
>15m	25	8,4
Tổng	298	100

Bảng 3.1 cho thấy độ sâu của giếng khoan tại địa bàn nghiên cứu. 73,5% giếng khoan có chiều sâu 10 đến 15m, 18,1% giếng có chiều sâu dưới 10m. Chỉ một số ít có chiều sâu trên 15m.

**Biểu đồ 3.1. Thực trạng sử dụng bể lọc tại địa bàn nghiên cứu (n=298)**



Biểu đồ 3.1 cho thấy người dân sử dụng nguồn nước giếng khoan trong ăn uống và sinh hoạt nhưng chỉ có tỷ lệ nhỏ (17,8%) gia đình sử dụng bể lọc nước trước khi sử dụng.

**Bảng 3.2. Tỷ lệ mẫu nước đạt tiêu chuẩn vệ sinh về chỉ tiêu chỉ điểm vệ sinh (n=30)**

Chỉ tiêu	Tiêu chuẩn	Số mẫu đạt	Tỷ lệ (%)
Chất hữu cơ ( $\text{mgO}_2/\text{l}$ )	4	1	3,3
Amoniac (mg/l)	3	4	13,3
Nitrit (mg/l)	3	30	100

Kết quả bảng 3.2 cho thấy 100% mẫu nước giếng khoan xét nghiệm không đạt tiêu chuẩn vệ sinh, 100% mẫu đạt tiêu chuẩn Nitrit, 13% mẫu đạt tiêu chuẩn Amoniac nhưng chỉ có 3,3% mẫu đạt tiêu chuẩn chất hữu cơ.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ mẫu nước đạt tiêu chuẩn chỉ tiêu Fe, NaCl (n=30)**

Chỉ tiêu	Tiêu chuẩn	Số mẫu đạt	Tỷ lệ (%)
Hàm lượng sắt (mg/l)	0,3-0,5	6	20,0
Hàm lượng NaCl (mg/l)	300	26	86,7

Bảng 3.3 trình bày kết quả xét nghiệm 2 chất chỉ điểm sinh hoạt của mẫu nước đó là sắt và muối clorua. Từ kết quả trên cho thấy trong 30 mẫu nước giếng khoan làm

xét nghiệm chỉ có 20% mẫu đạt tiêu chuẩn sắt trong đó 86,7% mẫu đạt tiêu chuẩn muối Natri Clorua.

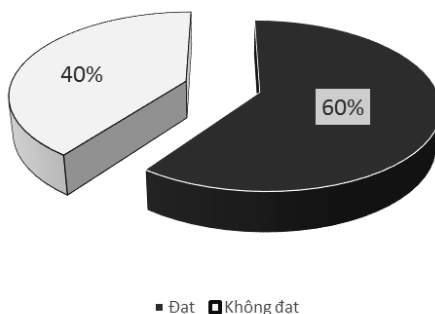
**Bảng 3.4. Tỷ lệ mẫu nước đạt tiêu chuẩn vệ sinh về chỉ tiêu vi sinh vật (n=30)**

Chỉ tiêu	Tiêu chuẩn	Số mẫu đạt	Tỷ lệ (%)
Coliform	50	19	63,3
Fecal coliform	0	11	36,7
Cl.welchii	0	5	16,7

Trong các mẫu làm xét nghiệm tìm vi sinh vật qua bảng 3.4 Cho thấy 63,3% mẫu đạt chỉ tiêu Coliform,

36,7% mẫu đạt chỉ tiêu Fecal coliform. Mẫu đạt chỉ tiêu Cl.welchii thấp chiếm 16,7%.

**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ mẫu nước đạt tiêu chuẩn vệ sinh về asen (n=30)**



Kết quả xét nghiệm tiêu chuẩn asen được trình bày tại biểu đồ 3.2 cho thấy 60% mẫu nước giếng đạt tiêu chuẩn.

**Bảng 3.5. Tỷ lệ mẫu nước đạt chỉ tiêu asen theo chiều sâu của giếng (n=30)**

Chiều sâu giếng	Asen Đạt	Tỷ lệ (%)
<10m	3	16,7
10-15m	11	61,1
>15m	4	22,2

Bảng 3.5 cho thấy chiều sâu giếng khoan từ 10m đến 15m có tỷ lệ đạt tiêu chuẩn asen là cao nhất 61,1%

**Bảng 3.6. Giá trị trung bình, giá trị min – max các chỉ tiêu xét nghiệm ở giếng khoan (n=30)**

Chỉ tiêu xét nghiệm	Giá trị TB	Giá trị min-max
pH	7,35±0,271	7,0 - 8,0
Chất hữu cơ (mgO <sub>2</sub> /l)	6,34 ± 2,0	3,84 - 11,2
Amoniac (mg/l)	21,55 ± 19,74	0 - 75
Nitrit (mg/l)	0,283 ± 0,536	0 - 2
Hàm lượng Fe (mg/l)	19,54 ± 13,10	0 - 38
Hàm lượng NaCl (mg/l)	125,33 ± 105,3	30 - 420
Coliform (VK/100ml)	286,23 ± 718,42	0 - 2400
Fecal coliform (VK/100ml)	32,00 ± 89,02	0 - 460
Cl.Welchii (VK/10ml)	16,83 ± 20,78	0 - 100





Bảng 3.6 tổng hợp các chỉ tiêu đánh giá tình trạng vệ sinh của các nguồn nước giếng khoan tại địa bàn nghiên cứu. Có mẫu nước có các chỉ tiêu vượt quá nhiều lần so

với tiêu chuẩn vệ sinh: Chất hữu cơ cao nhất là 11,2mgO/l; Coliform cao nhất là 2400vk/100ml; Cl.Welchii cao nhất là 100vk/10ml

**Bảng 3.7. Tỷ lệ mẫu nước đạt tiêu chuẩn vệ sinh (n=30)**

Chỉ tiêu	Số mẫu đạt	Tỷ lệ (%)
Vệ sinh	1	3,3
Sinh Hoạt	2	6,7
Vi sinh vật	4	13,3
Chung	0	-

Xét tổng thể các nhóm chỉ tiêu xét nghiệm các mẫu nước, kết quả bảng 3.7 cho thấy hầu như các nguồn nước đều không đạt yêu cầu vệ sinh.

#### IV. BÀN LUẬN

Nước giếng khoan là loại nước ngầm được bơm lên và xử lý qua bể lọc, dễ dàng sử dụng được ở mọi nơi, mọi miền, mọi mùa mà không tốn kém. Hiện nay trên thị trường có hai công nghệ xử lý nước ngầm thông thường là lọc chậm và làm thoáng tiếp xúc.

Để đánh giá chất lượng của một nguồn nước, người ta phải thực hiện theo các nguyên tắc chung sau: điều tra thực địa nguồn nước, lấy mẫu xét nghiệm và có thể điều tra về mặt dịch tễ học nếu thấy cần thiết. Các xét nghiệm cần thiết cho đánh giá chất lượng đó là: các xét nghiệm cảm quan, xét nghiệm hóa học, xét nghiệm vi sinh vật và các độc chất cùng các nguyên tố vi lượng. Trong nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành 10 xét nghiệm cơ bản sau: pH; các chất có giá trị đánh giá về mặt vệ sinh: chất hữu cơ, amoniac, nitrit; các xét nghiệm vi sinh vật: coliform, fecal coliform, vi khuẩn kỵ khí; độc chất asen và 2 chỉ tiêu sinh hoạt: sắt và muối gốc clo

Trong nước chất hữu cơ càng nhiều thì mức độ ô nhiễm càng cao và nước càng sẫm màu. Tiêu chuẩn vệ sinh của chất hữu cơ là 4mgO/lít. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hàm lượng chất hữu cơ trung bình ở giếng khoan là 6,34 ± 2,0 mgO/l, giá trị max – min là 11,2 – 3,84. Số mẫu đạt tiêu chuẩn chất hữu cơ chỉ có 1 mẫu chiếm 3,3%. So với nghiên cứu của các tác giả khác về chất lượng nước ở Thái Bình, cho thấy kết quả của chúng tôi có số mẫu đạt tiêu chuẩn thấp hơn [2], [3], [4].

Asen là một kim loại nặng, độc tính cao. Asen phân bố rộng rãi trong vỏ trái đất. Asen trong nước vẫn là nguy cơ tiềm ẩn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các nguồn nước ngầm trong địa bàn nghiên cứu đều bị nhiễm asen. Tuy nhiên tỷ lệ số mẫu đạt tiêu chuẩn là 60%.

Để đánh giá ô nhiễm vi sinh vật trong nguồn nước ngầm chúng tôi sử dụng một số chỉ tiêu: Coliform, Feacal Coliform, Cl. Welchii. Coliform đánh giá mức độ ô nhiễm, Feacal coliform đánh giá thời điểm nước mới nhiễm phân và các chất thải, Cl. Welchii đánh giá thời điểm nhiễm phân đã lâu. Nghiên cứu số mẫu nước giếng khoan đạt các chỉ tiêu vi sinh vật, kết quả cho thấy số mẫu đạt các chỉ tiêu này chiếm tỷ lệ: Chỉ tiêu Coliform đạt 63,3%, chỉ tiêu Feacal coliform đạt 36,7% và chỉ tiêu Cl. Welchii đạt 16,7%. Các mẫu xét nghiệm này có những mẫu đạt tới 2400 vi khuẩn Coliform/100ml, 460 vi khuẩn Feacal coliform/100ml và 100 vi khuẩn Cl. Welchii /10ml nước xét nghiệm. Điều này hoàn toàn phù hợp với kết quả về hóa học và cũng chứng tỏ một điều rằng, nguồn nước giếng khoan bị ô nhiễm khá trầm trọng.

Qua các số liệu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mẫu nước giếng đạt tiêu chuẩn vệ sinh về hóa học là 1/30, chỉ tiêu sinh hoạt là 2/30 và chỉ tiêu vi sinh vật là 4/30. Nếu tính cả 3 chỉ tiêu trên thì không có mẫu đạt tiêu chuẩn vệ sinh có nghĩa là các mẫu nước đó không đảm bảo an toàn về mặt vệ sinh.

#### V. KẾT LUẬN

- 19% hộ gia đình dùng nguồn nước giếng khoan sử dụng trong ăn uống và 100% người dân sử dụng nguồn nước giếng khoan để sử dụng trong sinh hoạt.

- 82,2% gia đình không sử dụng bể lọc để xử lý nguồn nước.

- 100% mẫu nước giếng khoan đạt tiêu chuẩn về chỉ tiêu Nitri, chỉ có 3,3% đạt chỉ tiêu chất hữu cơ. 86,7% mẫu đạt chỉ tiêu muối và 20,0% mẫu đạt chỉ tiêu sắt. 60,0% mẫu đạt chỉ tiêu asen.

- Số mẫu nước giếng khoan đạt các chỉ tiêu vi sinh vật chiếm tỷ lệ thấp: Coliform 63,3%, *Feacal coliform* đạt 36,7%, *Cl. Welchii* chỉ đạt 16,7%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Tài nguyên và Môi trường (2015), Báo cáo hiện trạng môi trường quốc gia giai đoạn 2011-2015
2. Trần Thị Khuyên và cộng sự (2011) “Hiệu quả một số giải pháp can thiệp phòng bệnh cho người dân khi sử dụng nguồn nước ngầm ô nhiễm asen”, Tạp chí Y học Thực hành, 12(798), tr.141-145.
3. Bùi Thị Ngọc Linh (2015) Đánh giá chất lượng nguồn nước và kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về sử dụng nước sinh hoạt tại xã Vũ Đông, thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình năm 2015, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Dược Thái Bình
4. Ngô Thị Nhu và cộng sự (2007) “Thực trạng vệ sinh nguồn nước ngầm tại một số xã vùng nông thôn Đông Hưng, Thái Bình”, Tạp chí Y học Thực hành, số 10, tr. 17- 19.
5. UNICEF (2011), Báo cáo tóm tắt mối liên quan giữa vệ sinh môi trường, nguồn nước hộ gia đình và hành vi chăm sóc trẻ của bà mẹ với tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại Việt Nam

-----oO-----

## THỰC TRẠNG NGUỒN LỰC ĐẢM BẢO TIÊM AN TOÀN TẠI TRẠM Y TẾ XÃ/PHƯỜNG THÀNH PHỐ PHỦ LÝ TỈNH HÀ NAM NĂM 2016

Nguyễn Xuân Bái<sup>1</sup>, Đặng Thị Ngọc Anh<sup>1</sup>,  
Chu Thị Hồng Huế<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu dịch tễ học mô tả kết hợp điều tra cắt ngang được tiến hành từ 8/2016 đến 5/2017 trên 21 trạm y tế xã/phường và 163 nhân viên y tế (NVYT) với mục tiêu: Mô tả thực trạng nguồn lực đảm bảo tiêm an toàn tại 21 trạm y tế xã/phường thành phố Phủ Lý tỉnh Hà Nam năm 2016.

Kết quả nghiên cứu cho biết trình độ chuyên môn là y sĩ và điều dưỡng viên chiếm tỷ lệ cao (33,6%); thâm niên công tác chủ yếu >10 năm (53,4%). Tỷ lệ NVYT được tập huấn về tiêm an toàn (TAT) chiếm 68,2%.

Phần lớn TYT đều có hộp đựng an toàn dùng 1 lần; 85,7% số trạm sử dụng dung dịch sát khuẩn tay nhanh. Số lượng bông tiêm có bông rửa tay và khăn lau tay sau rửa còn ít (trung bình 1,1 bông/trạm và 9,3 khăn/trạm)

**Từ khóa:** Nguồn lực, trạm y tế xã/phường, tiêm an toàn.

### SUMMARY:

#### SITUATION OF RESOURCES FOR INJECTION SAFETY AT COMMUNE/WARD HEALTH STATIONS IN PHU LY CITY, HA NAM PROVINCE IN 2016

The descriptive, cross-sectional study was implemented at 21 Commune/Ward Health Stations (CHSs) to describe the situation of resources for injection safety at CHSs in Phu Ly city, Ha Nam Province from August 2016 to May 2017.

The results showed that a high percentage of Health Care Workers (HCWs) had the professional title as assistant doctors and nurses, and the majority had more than 10 years of working experience (33.6% and 53.4% respectively). The percentage of HCWs trained about injection safety were 68.2%.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình
2. Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

Ngày nhận bài: 12/12/2017 | >> Ngày phản biện: 18/01/2018 | >> Ngày duyệt đăng: 31/01/2018

The most of CHSs have single-use safety boxes; 85.7% of CHSs used quick hand sanitizers. The number of injection rooms having sink and clean towel were moderate (1,1 sink/CHC and 9,3 clean towels/CHC on average).

**Key words:** Resources, commune/ward health stations, injection safety.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới, tiêm là một thủ thuật tương đối phổ biến trong quá trình dự phòng và điều trị tại các cơ sở y tế. Các trạm y tế xã/phường là đơn vị y tế cơ sở, thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, sơ cứu, cấp cứu, điều trị các bệnh lý thông thường. Hàng năm các trạm y tế xã/ phường đã có hàng triệu mũi tiêm được thực hiện chủ yếu là tiêm chủng mở rộng. Tuy nhiên hiện nay có khoảng 50% số mũi tiêm tại các nước đang phát triển chưa đạt đủ các tiêu chuẩn cần thiết cho một mũi tiêm an toàn [2]. Việc tiêm không an toàn có thể gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng cho người bệnh, nhân viên y tế và cộng đồng [6]. Nguồn nhân lực, trang thiết bị và vấn đề xử lý rác thải sau tiêm là những yếu tố ảnh hưởng không nhỏ đến mũi tiêm không an toàn [4].

Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả thực trạng nguồn lực đảm bảo tiêm an toàn tại 21 trạm y tế xã/phường thành phố Phủ Lý tỉnh Hà Nam năm 2016.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu được chọn là 21 trạm y tế xã/phường: 11 trạm y tế xã, 10 trạm y tế phường thuộc Trung

tâm Y tế thành phố Phủ Lý.

- Đối tượng nghiên cứu là nguồn lực phục vụ công tác tiêm an toàn, bao gồm:

- Sổ sách, báo cáo của các trạm.
- Nhân lực y tế tại các trạm: trình độ chuyên môn, thâm niên công tác, tập huấn về tiêm an toàn
- Các trang thiết bị hiện có phục vụ cho tiêm an toàn tại các trạm được lựa chọn như phòng tiêm, bồn rửa tay, khăn lau tay, khay đựng dụng cụ, thùng đựng rác, thùng kháng khuẩn, chai sát khuẩn tay nhanh, các vật tư tiêu hao: găng tay, bơm kim tiêm, kim lấy thuốc...

- Thời gian nghiên cứu từ 8/2016 đến tháng 5/2017.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu dịch tễ học mô tả với điều tra cắt ngang.

2.2.2. Kỹ thuật chọn mẫu và cỡ mẫu

\* Chọn mẫu: Chọn toàn bộ 21 trạm y tế xã/phường của thành phố Phủ Lý.

\* Cỡ mẫu cho phỏng vấn là 88 NVYT (Phỏng vấn toàn bộ NVYT trực tiếp tham gia tiêm hàng ngày. Bác sĩ, dược sĩ là đối tượng tham gia gián tiếp. Vì vậy cỡ mẫu cho phỏng vấn kiến thức về TAT =  $107 - (10 + 9) = 88$  NVYT)

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thống kê nguồn nhân lực, trang thiết bị và phương tiện phục vụ TAT và tiêm chủng an toàn thông qua sổ sách và báo cáo tại tất cả các trạm y tế được điều tra bằng phiếu thu thập thông tin.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS 17.0 để phân tích số liệu, các kết quả được trình bày theo số lượng và tỷ lệ phần trăm.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Bảng phân cấp trạm y tế theo tiêu chuẩn và theo vùng (n=21)**

Tiêu chuẩn - Vùng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<i>Theo tiêu chuẩn</i>		
Đạt chuẩn quốc gia	13/21	61,9
Chưa đạt chuẩn quốc gia	8/21	38,1
<i>Theo vùng</i>		
Nội thành	8/21	38,1
Vùng ven thị	13/21	61,9

Bảng 3.6 cho thấy 21 trạm y tế trên địa bàn nghiên cứu mới chỉ có 13 trạm y tế đạt chuẩn, vẫn còn 8 trạm chưa đạt chuẩn, trong đó có tới 4/8 trạm nằm trong nội

thành, tiêu chí chưa đạt chủ yếu là thiếu cơ sở vật chất, khuôn viên chật chội, thiếu vườn cây thuốc nam

**Bảng 2. Trình độ chuyên môn của nhân viên y tế tại địa bàn nghiên cứu**

Trình độ chuyên môn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bác sĩ	10	9,3
Y sĩ	36	33,6
Điều dưỡng viên	36	33,6
Hộ sinh	16	15,0
Dược sĩ	9	8,5
<b>Tổng số</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

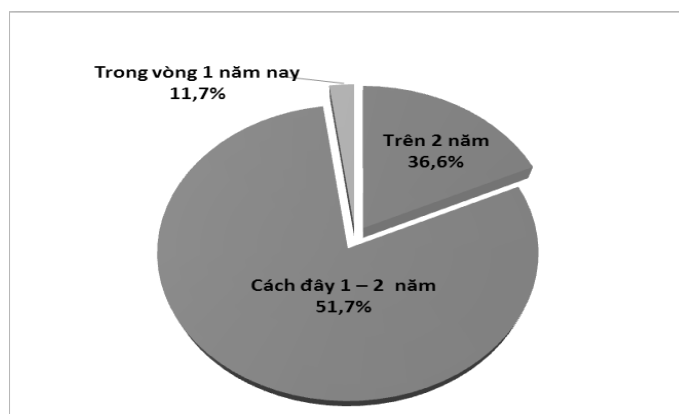
Trong tổng số 107 NVYT đang công tác tại 21 trạm y tế xã phường có 10 bác sĩ chiếm 9,3% ; 36 y sĩ chiếm 33,6%; 36 điều dưỡng viên chiếm 33,6%; 16 hộ sinh chiếm 15,0%; 9 dược sĩ trung học chiếm 8,5%.

**Bảng 3. Thâm niên công tác, tỷ lệ tập huấn tiêm an toàn của NVYT thuộc đối tượng nghiên cứu (n=88)**

Chỉ số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thâm niên công tác	Dưới 1 năm	0	-
	Từ 1-5 năm	19	21,6
	Từ 6-10 năm	22	25
	Trên 10 năm	47	53,4
Tỷ lệ tập huấn TAT	Đã được tập huấn	60	68,2
	Chưa được tập huấn	28	31,8

Trong số NVYT thuộc đối tượng nghiên cứu bao gồm: Y sĩ, điều dưỡng viên, hộ sinh có thâm niên công tác trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (53,4%), tiếp đến là nhóm có thâm niên từ 6-10 năm (25%). Còn lại là nhóm từ 1-5 năm. Có 60 người trả lời đã được tập huấn về TAT (68,2%), còn lại 28 người trả lời chưa được tập huấn TAT (31,8%), tuy nhiên 100% NVYT cho biết đã được tập huấn về tiêm chủng an toàn.

**Bảng 4. Tỷ lệ NVYT cho biết thời gian từ khi tập huấn tới nay (n=60)**



Trong 88 NVYT có 31 NVYT được tập huấn về TAT trong thời gian cách thời điểm điều tra 1- 2 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (51,7%), chỉ có 22 NVYT trả lời thời gian đã tập huấn >2 năm (36,6%), và 7 NVYT được tập huấn trong vòng 1 năm nay (11,7%).



**Bảng 5. Thực trạng một số vật tư tiêu hao liên quan đến tiêm an toàn**

Các chỉ tiêu	Số lượng	Trung bình	Min- Max
Số đôi găng tay	1850	88	50-150
Số kim lấy thuốc	1034	49,2	10-120
Số BKT dùng một lần	4936	235,1	50-700
Số BKT còn hạn sử dụng	4930	234,8	50-700

Tổng số kim lấy thuốc hiện có tại thời điểm điều tra của toàn bộ 21 trạm là 1034. Số lượng bơm kim tiêm dùng một lần là 4930 và số găng tay là 1850 đôi. Số lượng kim lấy thuốc, bơm kim tiêm dùng một lần cũng như số găng tay hiện có ở tất cả các trạm y tế đều đủ cơ số phục vụ cho công tác TAT. Không có trạm y tế nào bị thiếu cơ số.

**Bảng 6. Thực trạng một số trang thiết bị phục vụ hoạt động tiêm**

Các chỉ tiêu	Số lượng	Trung bình	Min- Max
Tổng số xe tiêm	49	2,3	1-4
Số hộp cấp cứu sốc phản vệ	49	2,3	1-4
Số lọ sát khuẩn tay nhanh	47	2,2	1-3
Số hộp an toàn dùng một lần	213	10,1	3-25
Số hộp an toàn tự tạo	12	0,6	0-10
Số khay tiêm	66	3,1	2-8
Số bộ DC tiêm được hấp sấy	40	1,9	0-4
Số buồng tiêm có bồn rửa tay	23	1,1	0-2
Số lượng khăn lau hiện tại	195	9,3	1-10

Trong tổng số 49 xe tiêm ở 21 trạm đều có đủ 49 hộp chống sốc đi kèm, số lọ sát khuẩn tay nhanh thiếu 2 lọ (thay thế bằng dung dịch cồn). Cơ cấu các vật dụng, trang thiết bị ở các trạm tương đối đồng đều. Một số trạm buồng tiêm không có bồn rửa tay, có trạm chỉ dùng 1 khăn lau tay cho nhiều lần rửa tay.

**Bảng 7. Tỷ lệ trạm có dung dịch sát khuẩn tay nhanh, xà phòng rửa tay (n=21)**

Danh mục	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Microshield	7/21	33,3
Glycerin + cồn	3/21	14,3
Khác (Aqua vera)	11/21	52,4
Lifeboy	16/21	76,2
Khác (Dove, Naphashield)	5/21	23,8

Trong 21 trạm y tế xã/phường có: 18 trạm sử dụng dung dịch sát khuẩn tay nhanh là Microshield và Aqua vera do Trung tâm Y tế thành phố cấp đồng bộ, chỉ có 3 trạm đang dùng cồn sát khuẩn vì chưa lĩnh vật tư. 16 trạm dùng xà phòng rửa tay Lifeboy và 5 trạm sử dụng loại khác.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Thực trạng nguồn nhân lực

Kết quả điều tra trong tổng số 107 nhân viên y tế đang công tác tại 21 trạm y tế xã phường có 10 bác sĩ chiếm 9,3% , 36 y sĩ chiếm 33,6%, 36 điều dưỡng viên chiếm 33,6%, 16 hộ sinh 15%, 9 dược sĩ trung học chiếm 8,5%. So với nghiên cứu của Ninh Văn Chủ tại 19 trạm y tế ở thị xã Quảng Yên tỉnh Quảng Ninh bác sĩ chiếm 13%, y sĩ chiếm 42,4%, điều dưỡng viên 21,7%, hộ sinh 12%, dược sĩ trung học chiếm 10,9% [1].

Nhóm NVYT có thâm niên công tác  $\geq 10$  năm chiếm tỷ lệ cao nhất (53,4%), tiếp đến là nhóm NVYT có thâm niên từ 5-10 năm (25%). Còn lại là nhóm từ 1-5 năm. Kết quả này so với nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định năm 2009 chỉ có 9,2% điều dưỡng viên có độ tuổi dưới 30, còn độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 41-50 tuổi (41,4%), trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Tập thì độ tuổi từ 41-50 cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (40,5%) [5].

Trong tổng số 88 NVYT được phỏng vấn tại địa bàn nghiên cứu chỉ có 60 người trả lời đã được tập huấn về TAT, còn lại 28 người trả lời chưa được tập huấn TAT, tuy nhiên 100% NVYT cho biết đã được tập huấn về tiêm chủng an toàn. Trong các tiêu chí về tiêm chủng an toàn đã bao hàm TAT, vì vậy các NVYT qua tập huấn tiêm chủng an toàn cũng phần nào hiểu được TAT. Khác với nghiên cứu của Lê Thị Thúy Nhân tại Bệnh viện tỉnh Thái Bình 2012 [3].

Tỷ lệ NVYT được tập huấn về TAT trong thời gian gần đây ( $< 2$  năm) chiếm tỷ lệ cao, chỉ có 22 NVYT trả lời thời gian tập huấn  $> 2$  năm. So với kết quả nghiên cứu của Ninh Văn Chủ tại thị xã Quảng Yên là cao hơn [1].

### 4.2. Thực trạng trang thiết bị phục vụ tiêm an toàn

Kết quả điều tra toàn bộ 21 trạm y tế có 213 hộp an toàn dùng một lần, chỉ có 12 hộp tự tạo bằng chai nước khoáng. Khác với nghiên cứu của Tạ Tuyết Bình từ năm

2005 tại 3 cơ sở y tế ở Hà Nội cho kết quả đa phần các bệnh viện giai đoạn trước đây đều đang dùng hộp nhựa tự tạo để đựng vật sắc nhọn. Điều đó chứng tỏ trong thời gian gần đây các sở y tế, trung tâm y tế đã đầu tư kinh phí cho vấn đề này.

Kết quả điều tra ở 21 trạm cho thấy, có 23 buồng tiêm có bồn rửa tay (trung bình 1,1/trạm). Cả 21 trạm đều có dung dịch sát khuẩn tay nhanh và xà phòng rửa tay (có tới 18 trạm sử dụng dung dịch sát khuẩn tay nhanh là Microshield và Aqua Vera do Trung tâm Y tế thành phố cấp đồng bộ, chỉ có 3 trạm đang dùng cồn sát khuẩn vì chưa linh kiện vật tư. 16 trạm dùng xà phòng rửa tay Lifeboy và 5 trạm sử dụng loại khác) tuy nhiên số lượng khăn lau tay hiện còn thiếu rất nhiều so với yêu cầu khăn lau tay chỉ đủ để mỗi NVYT thực hiện hai lần rửa tay. Như vậy, để RTTQ vào những thời điểm theo quy định thì NVYT bắt buộc phải sử dụng lại khăn lau tay đã dùng rồi, điều đó sẽ ảnh hưởng đến chất lượng của hoạt động rửa tay thường quy của NVYT.

## V. KẾT LUẬN

- 53,4% nhân viên y tế có thâm niên công tác  $\geq 10$  năm, 25% nhân viên y tế có thâm niên từ 5-10 năm, còn lại là nhóm từ 1-5 năm. Không có nhân viên y tế có thời gian công tác nhỏ hơn 1 năm. Phần lớn nhân viên y tế được tập huấn và cấp chứng chỉ về tiêm chủng an toàn, chưa có tập huấn riêng cho tiêm an toàn.

- Một số trang thiết bị hiện vẫn còn thiếu hoặc chưa đảm bảo cho việc thực hiện các mũi tiêm an toàn bao gồm bộ dụng cụ hấp sấy hàng ngày, khăn lau tay, buồng bệnh có bồn rửa tay. Các vật tư tiêu hao cơ sở có đủ để phục vụ tiêm an toàn. Hộp kháng thủng và dung dịch sát khuẩn tay nhanh được trung tâm y tế trang bị đồng bộ cho tất cả các trạm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ninh Văn Chủ (2015), *Thực trạng tiêm chủng an toàn tại các trạm y tế xã phường thị xã Quảng Yên, tỉnh Quảng Ninh*, Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
2. Nguyễn Việt Hùng (2010), Nghiên cứu thực trạng hoạt động của hội đồng, khoa và mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn tại một số bệnh viện phía Bắc năm 2007, *Tạp chí Y học Thực hành*, số 2(704), tr. 24-28.
3. Lê Thị Thúy Nhân (2012), *Thực trạng nguồn lực, kiến thức, thái độ, thực hành tiêm an toàn*, Luận văn thạc sỹ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Thái Bình.
4. Triệu Quốc Nhượng (2014), “*Đánh giá thực trạng tiêm an toàn*”, Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau.
5. Nguyễn Quang Tập (2012), *Nghiên cứu thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở nhân viên y tế và hiệu quả một số biện pháp can thiệp tại 3 bệnh viện thành phố Hải Phòng*, Luận án Tiến sĩ YTCC, Trường ĐHY Thái Bình.
6. Dương Khánh Vân và cộng sự (2005), “*Điều tra bước đầu về thực hành tiêm an toàn tại một số cơ sở y tế ở Hà Nội*”, *Tạp chí Y học Thực hành*, số 5 (310), tr.44-48.



# Kiến thức, Thái độ về phòng, chống HIV/AIDS của học sinh hai trường trung học phổ thông tại thành phố Thái Bình năm 2016

Phan Thu Nga<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tiến<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Thanh<sup>1</sup>,  
Ngô Văn Đông<sup>1</sup>, Nguyễn Hà My<sup>1</sup>, Phạm Trường Sơn<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định tính và định lượng. Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng phỏng vấn trực tiếp 468 học sinh và phỏng vấn sâu giáo viên chủ nhiệm, bí thư chi đoàn của các lớp đã được chọn tại hai trường THPT trên địa bàn thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình. Áp dụng phương pháp chọn mẫu có chủ định để phỏng vấn đối tượng là Ban Giám hiệu của hai trường. Kết quả nghiên cứu cho thấy 80,3% đối tượng trường Nguyễn Đức Cảnh có kiến thức về phòng chống HIV đạt yêu cầu, tỷ lệ này của học sinh trường Nguyễn Thái Bình là 92,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai trường. Tỷ lệ học sinh trường Nguyễn Đức Cảnh và trường Nguyễn Thái Bình cho rằng tiếp xúc với người nhiễm HIV/AIDS là nguy hiểm chiếm 39,5% và 20,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai trường. Tại 2 trường chương trình phòng chống HIV/AIDS đều được giảng lồng ghép vào chương trình chính khóa hoặc các chương trình ngoại khóa của nhà trường. 11/12 ý kiến của Bí thư chi đoàn các lớp cho rằng khó khăn trong việc tiếp cận thông tin với lý do chủ yếu là học tập và e ngại. 12/12 ý kiến của giáo viên chủ nhiệm cho rằng nên tăng các buổi học ngoại khóa với những hình thức thay đổi phong phú đa dạng sẽ giúp các em tiếp cận dễ hơn với thông tin.

**Từ khóa:** Kiến thức, thái độ, học sinh, HIV/AIDS.

## SUMMARY:

### KNOWLEDGE, ATTITUDE OF PUPILS ON HIV/AIDS PREVENTION IN TWO HIGH SCHOOLS IN THAI BINH CITY IN 2016

A descriptive study through cross-sectional analysis with quantitative and qualitative research.

#### 1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

Tác giả chính Phan Thu Nga: SĐT: 0976.625.250. Email: phanthunga2710@gmail.com

#### 2. Trường Cao đẳng Y tế Thái Bình

Apply stratified random sampling, direct interviews with 468 pupils and in-depth interviews of head teachers and branch secretaries of selected classes at two high schools in the Thai Binh city, Thai Binh province. The intentional sampling method was used to interview the administrators of the two schools. The results show that 80.3% of pupils in Nguyen Duc Canh School and 92.1% of pupils in Nguyen Thai Binh School have knowledge about HIV prevention; the difference is statistically significant between two schools. The percentage of pupils at Nguyen Duc Canh School and Nguyen Thai Binh School indicates that exposure to HIV/AIDS-infected people is dangerous occupy 39.5% and 20.0%, the difference is statistically significant between the two schools. At two schools, HIV/AIDS prevention programs are integrated into the mainstream curriculum or extracurricular programs of the school. 11/12 comments from the class's secretary think that the difficulty in accessing information is mainly due to study and apprehension. 12/12 the teacher's opinion is that increasing extra-curricular sessions with varied forms of change will make it easier for them to gain access to information.

**Keywords:** Knowledge, attitude, pupils; HIV/AIDS.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Báo cáo tổng kết công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2015 và các nhiệm vụ trọng tâm năm 2016. Trong năm 2015, cả nước ta đã phát hiện 10.195 trường hợp nhiễm mới HIV số bệnh nhân chuyển sang AIDS là 6130, tử vong do AIDS 2130 trường hợp. Tính đến cuối năm 2015 cả nước hiện có 227.154



trường hợp nhiễm HIV còn sống và ước tính hiện có 254.000 người nhiễm HIV trong cộng đồng [1]. Các trường THPT chủ yếu cung cấp các kiến thức và thực hành các môn học theo khung đào tạo của Bộ Giáo dục và Đào tạo, tuy nhiên các hoạt động ngoại khóa về các vấn đề liên quan đến sức khỏe của lứa tuổi học sinh THPT lại rất ít. Vì vậy, họ có rất ít cơ hội để tiếp cận các dịch vụ thông tin về phòng chống HIV/AIDS, dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Đây là những nguyên nhân chủ yếu làm tăng thêm nguy lây nhiễm HIV đối với học sinh THPT đặc biệt là ở các khu vực thành phố. Chính vì thế chúng tôi thực hiện đề tài: **“Kiến thức, thái độ về phòng, chống HIV/AIDS của học sinh hai trường trung học phổ thông tại thành phố Thái Bình năm 2016”** với hai mục tiêu:

1. *Mô tả kiến thức, thái độ về phòng, chống HIV/AIDS của học sinh hai trường trung học phổ thông thành phố Thái Bình năm 2016*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ về phòng, chống HIV/AIDS của học sinh hai trường THPT tại địa bàn nghiên cứu*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Trường THPT Nguyễn Đức Cảnh (công lập) và trường THPT Nguyễn Thái Bình (dân lập) tại thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình.

- Đối tượng nghiên cứu:

+ Đối tượng điều tra định lượng: Học sinh lớp 10 đến lớp 12 đang theo học tại 2 trường nghiên cứu

+ Đối tượng điều tra định tính: Ban Giám hiệu của hai trường, giáo viên chủ nhiệm và bí thư chi đoàn của các lớp được chọn vào nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 8/2016 – 6/2017

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.

#### 2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu:  $n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$

Thực tế chúng tôi điều tra 468 học sinh.

Điều tra định lượng: Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng. Do

trường THPT có 3 khối lớp, mỗi khối lớp có tuổi khác nhau (lớp 10: 16 tuổi; lớp 11: 17 tuổi; lớp 12: 18 tuổi). Tại mỗi khối lớp được định nghĩa là 1 tầng, mỗi tầng điều tra 68 học sinh. Từ trong mỗi tầng chọn ngẫu nhiên 2 – 3 lớp học, sau đó điều tra tất cả học sinh của các lớp được chọn để cho đủ số đối tượng đã tính. Mục đích của nghiên cứu là mong muốn tìm hiểu những thông tin đầy đủ về kiến thức, thái độ của đối tượng về phòng chống HIV/AIDS.

Điều tra định tính: Phỏng vấn sâu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn đối với Ban Giám hiệu nhà trường, giáo viên chủ nhiệm và Bí thư chi đoàn của các lớp được chọn vào nghiên cứu. Trên thực tế chúng tôi phỏng vấn 26 đối tượng.

### 2.3. Công cụ thu thập số liệu

- Điều tra định lượng: Phỏng vấn trực tiếp học sinh đang học tại hai trường THPT tại thành phố Thái Bình bằng bộ phiếu phỏng vấn đã được thiết kế sẵn. Bộ câu hỏi được hoàn thiện sau khi điều tra thử.

Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức chung: Cộng điểm tất cả các câu sau đó tính giá trị Mean của quần thể. Kiến thức về phòng chống HIV/AIDS đạt khi tổng điểm > Mean và không đạt khi tổng điểm ≤ Mean.

Tiêu chuẩn đánh giá thái độ chung: Cộng điểm tất cả các câu sau đó tính giá trị Mean của quần thể. Thái độ về phòng chống HIV/AIDS đạt khi tổng điểm > Mean và không đạt khi tổng điểm ≤ Mean.

- Điều tra định tính: Chọn có chủ định các nhóm đối tượng sau để phỏng vấn sâu với những bộ câu hỏi được thiết kế sẵn:

+ Ban Giám hiệu hai trường

+ Giáo viên chủ nhiệm của các lớp được chọn vào nghiên cứu.

+ Bí thư chi đoàn của các lớp được chọn vào nghiên cứu.

### 2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau khi điều tra được làm sạch thô và nhập vào máy vi tính bằng phần mềm EPI-DATA, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 16.0 để xử lý với các test thống kê y học, giá trị  $p < 0.05$  được coi là có ý nghĩa thống kê. Kết quả thu được sau khi xử lý số liệu được trình bày dưới dạng các bảng, biểu đồ, hộp... Phân tích nội dung được sử dụng trong nghiên cứu định tính.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Kiến thức, thái độ của học sinh về phòng chống HIV/AIDS



**Bảng 3.1. Kiến thức của học sinh về cách phòng chống HIV/AIDS**

Cách phòng	Giới tính	Nam		Nữ		p
		Số lượng	%	Số lượng	%	
Không dùng chung bơm kim tiêm		238	93,0	197	92,9	>0,05
Sử dụng biện pháp phòng khi QHTD		210	82,0	136	64,2	<0,05

Có 93,0% đối tượng nam và 92,9% đối tượng nữ biết không dùng chung bơm kim tiêm có thể phòng tránh nhiễm HIV/AIDS, không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Tỷ lệ đối tượng nam cho rằng việc sử

dụng các biện pháp bảo vệ khi quan hệ tình dục có thể phòng tránh HIV/AIDS chiếm 82,0% và tỷ lệ này ở nữ chiếm 64,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

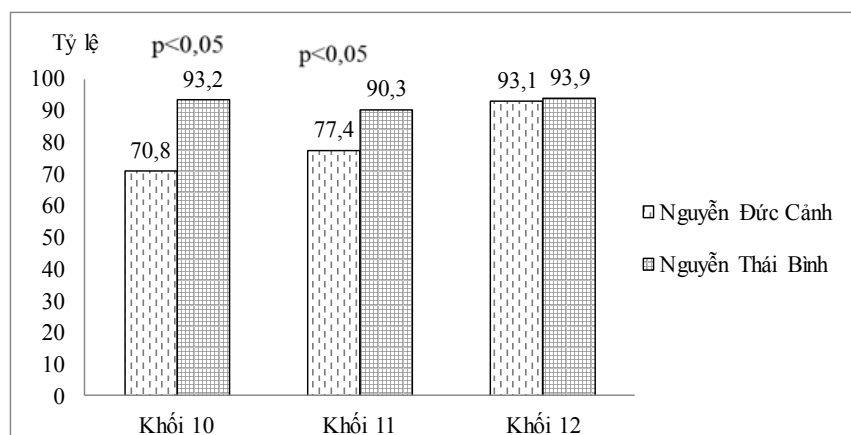
**Bảng 3.2. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về phòng chống HIV/AIDS theo giới tính**

Kiến thức	Giới tính	Nam		Nữ	
		THPT Nguyễn Đức Cảnh (n=153)	THPT Nguyễn Thái Bình (n=103)	THPT Nguyễn Đức Cảnh (n=75)	THPT Nguyễn Thái Bình (n=137)
Đạt		85,6	92,2	69,3	92,0
Không đạt		14,4	7,8	30,7	8,0
p		>0,05		<0,05	

Kết quả bảng trên cho thấy có 85,6% học sinh nam trường Nguyễn Đức Cảnh và 92,2% học sinh nam trường Nguyễn Thái Bình có kiến thức đạt về phòng tránh HIV/AIDS, sự khác biệt không có ý thức thống kê về kiến thức giữa học sinh nam

của hai trường. Tỷ lệ học sinh nữ trường Nguyễn Đức Cảnh có kiến thức đúng chiếm 69,3% và tỷ lệ này ở học sinh nữ trường Nguyễn Thái Bình chiếm 92,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  giữa 2 trường nghiên cứu.

**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về phòng chống HIV/AIDS theo khối lớp**



Tại khối 10, có 70,8% học sinh Nguyễn Đức Cảnh và 93,2% học sinh Nguyễn Thái Bình có kiến thức đúng về phòng chống HIV/AIDS, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tại khối 11, có 77,4% học sinh Nguyễn Đức Cảnh và 90,3% học sinh Nguyễn Thái Bình có kiến thức đúng về

phòng chống HIV/AIDS, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tại khối 12, có 93,1% học sinh Nguyễn Đức Cảnh và 93,9% học sinh Nguyễn Thái Bình có kiến thức đúng về phòng chống HIV/AIDS, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

### Hộp 3.1. Mong muốn của học sinh được biết thêm thông tin về HIV/AIDS

“... Chúng em muốn biết thêm nguyên nhân gây bệnh HIV/AIDS, đường lây truyền và cách phòng bệnh. Nguồn cung cấp thông tin là các buổi học, giao lưu ngoại khóa...”

(Em A. Trường Nguyễn Đức Cảnh)

“...Chúng em muốn được cung cấp thêm nhiều thông tin về HIV/AIDS qua những hình ảnh từ các áp phích, tranh gắp, tờ rơi để dễ nhận biết, hoặc thông qua những buổi giao lưu về phòng chống HIV/AIDS được Đoàn trường tổ chức...”

(Em G. Trường Nguyễn Thái Bình)

“...Chúng em mong muốn có nhiều thông tin hơn về cách phòng tránh nhiễm HIV/AIDS qua những diễn đàn trên mạng xã hội như facebook, zalo có như thế chúng em mới tiếp cận thông tin dễ dàng hơn...”

(Em V. Trường Nguyễn Đức Cảnh)

Hộp 3.1 là một số mong muốn của học sinh về việc biết thêm thông tin về HIV/AIDS, đường lây truyền và cách

phòng bệnh, các em còn đề xuất một số ý kiến về cách tiếp cận thông tin qua báo chí, internet, mạng xã hội...

**Bảng 3.3. Thái độ của học sinh về việc tiếp xúc với những người mắc HIV/AIDS**

Thái độ	Trường Nguyễn Đức Cảnh (n=228)		Trường Nguyễn Thái Bình (n=240)		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Nguy hiểm	90	39,5	48	20,0	<0,05
Không nguy hiểm	96	42,1	157	65,4	
Không biết	42	18,4	35	14,6	

Tỷ lệ học sinh trường Nguyễn Đức Cảnh cho rằng tiếp xúc với người nhiễm HIV/AIDS là nguy hiểm chiếm 39,5%; không nguy hiểm chiếm 42,1%; không biết chiếm

18,4%. Tỷ lệ trên tại trường Nguyễn Thái Bình lần lượt là 20,0%; 65,4% và 14,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai trường.

**Bảng 3.4. Thái độ của học sinh khi được rủ rê đi tìm đối tượng bán dâm**

Thái độ	Nam (n=256)		Nữ (n=212)		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Đồng ý	29	11,3	11	5,2	<0,05
Không đồng ý	207	80,9	189	89,2	
Không biết	20	7,8	12	5,7	



Tỷ lệ học sinh nam trả lời đồng ý việc quan hệ với gái mại dâm chiếm 11,3%; trả lời không đồng ý chiếm 80,9%; và không biết chiếm 7,8%. Tỷ lệ trên ở nữ giới lần lượt là 5,2%; 89,2% và

5,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ.

### 3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ thực hành của học sinh về phòng, chống HIV/AIDS

**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa nơi học với kiến thức về phòng chống HIV/AIDS của học sinh**

Trường	Đúng		Không đúng		p	OR (95%CI)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
THPT NĐC	183	80,3	45	19,7	<0,05	2,8 (1,6-5,1)
THPT NCT	221	92,1	19	7,9		

Tại trường THPT Nguyễn Đức Cảnh, tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về phòng chống HIV/AIDS chiếm 80,3% và tại trường THPT Nguyễn Thái Bình là 92,1%,

có mối liên quan giữa nơi học và kiến thức về phòng chống HIV/AIDS với  $p < 0,05$  và  $OR = 2,8$ .

### Hộp 3.2. Các chương trình, hoạt động tổ chức tại trường cho học sinh về phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS

“... Trong học phần Sinh học, học phần Giáo dục công dân chúng tôi có ghép vào giảng dạy phần đường lây truyền của HIV và cách phòng tránh. Ngoài ra chúng tôi có chương trình “Khi tôi 18” do Đoàn thanh niên phát động, đây là sân chơi của các em được tổ chức hàng tuần dưới dạng bảng tin hoặc các buổi giao lưu. Tại sân chơi này các em sẽ được chia sẻ những điều đã biết và chưa biết về tất cả các lĩnh vực trong cuộc sống hiện nay, trong đó có phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS...”

(Thầy T, Phó Hiệu trưởng Trường Nguyễn Thái Bình)

“... Chúng tôi có lồng ghép giảng dạy cho các em trong môn Sinh học hoặc các buổi sinh hoạt lớp các thầy, cô chủ nhiệm sẽ nhắc nhở các em về vấn đề này. Các thông tin về phòng chống HIV/AIDS được nói tới trong các buổi chào cờ đầu tuần của nhà trường, chương trình ngoại khóa qua hệ thống đài truyền thanh, báo tường nhân dịp ngày thành lập Đoàn (26-3), ngày Nhà giáo Việt Nam (20-11)...”

(Thầy L, Hiệu trưởng Trường Nguyễn Đức Cảnh)

Hộp 3.2 nêu lên ý kiến của Ban Giám hiệu về các chương trình, hoạt động về phòng chống HIV/AIDS được tổ chức cho học sinh tại hai trường nghiên cứu, tại

2 trường chương trình phòng chống HIV/AIDS đều được lồng ghép vào chương trình chính khóa hoặc các chương trình ngoại khóa của nhà trường.

**Bảng 3.6. Mối liên quan giữa giới tính với thái độ khi được rủ rê tìm đối tượng bán dâm của học sinh**

Giới	Thái độ	Đồng ý		Không		p	OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Nam		29	11,3	227	88,7	<0,05	2,3 (1,2-4,9)
Nữ		11	5,2	201	94,8		

Tỷ lệ học sinh nam có thái độ đồng ý quan hệ với gái mại dâm khi được yêu cầu chiếm 11,3% và tỷ lệ này ở nữ giới chiếm 5,2%. Có mối liên quan giữa giới tính của đối tượng nghiên cứu và thái độ của đối tượng về việc quan hệ với gái mại dâm với  $p < 0,05$  và  $OR = 2,3$

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Thanh Nga về hiểu biết các bệnh lây truyền qua đường tình dục cho thấy học sinh có hiểu biết khá tốt về HIV/AIDS (74%). Tác giả nhận định học sinh có hiểu biết tốt về HIV/AIDS là do công tác truyền thông, giáo dục về bệnh này tại Ninh Bình được tiến hành thường xuyên liên tục ở mọi lứa tuổi [3]. Có sự khác biệt về kiến thức giữa nam và nữ do quan niệm của người Việt Nam từ trước đến nay phụ nữ phải mang đầy đủ các đức tính công, dung, ngôn, hạnh nên khi tìm hiểu về vấn đề nhạy cảm như quan hệ tình dục có lẽ các em nữ vẫn còn e dè, ngại ngùng nên chưa có đủ kiến thức về vấn đề này. Các em học sinh nam thì không có bất cứ rào cản nào khi tìm hiểu về vấn đề nói trên nên mới dẫn đến sự khác biệt về kiến thức giữa nam và nữ (bảng 3.1, 3.2). Có thể tại trường Nguyễn Thái Bình có chương trình “khi tôi 18” giúp các em tìm hiểu khối 10, khối 11 tìm hiểu được nhiều kiến thức đúng về HIV/AIDS hơn so với các em của trường Nguyễn Đức Cảnh. Còn khối 12 thuộc lứa tuổi lớn nhất về tuổi đời trong trường nên, thông tin các em tìm hiểu được cũng tốt hơn (biểu đồ 3.1)

Qua tìm hiểu thì các thông tin thực tế các em thu được rất vụn vặt không bài bản, cụ thể, chuyên sâu; vì thế có khi các em nghe câu được câu mất. Chính vì nguyên nhân này mà dẫn đến kiến thức phòng chống HIV của học sinh trong trường chưa được tốt, có khi hiểu sai về căn bệnh HIV nên gây ra tâm lý sợ hãi quá mức, tăng sự kỳ thị đối với bệnh nhân HIV/AIDS trong cộng đồng. Mặc dù kiến thức và thái độ đúng của các em học sinh chiếm tỷ lệ khá cao nhưng khi hỏi “các em có mong muốn biết thêm các thông tin về phòng chống HIV/AIDS không” thì 12/12 ý kiến của đối tượng nghiên cứu định tính tại 2 trường đều trả lời là “chúng em rất muốn biết thêm các thông tin về phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS”.

Thái độ của học sinh trong nghiên cứu của chúng tôi đối với người nhiễm HIV, các đối tượng có nguy cơ cao và các chương trình phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS chưa thực sự tích cực. Tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Thanh: 48,8% có thái độ tìm cách chia sẻ và giúp đỡ, còn tỷ lệ khá cao học sinh có thái độ xa lánh người nhiễm HIV/AIDS (7,4%) [4].

So với nghiên cứu của Nguyễn Bá Tông (2006 - Bình Thuận) kết quả cho thấy đa số các em có thái độ đối xử tích cực với người nhiễm 90,7% [5]. Nghiên cứu của Lê Trọng Lưu trên nhóm học sinh phổ thông trung học kết quả cho thấy tỷ lệ học sinh có thái độ đúng là 64,5 [2]. Điều này có thể là một dấu hiệu cho thấy rằng kỳ thị vẫn còn là một vấn đề đáng kể. Mặt khác kết quả trên cho thấy có một nhóm nhỏ thanh niên vẫn còn kỳ thị và phân biệt đối xử gây ra nhiều tác động không tốt với người nhiễm, từ đời sống hàng ngày đến mong muốn tiếp cận các dịch vụ y tế (bảng 3.3). Tuy nhiên đánh giá thái độ của học sinh khi được rủ rê đi tìm đối tượng bán dâm thì các em có thái độ đúng chiếm tỷ lệ khá cao và thái độ đúng ở học sinh nữ cao hơn so với học sinh nam (bảng 3.4). Nơi học của học sinh là một yếu tố quan trọng có liên quan đến kiến thức và thái độ đúng của các em học sinh. Vì hướng đi của Ban Giám hiệu trong việc giảng dạy cho các em về những vấn đề này là rất quan trọng, điều này thể hiện qua các chương trình giảng dạy trong trường THPT.

Trong nghiên cứu của tác giả Lê Quang Trung, phân tích thái độ thực hành phòng chống HIV/AIDS của các em học sinh có liên quan đến giới tính cho thấy: Hầu hết các em đó có thái độ tham gia tích cực như; tham gia vào XN HIV, tham gia tích cực vào hoạt động phòng tránh HIV/AIDS với tỷ lệ từ 84,6% đến 96,2% [6]. Nữ giới chịu nhiều ảnh hưởng từ thái độ của những người đồng trang lứa về quyết định liên quan đến tình dục hơn. Những lý do trên đã giải thích cho kết quả bảng 3.6 trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ học sinh có thái độ không đồng ý khi được gợi ý bán dâm có xu hướng cao hơn 2,3 lần so với nam học sinh.

#### V. KẾT LUẬN

##### 1. Kiến thức, thái độ của học sinh về phòng chống HIV/AIDS

- 80,3% đối tượng trường Nguyễn Đức Cảnh có kiến thức về phòng chống HIV đạt yêu cầu, tỷ lệ này của học sinh trường Nguyễn Thái Bình là 92,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai trường

- Tỷ lệ học sinh trường Nguyễn Đức Cảnh và trường Nguyễn Thái Bình cho rằng tiếp xúc với người nhiễm HIV/AIDS là nguy hiểm chiếm 39,5% và 20,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai trường

- 11/12 ý kiến của Bí thư chi đoàn các lớp cho rằng khó khăn trong việc tiếp cận thông tin với lý do chủ yếu là học tập và e ngại.

##### 2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ



### Thực hành của học sinh về phòng, chống HIV/AIDS

- Có mối liên quan giữa nơi học và kiến thức về phòng chống HIV/AIDS với  $p < 0,05$  và  $OR = 2,8$
- Tại 2 trường chương trình phòng chống HIV/AIDS đều được giảng lồng ghép vào chương trình chính khóa hoặc các chương trình ngoại khóa của Nhà trường.
- Có mối liên quan giữa giới tính của đối tượng nghiên cứu và thái độ của học sinh đối với gợi ý mua bán dâm với  $p < 0,05$  và  $OR = 2,3$

### VI. KHUYẾN NGHỊ

1. Nhà trường, gia đình và xã hội cần phối hợp chặt chẽ để giáo dục đạo đức lối sống lành mạnh cho các em.
2. Đoàn thanh niên trong nhà trường cần tăng cường tổ chức những buổi giao lưu, tọa đàm về vấn đề phòng chống HIV/AIDS. Bí thư chi đoàn của các lớp nên đề cập về vấn đề trên nhiều hơn nữa trong các buổi sinh hoạt chi đoàn.
3. Đa dạng hóa các hình thức truyền thông trong trường học như: Bảng tin, báo tường, đài truyền thanh của trường, mạng xã hội, tổ chức các cuộc thi về phòng chống HIV/AIDS trong toàn trường.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2016), “Tình hình nhiễm HIV ở Việt Nam tính đến ngày 31/12/2015”, *Tạp chí AIDS và cộng đồng*. 6 (213), tr. 36.
2. Lê Trọng Lưu (2004), *Đánh giá mức độ kiến thức, thái độ, và thực hành về phòng chống HIV/AIDS của học sinh phổ thông trung học năm học 2003-2004 tỉnh Ninh Thuận*, Hà Nội.
3. Đinh Thị Thanh Nga (2013), *Tìm hiểu thực trạng nhận thức, thái độ và hành vi của học sinh THPT về sức khỏe sinh sản, trên địa bàn huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình*, Đại học Hoa Lư, Ninh Bình.
4. Nguyễn Đức Thanh (2013), “Thái độ đối với HIV/AIDS, hiểu biết về nguồn cung cấp thông tin và nơi điều trị HIV/AIDS của học sinh trung học phổ thông”, *Tạp chí Y học Thực hành*. 5 (869), tr. 148-150.
5. Nguyễn Bá Tòng Trần Thiện Thuận (2006), *Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống HIV/AIDS của học sinh phổ thông trung học thành phố Phan Thiết tỉnh Bình Thuận năm 2006*.
6. Lê Quang Trung (2012), *Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành phòng, chống HIV/AIDS của học sinh THPT huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa năm 2011*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hải Phòng, Hải Phòng.

# THỰC TRẠNG RỐI NHIỄU TÂM TRÍ CỦA SINH VIÊN Y ĐA KHOA NĂM THỨ 2, TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH NĂM 2017

Nguyễn Văn Thịnh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Minh Phương<sup>1</sup>,  
Vũ Đức Anh<sup>1</sup>, Hà Thu Nguyệt<sup>2</sup>

## TÓM TẮT:

Sau khi tiến hành điều tra 300 sinh viên năm thứ 2 (Khóa 45) tại Trường Đại học Y Dược Thái Bình năm 2017, chúng tôi thu được kết quả như sau: Tỷ lệ sinh viên Y đa khoa năm thứ 2 của Trường Đại học Y Dược Thái Bình có hiện tượng rối nhiễu tâm trí chiếm 88,3%, trong đó: nhóm sinh viên có rối nhiễu ở mức độ trung bình chiếm 44,1%; nhóm sinh viên có rối nhiễu ở mức độ nhẹ chiếm 31,0%; nhóm sinh viên có rối nhiễu ở mức độ nặng chiếm 24,9%. Nhóm sinh viên có học lực trung bình có rối nhiễu tâm trí là 35,0% và học lực khá có tỷ lệ rối nhiễu tâm trí là 30,6%. Sinh viên ở trọ bên ngoài có hiện tượng rối nhiễu tâm trí cao (chiếm 74,0%) so với nhóm sinh viên không ở trọ (ở nhà, nhà người quen hay ở ký túc xá).

**Từ khóa:** Rối nhiễu tâm trí, sinh viên năm thứ 2

## ABSTRACT:

**THE SITUATION OF MENTAL DISORDERS OF THE SECOND YEAR STUDENTS AT THAI BINH MEDICINE AND PHARMACY UNIVERSITY IN 2017**

After conducting a survey of 300 second year students (45<sup>th</sup> course) at Thai Binh University of Medicine and Pharmacy in 2017, we obtained the following results: Thai Binh Medico-mental Medicine accounted for 88,3% of students with mental disorders, in which students with moderate disability accounted for 44,1%; group of students with mild disturbance accounted for 31,0%; Students with severe disturbances accounted for 24,9%. The average student learning disability group had 35,0% mental disability and 30,6% had a mental retardation rate of 30,6%. Students staying outside have a high level of mental confusion (74,0%) compared to non-homestay students (at home, at home, or in a dormitory).

1. Khoa Y tế Công cộng, Trường ĐH Y Dược Thái Bình
2. Trường Cao đẳng Sư phạm Thái Bình

**Keywords:** Mental disorders, the second year students.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa về sức khỏe của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) sức khỏe tâm trí là một bộ phận tạo nên sức khỏe ở mỗi chúng ta và rối nhiễu tâm trí (mental disorders) biểu thị sự lệch lạc về sức khỏe tâm thần. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng, sinh viên theo học ngành Y mắc phải các vấn đề về sức khỏe tâm trí cao hơn sinh viên các ngành khác. Nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội năm 2013 trên 8 trường đại học y trong cả nước, kết quả cho thấy có 43,0% trong số 2.099 sinh viên có dấu hiệu trầm cảm. Trong đó, có 23% trầm cảm nhẹ và 20% có thể trầm cảm nặng. Ở Việt Nam, đến thời điểm này, chưa có nhiều nghiên cứu về tình trạng rối nhiễu tâm trí ở sinh viên đang theo học ngành y đa khoa nói chung và đối với sinh viên đang học năm thứ 2 nói riêng. Từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành "*Nghiên cứu thực trạng rối nhiễu tâm trí của sinh viên y đa khoa năm thứ 2, Trường Đại học Y Dược Thái Bình năm 2017*", nhằm mục tiêu: *Mô tả thực trạng rối nhiễu tâm trí của sinh viên y đa khoa năm thứ 2, Trường Đại học Y Dược Thái Bình năm 2017.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Sinh viên hệ chính qui, ngành Y đa khoa năm thứ 2, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

**2.2. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 02 đến tháng 06 năm 2017

**2.3. Địa điểm nghiên cứu:** Trường Đại học Y Dược Thái Bình

### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:*

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ

học mô tả với cuộc điều tra cắt ngang có phân tích.

*Cỡ mẫu và chọn mẫu*

❖ Cỡ mẫu: Sử dụng công thức áp dụng cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

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

Với  $p = 20\%$  (Theo kết quả nghiên cứu của Trung tâm Nghiên cứu và đào tạo phát triển cộng đồng (RTCCD) năm 2008. Từ công thức trên tính được:  $n = 245$ . Trên thực tế chúng tôi tiến hành điều tra 300 sinh viên.

❖ Chọn mẫu

Tiến hành lập danh sách toàn bộ sinh viên đa khoa năm thứ 2 theo lớp (khóa 45 có 10 lớp) hệ chính quy, loại trừ sinh viên người nước ngoài. Tiến hành chọn 30 sinh

viên của mỗi lớp theo cách bốc thăm ngẫu nhiên đối với các em sinh viên tự nguyện tham gia trong danh sách.

**2.5. Phương pháp thu thập thông tin**

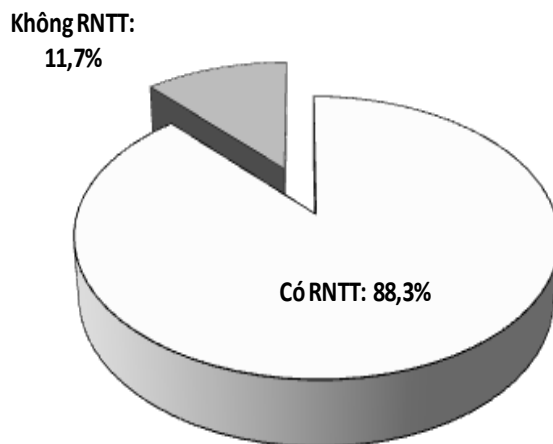
Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi SRQ20 của WHO. SRQ bao gồm 20 câu hỏi với 2 mục tiêu lựa chọn trả lời “Có” hoặc “Không”. Nếu trả lời “Có” được 1 điểm; trả lời “Không” được 0 điểm

Cách xác định mức độ rối nhiễu tâm trí cụ thể như sau:

- Dưới 6 điểm : Không có rối nhiễu tâm trí
- Từ 7 – 11 điểm : Rối nhiễu tâm trí mức độ nhẹ
- Từ 12 – 16 điểm: Rối nhiễu tâm trí mức độ trung bình
- Từ 17 – 20 điểm : Rối nhiễu tâm trí mức độ nặng

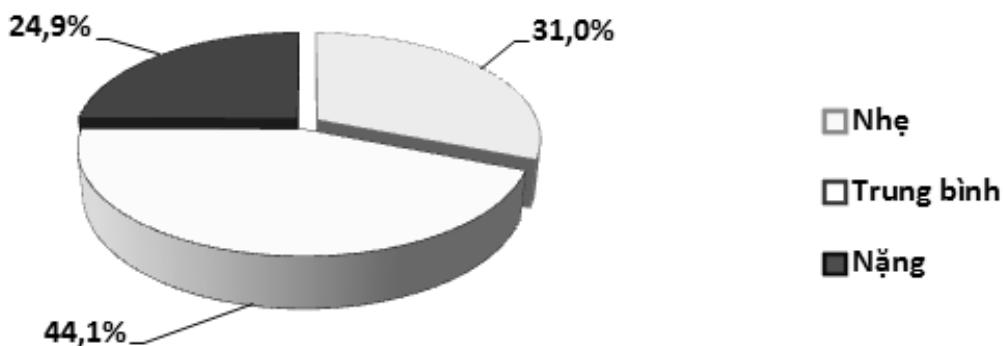
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ RNTT của đối tượng nghiên cứu**



Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy: có 88,3% sinh viên được xác định là có rối nhiễu tâm trí trong tổng số 300 sinh viên năm 2 ngành Y đa khoa được phỏng vấn. Chỉ có 11,7% sinh viên không có rối nhiễu tâm trí.

**Biểu đồ 3.2: Mức độ RNTT ở đối tượng NC**



Biểu đồ 3.2 cho biết: trong tổng số 265 sinh viên Y đa khoa năm thứ 2 được xác định là có rối nhiễu tâm trí, có 24,9% rối nhiễu ở mức độ nặng, 44,1% sinh viên rối nhiễu ở mức độ trung bình và 31,0% rối nhiễu ở mức độ nhẹ.

**Bảng 3.1. Cơ cấu về hiện tượng RNTT theo giới tính của sinh viên**

Giới tính	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nam	81	30,6
Nữ	184	<b>69,4</b>
<b>Tổng</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>

Bảng 3.1 cho thấy trong tổng số sinh viên tham gia nghiên cứu có RNTT thì sinh viên nữ chiếm 69,4%, nam sinh viên có rối nhiễu tâm trí với tỷ lệ 30,6%; kết quả này hoàn toàn phù hợp vì đối tượng nghiên cứu chiếm đa số là nữ, nếu tính theo số học thì tỷ lệ có RNTT theo giới tính là tương đương nhau.

**Bảng 3.2. Cơ cấu về hiện tượng RNTT theo học lực của sinh viên**

Học lực	Có RNTT	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Giỏi	28	10,6
Khá	81	30,6
Trung bình	<b>93</b>	<b>35,0</b>
Trung bình yếu	45	17,0
Kém	18	6,8
<b>Tổng</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>

Bảng trên cho thấy hiện tượng RNTT xuất hiện ở tất cả sinh viên có kết quả học tập khác nhau. Trong số đó, nhóm sinh viên có học lực trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất với 35,0%; nhóm có học lực khá chiếm 30,6%; kể đến là nhóm sinh viên có học lực trung bình yếu là 17,0%, học lực giỏi chiếm 10,6%; sinh viên có học lực yếu chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,8%).

**Bảng 3.3. Cơ cấu về hiện tượng RNTT theo nơi ở của sinh viên**

Nơi ở của sinh viên	Có RNTT	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Ở trọ	196	74,0
Ở nhà người quen	6	2,3
Ở kí túc xá	50	18,9
Ở nhà	13	4,8
<b>Tổng</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>





Bảng 3.3 cho thấy trong số những sinh viên có rối nhiễu tâm trí, phần đông ở trọ bên ngoài (chiếm 74,0%), một bộ phận ở kí túc xá (18,9%), số ít sinh viên sống cùng gia đình (4,8%) hoặc ở nhà người quen (2,3%). Trên thực tế về nơi ở của sinh viên nhà trường, đa số là ở trọ do chưa đủ chỗ ở trong ký túc xá, tại ký túc xá của nhà trường chỉ đủ bố trí cho những sinh viên có hoàn cảnh khó khăn, gia đình chính sách, do đó sinh viên phải trọ ở ngoài nên cũng có nhiều phức tạp dẫn đến những áp lực đối với sinh viên.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn ngưỡng định biệt là  $\geq 7$ , nghĩa là nếu sinh viên nào có tổng số điểm từ 7 trở lên thì được xếp vào nhóm có rối nhiễu tâm trí. Theo đó, có 88,3% sinh viên Y đa khoa năm thứ 2 được xác định là có rối nhiễu tâm trí. Tỷ lệ này cao hơn so với những đề tài chúng tôi được biết và tham khảo, đặc biệt cao hơn so với một số nghiên cứu nước ngoài trên đối tượng thanh niên (bao gồm cả nhóm sinh viên đại học và cao đẳng) cùng sử dụng bộ công cụ SRQ20 của WHO cho tỷ lệ rối nhiễu tâm trí dao động từ 17-35% (tùy thuộc vào ngưỡng định biệt). Nghiên cứu của Trần Ngọc Đăng, Đỗ Văn Dũng, Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh cũng dùng bộ công cụ SRQ20 để xác định tỷ lệ rối nhiễu tâm trí của sinh viên khoa Y tế công cộng, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh năm 2010 cho kết quả: 58,47% với ngưỡng định biệt là  $\geq 8$  [15]. Một nghiên cứu khác tiến hành ở Thái Bình năm 2012 trên học sinh THPT sử dụng bộ công cụ SDQ25 để chẩn đoán sàng lọc rối nhiễu tâm trí trên đối tượng 4-16 tuổi cho thấy: 24,2% học sinh có vấn đề về sức khỏe tâm trí [6]. Nghiên cứu mới nhất tiến hành trên quy mô 8 trường, khoa Y trong cả nước (2014) đối với 2099 sinh viên năm thứ nhất, thứ ba và thứ năm chỉ ra: có 43,2% đối tượng nghiên cứu từng trải qua những dấu hiệu từ trầm cảm nhẹ trở lên (theo thang đo trầm cảm CES-D); cụ thể có 23% có triệu chứng trầm cảm từ nhẹ đến trung bình (mức điểm CES-D từ 16 đến 21), tỷ lệ sinh viên rơi vào mức trầm cảm nặng là 20,2% (điểm CES-D  $>21$ ) [2]. Sở dĩ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao vượt trội như trên có thể xuất phát từ khái niệm rối nhiễu tâm trí là một cách nhìn nhận mới về tình trạng sức khỏe tâm thần theo hướng dự phòng. Với rối nhiễu tâm trí, phạm vi đề cập đến số đông hơn, biểu hiện bệnh ở mức độ nhẹ hơn và như vậy nhiều khả năng tỷ lệ rối nhiễu tâm trí (trong dân số) sẽ cao hơn so với tỷ lệ stress hay tỷ lệ mắc các dạng rối loạn tâm thần khác (tâm thần phân liệt, rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu...). Nghiên cứu trên đối tượng sinh viên Y đa khoa có những điểm chung và những điểm khác biệt nhất định với sinh viên Y tế công cộng về chương trình, thời gian, áp lực học tập... Vì

vậy, mặc dù cùng sử dụng bộ công cụ SRQ20, tỷ lệ sinh viên có rối nhiễu tâm trí trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả của Trần Ngọc Đăng, Đỗ Văn Dũng, Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh [7].

Xét về mức độ rối nhiễu tâm trí, chúng tôi cũng chung quan điểm với các tác giả của Khoa Y tế công cộng, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, chia mức độ rối nhiễu thành ba loại: nhẹ (từ 7 đến 11 điểm), trung bình (từ 12 đến 16 điểm) và mức độ nặng (từ 17 đến 20 điểm). Qua điều tra, tỷ lệ sinh viên có rối nhiễu ở mức độ trung bình chiếm cao nhất (44,1%), tiếp đến là mức độ nhẹ (31,0%), mức độ nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất (24,9%). Như vậy, đa phần sinh viên có rối nhiễu tâm trí ở mức độ từ nhẹ đến trung bình. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Ngọc Đăng, Đỗ Văn Dũng, Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh [7].

Trong số sinh viên có rối nhiễu tâm trí, tỉ lệ sinh viên nữ gấp hơn hai lần sinh viên nam (69,4% và 30,6%), điều này cũng phù hợp với tỷ lệ nam - nữ được nghiên cứu theo phân tích về số học, do đối tượng là nữ gấp hơn hai lần đối tượng nam. Tuy nhiên nếu xét riêng từng giới, tỷ lệ rối nhiễu tâm trí của nam và nữ là tương đương nhau và đều ở mức rất cao (88%), tương đồng với tỷ lệ rối nhiễu chung. Sự chênh lệch về rối nhiễu tâm trí giữa hai giới trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của Trần Quỳnh Anh, Michael P. Dunne, Lư Ngọc Hoạt trên 8 trường, khoa Y của cả nước (2014) [2]. Trong nghiên cứu của các tác giả Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh (2010), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ rối nhiễu tâm trí ở nam và nữ, tuy nhiên có sự khác biệt khá rõ ràng theo sinh viên các năm học và tỷ lệ cao nhất cũng thuộc về sinh viên năm thứ hai [7].

Tỷ lệ rối nhiễu tâm trí cao thuộc về nhóm sinh viên có học lực khá và trung bình (tổng số 65,6%) trong khi tỷ lệ này thấp ở nhóm sinh viên hoặc có học lực giỏi (10,6%) hoặc có học lực trung bình yếu (17,0%), kém (6,8%); kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Đăng khi nghiên cứu trên đối tượng là sinh viên ngành YTCC năm 2011 [7]. Thực tế đối với những sinh viên có học lực giỏi nhưng nếu bị thi lại hoặc đang giới những do học lực xuống mức thấp hơn dễ bị RNTT hơn là những sinh viên có học lực yếu. Như vậy khi người học đạt được kết quả học tập ở mức cao hoặc có kết quả ở mức thấp nhất, họ không có nhiều biểu hiện của lo âu, buồn bã, mệt mỏi so với những sinh viên có học lực ở mức trung bình, khá. Đối với sinh viên Y đa khoa năm thứ hai của Trường Đại học Y Dược Thái Bình là khóa đầu tiên áp dụng chương trình đào tạo theo học chế tín chỉ. Theo đó khoảng điểm để phân chia học lực khác với hình thức đào tạo theo niên chế. Để đạt học lực giỏi, sinh viên cần có điểm trung bình chung học tập các môn từ 8,5 đến 10; học lực khá: từ 7,0 đến 8,4; học

lực trung bình: từ 5,5 đến 6,9; nếu điểm tổng kết từ 4,0 đến 5,4, sinh viên sẽ bị xếp loại học lực trung bình yếu và dưới 4,0 sẽ xếp loại kém. Sinh viên đạt học lực giỏi dường như họ hài lòng với kết quả học tập của mình; với những sinh viên xếp loại học lực trung bình yếu, kém, qua phỏng vấn chúng tôi được biết họ không coi kết quả học tập là một áp lực quá lớn với mình.

Theo kết quả bảng 3.3, tỷ lệ sinh viên có rối nhiễu tâm trí cao nhất là nhóm thuê nhà ở trọ (74,0%), một bộ phận nhỏ ở kí túc xá cho biết có những biểu hiện của rối nhiễu tâm trí (18,9%) và rất ít người có rối nhiễu khi sống cùng gia đình (4,8%) hoặc người quen (2,3%). Điều này có thể lý giải từ việc sinh viên khi phải sống xa nhà, bên cạnh việc học tập còn phải tự lên kế hoạch cho cuộc sống sinh hoạt hằng ngày, chủ động trong chi tiêu với nguồn kinh phí chu cấp từ người thân, gia đình, đòi hỏi các em phải có sự thích nghi với môi trường mới và làm chủ cuộc sống của mình. Ở trọ bên ngoài cho các em sự tự do nhất định trong sinh hoạt, tuy nhiên tiềm ẩn nhiều cám dỗ, nguy hiểm hơn so với môi trường ký túc xá, và chắc chắn không có độ an toàn như ở cùng gia đình, người thân. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Quỳnh Anh, Michael P. Dunne, Lưu Ngọc Hoạt [2].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sinh viên Y đa khoa năm thứ 2 của Trường Đại học Y Dược Thái Bình có hiện tượng rối nhiễu tâm trí chiếm 88,3%, trong đó: nhóm sinh viên có rối nhiễu ở mức độ trung bình chiếm 44,1%; nhóm sinh viên có rối nhiễu ở mức độ nhẹ chiếm 31,0%; nhóm sinh viên có rối nhiễu ở mức độ nặng chiếm 24,9%.

Nhóm sinh viên có học lực trung bình có RNTT là 35,0% và học lực khá có tỷ lệ RNTT là 30,6%;

Sinh viên ở trọ bên ngoài có hiện tượng RNTT chiếm 74% cao hơn số sinh viên không ở trọ.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Nhà trường, Phòng Quản lý Đào tạo đại học cần xem xét khối lượng học tập cho đối tượng sinh viên Y đa khoa năm thứ hai theo hình thức đào tạo chế độ bán trú, tránh sự quá tải, đảm bảo chất lượng dạy và học.

Nêu cao vai trò của nhà trường, tổ phương pháp, giáo viên chủ nhiệm, Đoàn Thanh niên, Hội sinh viên, các câu lạc bộ để tạo cho sinh viên có niềm tin trong môi trường “đại học”, tạo mối quan hệ gắn kết giữa các sinh viên cũng như hình thành cho người học các kĩ năng, nhất là kĩ năng mềm để đối phó với hiện tượng rối nhiễu tâm trí.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (1994), *A USER'S GUIDE TO THE SELF REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ)*.
2. Trần Quỳnh Anh, Michael P. Dunne, Lưu Ngọc Hoạt (2014), Sự thoải mái, dấu hiệu trầm cảm và ý định tự tử của sinh viên các trường đại học y tại Việt Nam, *Tạp chí Y Dược học Việt Nam* - Bộ Y tế, số 6, tháng 3/2014
3. Lê Thúc Dục, Nguyễn Phương Ngọc, Trần Minh Châu, Nguyễn Văn Tiền, Võ Thanh Sơn (2008), Chương trình nghiên cứu “*Những cuộc đời trẻ thơ*”: Khảo sát vòng 2 tại Việt Nam, Báo cáo quốc gia vòng 2 của Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo phát triển cộng đồng (RTCCD).
4. Lê Thị Kim Dung, Lê Thị Bưởi, Đinh Đăng Hòa (2007), *Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng sức khỏe tâm thần của học sinh ở một số trường trung học cơ sở*. Hội thảo can thiệp và phòng ngừa các vấn đề sức khỏe tinh thần trẻ em Việt Nam.
5. Nguyễn Công Khanh, Nguyễn Thị Hằng Phương (2005), *Sử dụng thang lo âu Zung để tìm hiểu thực trạng lo âu ở học sinh THPT trên địa bàn thành phố Hà Nội*.
6. Phạm Thị Mỹ Hạnh, Lê Thị Liễu (2011), Xác định tỷ lệ mắc dấu hiệu trầm cảm bằng thang CES-D và các yếu



tổ gây sang chấn tâm lý ở sinh viên năm thứ nhất niên học 2009-2010 trong các trường cao đẳng, đại học thuộc thành phố Thái Bình, *Đề tài khoa học cấp cơ sở* Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

7. Trần Ngọc Đăng, Đỗ Văn Dũng, Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh (2011), Tỷ lệ rối nhiễu tâm trí và các yếu tố liên quan của sinh viên khoa Y tế công cộng, Đại học Y Dược TP.HCM năm 2010, *Tạp chí Nghiên cứu Y học TP.HCM*, tập 15, Phụ bản số 1, 2011.

-----oO-----

## GIỚI THIỆU PHƯƠNG PHÁP MỚI PHÂN LẬP GEN TỪ MẪU TỰ NHIÊN ĐỂ TẠO RA PROTEIN TÁI TỔ HỢP HOẠT TÍNH

Lê Thị Kim Tuyền<sup>1</sup>, Bạch Khánh Hòa<sup>1</sup>

### TÓM TẮT:

Từ cuối thế kỷ XX đến nay, sự phát triển nhanh chóng thiết bị, kỹ thuật hiện đại, phối hợp với công nghệ thông tin đã cho phép đơn giản hóa công việc trong phòng thí nghiệm sinh học và vẫn tạo ra được những sản phẩm sinh học có giá trị cao. Các thế hệ máy giải trình tự ADN ra đời, giúp cung cấp khối lượng dữ liệu khổng lồ các genom sinh vật, ở GenBank, đặc biệt có genom của nhiều loài vi khuẩn. Vì vậy, việc sàng lọc enzyme giới hạn đã rút ngắn quá trình nghiên cứu chỉ có 3 bước: bước 1 tìm gen đích *in silico* mã cho enzyme giới hạn giả định, bước 2 phát hiện các gen tương tự trong mẫu thiên nhiên, bước 3 clon gen tương tự đó để có sản phẩm tái tổ hợp là một enzyme giới hạn có hoạt tính. Sự thành công của quá trình này được chứng minh thông qua các thành tựu khoa học kết hợp lại với nhau. Quy trình nghiên cứu được thực hiện trực tiếp trên mẫu thiên nhiên nhằm tạo ra sản phẩm tái tổ hợp, chỉ gồm hai khâu *in silico* và *in vitro*. Hiện nay, những kỹ thuật phức tạp trở thành đơn giản khi các thiết bị của phòng thí nghiệm sinh học phân tử được kết nối với công nghệ thông tin.

**Từ khóa:** Tin sinh học; enzyme giới hạn; PCR; clon gen.

### SUMMARY:

**A NEW METHOD TO OBTAIN EXPRESSED RECOMBINANT PROTEINS FROM ENVIRONMENTAL DNA GENES ALIKE A TARGET *IN SILICO* GENE**

Since the end of the XXth century, the recent development of equipment and methods for the biology

research, in association with the information technology has facilitated the laboratory research in getting high value biological products. Thanks to the sequencing automation, an enormous quantity of genomic data has been collected in GenBank, especially genomes of many bacterial species. On this basis, the screening of restriction enzymes can be made with a shortened procedure, beginning with the finding *in silico* of a target gene coding for a putative protein, then detecting the alike genes in natural samples, finally cloning the genes to get an active restriction enzyme. The success of the method is demonstrated through efficient methods that were combined with each other. The research procedure is performed directly on natural samples in order to get final recombinant products from *in silico* to *in vitro* research parts. Nowadays, former complicated techniques have been made easier in molecular biology laboratories equipped with information technology.

**Keywords:** Bioinformatics; restriction enzymes; PCR; gene cloning.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công nghệ thông tin là một cuộc cách mạng đã đẩy mạnh nhiều lĩnh vực khoa học trong đó có nghiên cứu sinh học. Sự phối hợp giữa công nghệ thông tin và công nghệ sinh học hỗ trợ cho sự tiến bộ trong nghiên cứu sinh học, các phương pháp trước đây phức tạp nay đã trở thành đơn giản và được sử dụng một cách rộng rãi. Từ khi có những thiết bị hiện đại như máy giải

### 1. Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội

Ngày nhận bài: 13/10/2017 | >> Ngày phản biện: 25/12/2017 | >> Ngày duyệt đăng: 04/02/2018

trình tự, kết hợp việc sử dụng Internet một cách phổ cập khắp thế giới, những thí nghiệm đã có thể được thực hiện nhanh chóng ở qui mô vi lượng để khai thác thiên nhiên và đưa ra những sản phẩm hữu ích có giá trị kinh tế xã hội cao. Chúng tôi muốn chứng minh điều này thông qua việc sàng lọc các enzyme giới hạn thu nhận được từ những sản phẩm tái tổ hợp mà chỉ cần có máy tính, công nghệ thông tin và ADN của môi trường thiên nhiên. Trong bài này, chúng tôi sẽ trình bày những yếu tố thuận lợi và hiệu quả của tin sinh học, các phương pháp phân lập gen đã cho kết quả hơn cả sự chờ đợi.

## II. TIN SINH HỌC CHO PHÉP NGHIÊN CỨU GEN ĐÍCH *IN SILICO*

Đầu thế kỷ XIX, một lĩnh vực khoa học mới, mang tên sinh học, phát triển nhằm mục đích nghiên cứu các cơ chế của sự sống. Lúc đầu, các hiện tượng sinh học được quan sát và nghiên cứu *in vivo* trên các cơ thể sống. Tiếp đó, những hoạt động của tế bào được phân tích riêng biệt *in vitro* trong ống nghiệm. Giữa thế kỷ XX, ADN được chứng minh là phân tử điều khiển các chức năng sống của tế bào và được truyền lại nguyên vẹn trong quá trình nhân lên tế bào để tạo ra tế bào mới. ADN genom chứa các gen mã cho tất cả các protein cần thiết để một cá thể sinh học tồn tại qua nhiều thế hệ. Do vậy, nghiên cứu sinh học phân tử đạt đến mục đích giải trình tự genom ở các loài sinh vật để nhận biết các gen chứa ở đó. Năm 2003, toàn bộ trình tự 3 tỷ nucleotid của genom con người đã được công bố sau 15 năm hợp tác khoa học giữa các phòng thí nghiệm trên toàn cầu. Công trình nghiên cứu khổng lồ này đã đẩy mạnh sự phát triển các công nghệ hiện đại khiến phương pháp giải trình tự ADN genom của các loài sinh vật đã trở thành một việc thông thường và phổ biến, nhất là ở vi khuẩn. Như vậy, gen của phần lớn sinh vật sống trên trái đất này đã được lưu trữ trong các bộ nhớ của máy tính.

NCBI (National Center for Biotechnology Information, Mỹ), EBI (European Bioinformatics Institute), DDBJ (DNA DataBank of Japan) là những cơ quan đảm nhiệm lưu trữ các trình tự ADN thu thập trên thế giới và phối hợp với nhau để quản lý những dữ liệu trình tự nucleotid như GenBank hoặc EMBL (European Molecular Biology Laboratory). Trình tự genom tế bào con người chứa đựng 3 tỷ nucleotide A, G, T, C, tương đương với mấy trăm ngàn trang giấy được viết kín đầy, do vậy không thể đọc được một cách thủ công mà cần phải có sự hỗ trợ của máy tính và các phần mềm phù

hợp để tìm ra những gen nằm trong số liệu khổng lồ này, đó là lý do tin sinh học ra đời. “*Tin sinh học là một lĩnh vực khoa học sử dụng các công nghệ của ngành toán học ứng dụng, tin học, thống kê, khoa học máy tính, trí tuệ nhân tạo hóa học và hóa sinh để giải quyết các vấn đề sinh học*” (Wikipedia, 2017). Nhiều phần mềm được thiết kế để phát hiện các yếu tố gen trong trình tự genom, dự đoán cấu trúc protein, phân tích sự tiến hóa của các loài sinh vật. Các phương pháp mới được phát triển để tiếp cận được với những dữ liệu cơ sở các nhà khoa học cung cấp liên tục trên thế giới. Như vậy tin sinh học cho phép khai thác số liệu vô tận các trình tự ADN genom tích lũy trên GenBank và tìm đích xác các gen mã cho các protein mong muốn. Từ khi tin sinh học ra đời, việc nghiên cứu sinh học có thêm một khái niệm mới tương tự với *in vivo* (trong tế bào sống) và *in vitro* (trong ống nghiệm) đó là từ *in silico* đề cập đến hóa chất silicium, Si: một thành phần transistor, linh kiện điện tử phổ biến của máy tính. Chức năng các protein dựa vào trình tự acid amin, có thể được dự đoán nhờ sự giống nhau với một protein quen thuộc đã được xác định qua các thí nghiệm *in vivo* và *in vitro* trước đây. Ngoài những gen mã cho protein xác định, các gen khác được tìm ra *in silico* nhờ máy tính, đó chỉ là một dãy nucleotid mã cho một protein giả định và cần phải xác định chức năng thật sự của nó thông qua việc *in vitro* trong phòng thí nghiệm.

## III. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐỂ PHÂN LẬP GEN TRONG CÁC MẪU THIÊN NHIÊN.

Phương pháp mới được đề cập ở đây là phân lập các gen trực tiếp trong ADN môi trường tách chiết từ mẫu thiên nhiên dựa trên hai phương pháp khuếch đại ADN, là PCR và clon gen tái tổ hợp. Từ khi hai phương pháp trên được đưa ra lần đầu tiên cho đến nay, nó đã được cải tiến về nhiều mặt và chúng ta dễ dàng áp dụng trong nghiên cứu phòng thí nghiệm. Các điều kiện thuận lợi của hai quy trình sử dụng được trình bày sau đây.

### 3.1. PCR (Polymerase chain reaction) một phản ứng khuếch đại ADN đặc hiệu và có độ nhạy cao.

Phản ứng PCR ra đời 1986 cho phép khuếch đại một đoạn ADN tới  $10^9$  lần, trong ống nghiệm sau 30-40 chu kỳ tổng hợp ADN với polymerase. Một chu kỳ gồm 3 giai đoạn biến tính ADN thông thường ở 95°C, lai ghép ở nhiệt độ phụ thuộc vào  $T_m$  của mỗi tùy theo polymerase sử dụng, và tổng hợp ADN, trung bình 70 °C cũng là tùy theo polymerase. Lần đầu tiên kỹ thuật PCR giúp chúng ta có thể tổng hợp được trong



ống nghiệm một lượng lớn ADN mong muốn từ một vi lượng ADN ban đầu, với độ đặc hiệu và độ nhạy cao. Đặc hiệu là do sự bắt cặp của 2 môi ở đầu 3' và 5' của đoạn ADN đích, mỗi môi chứa đựng từ hai đến ba mươi nucleotid, có nghĩa là xác suất có trình tự nucleotid của đoạn ADN khác ADN đích là bằng không. Việc ứng dụng phản ứng PCR đã cho phép đẩy mạnh các đề tài không lồ như giải trình tự cả genom con người (Human Genom Project), ngoài ra phản ứng này đã được dùng phổ biến trong chẩn đoán bệnh và clon gen. Một trong ứng dụng y học phổ biến nhất hiện nay là phát hiện các tác nhân gây bệnh bằng phương pháp PCR, khi trong mẫu thử chỉ cần có vài genom tác nhân gây bệnh[1]. Những xét nghiệm này thông thường nhân lên các đoạn ADN dài vài trăm nucleotid với sự có mặt của một polymerase chịu nhiệt [2], [3]. Taq polymerase là polymerase chịu nhiệt đầu tiên được sử dụng, tuy nhiên sau này có nhiều loại polymerase đáp ứng tốt hơn được thiết kế từ Taq polymerase hoặc được phát hiện ở chủng vi khuẩn khác [4]. Ví dụ Q5 High-Fidelity DNA polymerase (New England Biolabs) tổng hợp ADN với tỷ lệ lỗi ít hơn Taq polymerase là 100-200 lần. Nó có thể tổng hợp những đoạn ADN dài hơn 4 lần với tốc độ cao hơn 4 lần. Polymerase dùng cho PCR như Q5 cho phép khuếch đại một đoạn gen trung bình từ 3000 đến 5000 nucleotid, với ưu điểm ít lỗi sẽ giúp chúng ta phân tích hoạt tính của protein được mã.

### 3.2. Biểu hiện protein tái tổ hợp của gen khuếch đại bằng PCR.

Công nghệ tái tổ hợp xuất hiện vào những năm 1970 cho phép gắn một gen vào plasmid. Plasmid tái tổ hợp được biến nạp vào vi khuẩn và tổng hợp như ADN của chính tế bào chủ. Ban đầu, việc tạo ra ADN tái tổ hợp không được hiệu quả vì plasmid chưa được thiết kế phù hợp, enzyme giới hạn và ligasa chưa được tinh chế tốt. Sau vài chục năm nghiên cứu, các kỹ thuật và những công cụ hỗ trợ cho clon gen được cải thiện.

Hiện nay, plasmid được thiết kế dễ thao tác hơn tức là: tinh chế được dễ dàng hơn và có khối lượng nhiều; chứa đựng vị trí cắt một lần với nhiều enzyme giới hạn khác nhau có thể dùng được để gắn vào các loại ADN; plasmid có thể tải lên các đoạn ADN dài hơn; plasmid tái tổ hợp có thể được nhận ra trong tế bào chủ có màu khác với plasmid nguyên vẹn. Enzyme giới hạn và các ligasa được cung cấp dễ dàng hơn, tinh khiết hơn, do vậy phương pháp clon gen trở nên hiệu quả hơn. Cuối cùng phương pháp clon gen trở nên phổ biến, dễ thực

hiện và hoàn toàn tin cậy nhờ hai phương pháp giải trình tự Sanger và PCR. Phương pháp Sanger cho phép tự động hóa quá trình giải trình tự và những máy móc đầu tiên ra đời năm 1987. Trên cơ sở đó, phương pháp giải trình tự được thực hiện dễ dàng để kiểm tra bản chất ADN được clon một cách chính xác tuyệt đối. Còn phương pháp PCR có thể nhân lên ADN để clon khi lượng quá ít. Sản phẩm PCR được nhân lên với primer có thêm ở đầu 5' các trình tự được enzyme giới hạn nhận ra theo mong muốn [5], điều này cho phép gắn sản phẩm PCR bị cắt giới hạn vào plasmid một cách nhanh và hiệu quả.

### IV. THÀNH CÔNG CỦA PHƯƠNG PHÁP NÀY ĐÃ ĐƯỢC CHỨNG MINH TRONG VIỆC SÀNG LỌC ENZYME GIỚI HẠN II.

Những enzyme giới hạn II cổ điển đã được thu thập từ năm 1975 và bán khắp thế giới bởi các công ty sản xuất sinh phẩm. Enzyme này được khám phá trong các chủng vi khuẩn phân lập từ các mẫu lấy ở thiên nhiên, ở dạng nước hoặc đất và được mọc thuần chủng trong môi trường đầy đủ thông thường nhất. Những bước sàng lọc các enzyme giới hạn này được tóm tắt ở **Bảng 1** [6], [7]. Việc thu thập này đã cho phép tìm được nhiều enzyme giới hạn có thể cắt ADN ở 350 vị trí đặc hiệu. Để sản xuất enzyme giới hạn ở quy mô lớn, gen được clon để có sản phẩm tái tổ hợp. Catalogue của Công ty New England Biolabs (2015-2016) liệt kê tất cả các enzyme giới hạn được sản xuất ở dưới dạng enzyme tái tổ hợp. Có nghĩa các gen mã cho enzyme này đã được clon vào plasmid, plasmid đã được nhân lên trong *Escherichia coli* và enzyme có hoạt tính được tinh chế dễ dàng từ vi khuẩn tái tổ hợp. Những enzyme giới hạn II được tìm thấy đầu tiên có đặc điểm là trình tự rất đa dạng, không có sự giống nhau nào có thể đánh dấu được chức năng chung [8]. Đặc điểm này làm cho việc thực hiện clon gen enzyme giới hạn mất nhiều công sức. Sau 40 năm sàng lọc, enzyme giới hạn II đã trở thành những công cụ không thiếu được trong các phương pháp phổ biến như clon gen, tạo dấu vết ADN, và giải trình tự thế hệ đầu tiên. Hiện nay, việc thu thập enzyme giới hạn có thể bị dừng lại vì chúng đã nhận biết và cắt ADN ở rất nhiều trình tự đặc hiệu khác nhau. Tuy nhiên mới đây các máy giải trình tự hiện đại nhất đã cung cấp trình tự genom của nhiều loài vi khuẩn, mà trong đó có thể nhận ra nhiều gen giới hạn.

**Bảng 1: Sàng lọc các enzyme giới hạn đầu tiên (1975-1995)**

Bước nghiên cứu	Nội dung
1. <i>in vivo</i>	Mọc thuần chủng các vi khuẩn phân lập từ mẫu vi khuẩn
2. <i>in vitro</i>	- Phát hiện enzyme giới hạn hoạt tính - Xác định tính đặc hiệu - Clon gen

Vào 2009, enzyme giới hạn IIG của họ MmI đã được khám phá *in silico* trong các số liệu trình tự genom của GenBank. Đây là họ enzyme giới hạn đầu tiên tìm kiếm được từ trước đến nay có độ giống nhau cao nhưng vẫn có tính đặc hiệu khác nhau [9]. Các phần mềm BLAST, REBASE và PROMALDS đã được dùng

để tạo lập danh sách các gen mã cho protein giả định thuộc họ MmI từ những trình tự genom vi khuẩn có ở GenBank. Trong quá trình nghiên cứu để chứng minh chức năng các protein trên là có hoạt tính, người ta sử dụng ADN vi khuẩn được đã được giải trình tự theo sơ đồ ghi ở **Bảng 2**:

**Bảng 2: Sàng lọc enzyme giới hạn thuộc họ MmI**

Bước nghiên cứu	Nội dung
1. <i>in silico</i>	Tìm các gen giống MmI
2. <i>in vivo</i>	Mọc vi khuẩn thuần chủng để tách chiết ADN
3. <i>in vitro</i>	- PCR gen giả định - Clon sản phẩm PCR - Protein tái tổ hợp hoạt tính được xác định tính đặc hiệu

Quá trình thực hiện trong phòng thí nghiệm có thể được tóm tắt gồm các bước nghiên cứu: *In silico* => *in vivo* => *in vitro*. Giai đoạn nghiên cứu *in silico* cho phép chọn gen đích của protein chờ đợi không cần dò dẫm tìm tòi như trước đây.

Từ nghiên cứu này đã xác định hơn 20 gen của các loài vi khuẩn khác nhau, khi clon vào *Escherichia coli*, kết quả thu được cho phép khẳng định hoạt tính enzyme giới hạn có tính đặc hiệu khác nhau.

Trong một nghiên cứu tiếp theo liên quan đến một họ khác tương tự Hsu I, một gen của loài *Microcystis aeruginosa* Mae843ORF8180 được tìm thấy *in silico* và được phân tích là thành viên của họ này [10]. Primer xuôi và ngược được thiết kế từ hai đầu, đuôi của gen,

gắn các vị trí cắt enzyme giới hạn và sử dụng để nhân lên toàn bộ ADN tảo xanh trong hồ ao tự nhiên. Kết quả cho thấy một mẫu nước được lấy ở một ao tại Cầu Diễn có dương tính với PCR. Một clon tái tổ hợp của sản phẩm PCR gắn vào plasmid đã biểu hiện protein có chức năng enzyme giới hạn, tính đặc hiệu enzyme này nhận biết trình tự mới là 5'GCAAAAG 3' đã được xác định. Phương pháp này không cần mọc vi khuẩn thuần chủng trong phòng thí nghiệm, chỉ cần khai thác ADN toàn bộ tách chiết từ mẫu thiên nhiên. Cuối cùng quá trình thực hiện rút ngắn một giai đoạn *in vitro* là nuôi cấy vi khuẩn trong phòng thí nghiệm, chỉ gồm có 2 khâu nghiên cứu: *In silico* => *in vitro* => sản phẩm tái tổ hợp.

**Bảng 3: Sàng lọc gen giống Mae843orf8180 giả định thuộc họ HsuI trong mẫu thiên nhiên**

Bước nghiên cứu	Nội dung
1. <i>in silico</i>	Tìm gen họ HsuI: Mae843orf8180
2. <i>in vitro</i>	- PCR gen giả định áp dụng cho ADN tách chiết từ môi trường - Clon sản phẩm PCR - Protein tái tổ hợp hoạt tính được xác định tính đặc hiệu



## V. BÀN LUẬN

Thành tựu của sự phối hợp giữa viễn thông Internet, tin sinh học, giải trình tự những genom khổng lồ các tế bào sinh học đã giúp thực hiện công việc trong phòng thí nghiệm ngày càng đơn giản, ưu thế ở đây là khai thác gen vi khuẩn trực tiếp trong thiên nhiên. Trong bài này chúng tôi đã trình bày ở trên là một quá trình bao gồm: việc tìm gen *in silico* trong dữ liệu các trình tự trên GenBank; gen này có mặt trong ADN tách chiết từ mẫu thiên nhiên được khuếch đại bằng PCR, được clon trong vector biểu hiện. Kết quả cho ra một sản phẩm tái tổ hợp có khả năng sản xuất một protein có hoạt tính mong muốn trong thời gian ngắn. Tuy nhiên phương pháp này chỉ áp dụng cho vi khuẩn, vì gen không đứt quãng. Nhưng như chúng ta đã biết, thế giới vi khuẩn là rất đa dạng, vì vi khuẩn có thể tồn tại trong thiên nhiên khắp nơi cả ở trong điều kiện cực đoan. Như vậy phương pháp này cho phép khai thác những gen lạ trong thiên nhiên mà không cần nuôi cấy các chủng vi khuẩn khó mọc trong điều kiện của một phòng thí nghiệm thông thường. Đúng như vậy, phương pháp sàng lọc enzyme giới hạn ban đầu cần thực hiện nuôi cấy vi khuẩn ở phòng thí nghiệm để có đủ nguyên liệu xác định tính đặc hiệu của enzyme, nhưng chỉ có một số vi khuẩn có thể mọc được trong môi trường

đầy đủ như canh thang, LB, ở 37°C. Những việc clon gen và biểu hiện protein trước đây phức tạp hơn bây giờ nhiều, tuy nhiên nó đã cung cấp những dữ liệu cơ sở và thực tế để được đưa vào máy tính. Trước đây, công việc nghiên cứu đã được tích lũy theo mô hình *in vivo* => *in vitro* => *in silico*. Trên cơ sở đó, các gen chứa đựng trong các vi khuẩn mới được giải trình tự có thể được dự đoán chức năng giả định. Để xác định chức năng cụ thể, gen này có thể lấy được trong thiên nhiên bằng kỹ thuật PCR và được clon vào vector biểu hiện. Quá trình clon gen tạo ra một sản phẩm sinh học cao cấp, lưu trữ trong vi khuẩn tái tổ hợp hoặc ở dạng plasmid tái tổ hợp có thể dùng để biến nạp lại vào vi khuẩn. Bảo quản vi khuẩn ở -70°C hoặc đông khô có thể giữ được lâu nhưng đòi hỏi thao tác và trang thiết bị, trong khi bảo quản ADN dễ hơn, bền vững hơn. Như vậy hiện nay phương pháp sàng lọc gen enzyme giới hạn đã trở nên ngắn gọn chỉ còn lại 2 bước nghiên cứu theo công thức là: *In silico* => *in vitro* => sản phẩm tái tổ hợp. Nó được chứng minh bằng sàng lọc các enzyme giới hạn trong phương pháp nghiên cứu *in silico* gen giả định Mae843ORF8180, clon gen khuếch đại bằng PCR từ tất cả ADN có trong mẫu thiên nhiên, xác định được tính đặc hiệu của enzyme tái tổ hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Garibyan L., Avashia N. (2013). Research Techniques Made Simple: Polymerase Chain Reaction (PCR). *J Invest Dermatol*, **133**(3), e6.
2. Guatelli J.C., Gingeras T.R., Richman D.D. (1989). Nucleic acid amplification in vitro: detection of sequences with low copy numbers and application to diagnosis of human immunodeficiency virus type 1 infection. *Clin Microbiol Rev*, **2**(2), 217–226.
3. Saiki R.K., Gelfand D.H., Stoffel S. et al. (1988). Primer-directed enzymatic amplification of DNA with a thermostable DNA polymerase. - PubMed - NCBI. *Science*, **239**(4839), 487–91.
4. Marx V. (2016). PCR: the price of infidelity. *Nat Methods*, **13**(6), 475–479.
5. Dallas-Yang Q., Jiang G., Sladek F.M. (1998). Digestion of terminal restriction endonuclease recognition sites on PCR products. *Biotechniques*, **24**, 582–584.
6. 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 Y học Dự phòng*, **VII**(4(34)).
7. 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 Y học Dự phòng*, **VII**(4 (34)), 11–16.
8. Pingoud A., Wilson G.G., Wende W. (2014). Type II restriction endonucleases—a historical perspective and more. *Nucleic Acids Res*, **42**(12), 7489–7527.
9. Morgan R.D., Dwinell E.A., Bhatia T.K. et al. (2009). The MmeI family: type II restriction–modification enzymes that employ single-strand modification for host protection. *Nucleic Acids Res*, **37**(15), 5208–5221.
10. Lê Thị Kim Tuyền và Nguyễn Thị Mai Phương (2017). Tái tổ hợp enzym giới hạn mới sử dụng gene tương tự Mae843ORF8180 phân lập từ mẫu nước tự nhiên ở Hà Nội. *Tạp chí Y học Dự phòng*, **27**(2), 170–176.

# THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE, XÃ HỘI, GÁNH NẶNG KINH TẾ VÀ BỆNH TẬT CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN DẠNG THUỐC PHIỆN KHI ĐIỀU TRỊ BẰNG METHADONE TẠI TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Văn Diệu<sup>1</sup>, Phạm Nam Thái<sup>2</sup>, Vũ Phong Túc<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả được tiến hành trên 450 bệnh nhân với mục tiêu mô tả thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, xã hội, gánh nặng kinh tế và bệnh tật của người sử dụng chất gây nghiện dạng thuốc phiện bằng Methadone tại tỉnh Thái Bình. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Loại ma túy được sử dụng chính là Heroin chiếm 83,3%, còn lại là ma túy tổng hợp có nguồn gốc từ Methamphetamine (ATS). Sử dụng bằng đường chích tĩnh mạch chiếm 78,0%. Bệnh nhân đã từng cai nghiện ma túy nhưng thất bại chiếm 72,2%. Tỷ lệ người bệnh nhiễm vi rút HIV, vi rút viêm gan B và vi rút viêm gan C tương ứng là: 8%, 10,4%, 65,8%. Tỷ lệ người bệnh có tiền sử 10,2%, tiền án 25,6%; hành vi bạo lực gia đình 13,8% và không có việc làm là 20,9%. Có mối liên quan giữa nhiễm HIV với tiêm chích ma túy và sử dụng chung bơm kim tiêm với các chỉ số lần lượt là OR=5,2; CI 95% (1,19 -31,9), OR=14,1 và CI 95% (4,9 - 39,9).

**Từ khóa:** Methadone, yếu tố ảnh hưởng

## ABSTRACT:

**SITUATION AND IMPACT FACTORS TO THE HEALTH, SOCIETY, ECONOMIC BURDEN AND MORBILITY AMONG OPIOID DEPENDENCE PATIENTS WITH METHADONE MAINTENANCE TREATMENT IN THAIBINH PROVINCE**

The descriptive study was implemented among 450 patients which aimed to describe the situation and impact factors to the health, society, economic burden and morbidity among Opioid dependence patients

1. Sở Y tế tỉnh Thái Bình

2. Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Thái Bình

3. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

with methadone maintenance treatment in Thai Binh province. The results show that: The majority of Opioid dependence patients was Heroin (83.3%), the rest was synthetic drug derived from Methamphetamine (ATS). Intravenous using accounted for 78.0%. The patients quit to use drug but failed was 72.2%. The percentage of infection patients with HIV virus, Hepatitis B virus and Hepatitis C virus were 8%, 10.4%, 65.8%, respectively. The percentage of patients with previous offence, previous conviction, domestic violence and unemployment were 10.2%, 25.6%, 13.8% and 20.9%, respectively. There were a relationship between HIV infection and patients with inject drugs and needle sharing with OR = 5.2; CI 95% (1.19 -31.9), OR = 14.1 and CI 95% (4.9 - 39.9).

**Key words:** Methadone, impact factor

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những tiến bộ của khoa học đã giải mã được cơ chế của nghiện ma túy là một bệnh não mạn tính, cần điều trị lâu dài. Một trong những giải pháp điều trị được nhiều nước áp dụng đó là điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone. Tại Việt Nam, điều trị thay thế bằng thuốc Methadone đã được Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai triển khai thí điểm từ 1996 đến 2002. Tính đến 31/5/2015, có 46 tỉnh/thành phố đã triển khai điều trị Methadone với 170 cơ sở. Tại Thái Bình được triển khai từ năm 2012 tại cơ sở điều trị Methadone-Trung tâm Y tế thành phố Thái Bình, hiện nay có 9 cơ sở điều trị Methadone (CSĐT) tại 8 huyện/thành phố. Các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy rõ hiệu quả của điều trị thay thế bằng



thuốc Methadone trong dự phòng lây nhiễm HIV, giảm sử dụng ma túy bất hợp pháp, giảm tội phạm, bạo lực gia đình và nâng cao chất lượng cuộc sống của người nghiện. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, xã hội, gánh nặng kinh tế và bệnh tật của người sử dụng các chất gây nghiện dạng thuốc phiện khi tham gia điều trị Methadone.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người nghiện ma túy tham gia điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại 9 cơ sở điều trị Methadone tại Thái Bình.

**2.2. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 6/2016-12/2017

**2.3. Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện ở 9 cơ sở điều trị Methadone tại 8 huyện/thành phố tỉnh Thái Bình.

### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:*

Nghiên cứu mô tả

*Cỡ mẫu và chọn mẫu*

Bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Các bệnh nhân đang điều trị tại các huyện/thành phố tỉnh Thái Bình gồm có 9 cơ sở điều trị Methadone, tổng cộng có 450 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

### 2.5. Phương pháp thu thập thông tin

- Tiến hành phỏng vấn trực tiếp 450 bệnh nhân tham gia nghiên cứu bằng bộ câu hỏi, gồm 26 câu hỏi của Tổ chức Y tế Thế giới đã được Việt hóa dựa trên thang đo Likert 5 cấp độ.

- Xét nghiệm nước tiểu bệnh nhân để tìm Heroin được thực hiện trực tiếp tại các cơ sở điều trị Methadone.

- Xét nghiệm máu để xác định tình trạng nhiễm HIV, nhiễm vi rút viêm gan B, nhiễm viêm gan C.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Phân bố đối tượng theo loại ma túy thường sử dụng (n=450)**

Loại ma túy sử dụng	Số lượng	Tỷ lệ %
Heroin	375	83,4
Thuốc phiện	11	2,4
Ma túy tổng hợp (hàng đá)	40	8,9
Cần sa	24	5,3

Kết quả nghiên cứu cho thấy loại ma túy là Heroin chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,4%, có tỷ lệ nhất định (8,9%) được bệnh nhân sử dụng nhiều nhất (83,4%), thuốc phiện bệnh nhân có sử dụng ma túy tổng hợp.

**Bảng 3.2. Phân loại theo cách thức sử dụng ma túy (n=450)**

Đường dùng ma túy	Số lượng	Tỷ lệ %
Uống	2	0,4
Hít	78	17,4
Hút	19	4,2
Tiêm chích	351	78,0

Cách sử dụng ma túy nhiều nhất mà bệnh nhân sử dụng trước khi tham gia điều trị Methadone là tiêm chích với 78%, tiếp đến là đường hít với 17,4% các đường khác chiếm tỷ lệ thấp như: đường hút 4,2% và uống là 0,4%.

**Bảng 3.3. Tình trạng nhiễm HIV, viêm gan B, C ở bệnh nhân trước điều trị Methadone (n=450)**

Loại xét nghiệm		Số lượng	Tỷ lệ %
Xét nghiệm HIV	Dương tính	36	8,0
	Âm tính	414	92,0
Xét nghiệm Viêm gan B	Dương tính	47	10,4
	Âm tính	403	89,6
Xét nghiệm Viêm gan C	Dương tính	296	65,8
	Âm tính	154	34,2

Kết quả bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhiễm HIV Viêm gan B là 10,4%, tỷ lệ nhiễm viêm gan C chiếm tỷ lệ trước khi điều trị Methadone chiếm tỷ lệ 8 %, tỷ lệ nhiễm cao nhất với 65,8%.

**Bảng 3.4. Tình trạng vi phạm pháp luật của bệnh nhân (n=450)**

Tình trạng vi phạm	Số lượng	Tỷ lệ %
Có tiền sự	46	10,2
Có tiền án	115	25,6
Có hành vi bạo lực gia đình	62	13,8

Kết quả cho thấy có 10.2% bệnh nhân tham gia từng có tiền án và 13,8% bệnh nhân có hành vi bạo lực nghiên cứu đã từng có tiền sự, 25,6% bệnh nhân đã gia đình.

**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tiêm chích ma túy, dùng chung bơm kim tiêm với tình trạng nhiễm HIV**

Tình trạng nhiễm HIV	Hành vi nguy cơ		OR	95% CI
	Dương tính	Âm tính		
Có tiêm chích ma túy	34	317	5,2	1,19 – 31,9
Có dùng chung BKT	10	11	14,1	4,9 – 39,9

Qua bảng trên cho thấy có mối liên quan giữa các hành vi nguy cơ cao: tiêm chích ma túy, dùng chung BKT và so với người không tiêm chích ma túy, có CI 95% là 1,19 – 31,9. Những người có dùng chung BKT có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn 14,1 lần so với những người không dùng chung BKT, có CI 95% là 4,9 – 39,9

**Bảng 3.6. Mối liên quan giữa tiêm chích ma túy, dùng chung bơm kim tiêm với tình trạng nhiễm vi rút viêm gan C**

Tình trạng nhiễm HCV	Hành vi nguy cơ		OR	95% CI
	Dương tính	Âm tính		
Có tiêm chích ma túy	236	115	1,38	0,8 – 2,1
Có dùng chung BKT	17	4	2,3	0,7 – 6,9



Tương tự bảng trên có mối liên quan giữa tiêm chích ma túy, dùng chung BKT với tình trạng lây nhiễm HCV. Đối với những người tiêm chích ma túy có khả năng nhiễm HCV cao hơn 1,38 lần so với người không tiêm chích ma túy và CI 95% là 0,94-1,85.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu về độ tuổi bắt đầu sử dụng ma túy của đề tài cũng đã phản ánh xu hướng trên của thế giới cũng như tại Việt Nam, tuổi lần đầu sử dụng ma túy ở nhóm dưới 20 chiếm tỷ lệ cao nhất (29,8%), điều này là cảnh báo cho việc cần tăng cường các biện pháp truyền thông, giáo dục nhằm hạn chế việc ma túy tấn công vào giới trẻ, học sinh, sinh viên, nhóm tuổi này khi bị nghiện thì hậu quả sẽ rất nặng nề cả về sức khỏe, thể chất, tinh thần. Đồng thời là gánh nặng rất sớm cho cả bản thân, gia đình và xã hội.

Kết quả điều tra về cách thức sử dụng ma túy cho thấy, cách sử dụng ma túy nhiều nhất là tiêm chích (78%), tiếp đến là hít chiếm 17,4, các loại đường sử dụng khác chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả nghiên cứu của đề tài cũng phù hợp với loại ma túy bệnh nhân sử dụng chủ yếu là Heroin (83,8%), phù hợp với các kết quả nghiên cứu của Cao Kim Vân và cộng sự (2008) chủ yếu là tiêm chích ma túy (91,6%).

Kết quả nghiên cứu về tỷ lệ sử dụng chung BKT trong nhóm TCMT tương đối thấp (6%). Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng sử dụng chung BKT và hành vi tình dục không an toàn là những nguyên nhân chính gây lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền khác như Viêm gan C, Viêm gan B trong nhóm TCMT.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm HIV với TCMT và tỷ lệ sử dụng chung BKT với các chỉ số lần lượt là OR=5,2; CI 95% (1,19 -31,9), OR=14,1 và CI 95% (4,9 – 39,9),

#### V. KẾT LUẬN

- Loại ma túy được sử dụng chính là Heroin chiếm 83,3%, còn lại là ma túy tổng hợp có nguồn gốc từ Methamphetamin (ATS). Sử dụng bằng đường chích tĩnh mạch chiếm 78%). 72,2% các đối tượng nghiên cứu đã đi cai nghiện ma túy nhưng đều thất bại.

- Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nhiễm vi rút HIV, vi rút viêm gan B và vi rút viêm gan C tương ứng là: 8%, 10,4%, 65,8%.

- Tỷ lệ các đối tượng tham gia điều trị có các hành vi phạm tội và bạo lực gia đình như sau: có tiền sự 10,2%, tiền án 25,6%; hành vi bạo lực gia đình 13,8% và tỷ lệ không có việc làm là 20,9%.

- Có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm HIV với TCMT và tỷ lệ sử dụng chung BKT với các chỉ số lần lượt là OR=5,2; CI 95% (1,19 -31,9), OR=14,1 và CI 95% (4,9 – 39,9),

#### VI. KIẾN NGHỊ

1. Tiếp tục duy trì và mở rộng quy mô của chương trình điều trị Methadone trên địa bàn tỉnh đặc biệt tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn tạo điều kiện thuận lợi một cách tối đa cho bệnh nhân điều trị Methadone.

2. Các cơ sở điều trị Methadone cần tuân thủ nghiêm quy trình điều trị, thực hiện đầy đủ quy trình khám lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng và quy trình tư vấn để phát hiện các bệnh đồng nhiễm qua đó hướng dẫn để người bệnh được điều trị sớm nhất và đạt hiệu quả.

3. Tỷ lệ đối tượng sử dụng các loại ma túy tổng hợp có nguồn gốc Amphetamine có xu hướng tăng, đặc biệt ở những người trẻ tuổi, do đó cần phải có các loại sinh phẩm đặc hiệu để có thể phát hiện được các chất gây nghiện có nguồn gốc từ thuốc phiện và các chế phẩm có nguồn gốc từ Amphetamine.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Đào** (2010), “Nghiên cứu tình hình nhiễm HIV của các học viên nghiện chích ma túy tại Trung tâm Giáo dục dạy nghề 05 - 06 thành phố Đà Nẵng”, *Tạp chí Y học Thực hành*, 742-743, tr. 87-91.
2. **FHI 360** (2009), Tương tác thuốc trong điều trị duy trì nghiện chất dạng thuốc phiện, *Chuyên đề về Buprenorphine và Methadone*.
3. **Học viện Quân y** (1998), *Dịch tễ học*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội.
4. **Nguyễn Thanh Long và cs** (2008), “Đánh giá kết quả dự án phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam”, *Tạp chí Y học Thực hành*, (742+743), tr. 184-188.

# TẦM SOÁT, ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ DINH DƯỠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Hoàng Thị Bạch Yến<sup>1</sup>, Phạm Thị Thanh Mai<sup>1</sup>, Trần Thị Táo<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng đối với con người cả khi khỏe mạnh lẫn lúc bệnh tật. Đối với bệnh nhân được phẫu thuật, dinh dưỡng càng quan trọng hơn. Tại Việt Nam có rất ít nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện, đặc biệt là bệnh lý ngoại khoa. Từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành đề tài: Tầm soát, đánh giá nguy cơ dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. **Mục tiêu:** 1. Tầm soát, đánh giá nguy cơ dinh dưỡng của bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. 2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ dinh dưỡng của những bệnh nhân đó. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 350 bệnh nhân đang điều trị nội trú tại khoa Ngoại, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, sử dụng công cụ NRS2002, MST, MUAC, BMI để tầm soát nguy cơ dinh dưỡng, đánh giá tình trạng dinh dưỡng và sử dụng bộ câu hỏi để tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ. **Kết quả:** Tỷ lệ có nguy cơ dinh dưỡng theo NRS 2002 và MST lần lượt là 65,7% và 64,6%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI và chu vi vòng cánh tay (MUAC) lần lượt là 33,4% và 11,1%. Một số yếu tố nguy cơ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân bao gồm: nhóm tuổi, kinh tế, trình độ học vấn, hút thuốc lá, số bữa ăn... **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng tại khoa Ngoại còn khá cao.

**Từ khóa:** NRS 2002, nguy cơ dinh dưỡng, khoa Ngoại

## ABSTRACT:

**SCREENING, NUTRITIONAL RISKS ASSESSMENT AND RELATED FACTORS OF INPATIENTS IN THE SURGERY, HUE UNIVERSITY HOSPITAL**

## 1. Trường Đại học Y Dược Huế

Tác giả chịu trách nhiệm: Phạm Thị Thanh Mai

Email: phamthithanhmai01091995@gmail.com, SĐT: 0969964239

**Background:** Nutritional plays important role not only for healthy people but also illness. The patients in the Surgery, nutritional is more and more important. VietNam has rarely research about nutritional status inpatient, especially the patients in the surgery. Therefore, we do the research: screening, nutritional risks assessment and related factors of inpatients in the Surgery, Hue university hospital. **Objectives:** 1. Screening and assess the nutritional risks of inpatients in the Surgery, Hue University Hospital; 2. Find out some factors related to the patient's nutritional status. **Methodology:** The cross-sectional study in 350 inpatients in the Surgery, Hue University Hospital, Using NRS2002, MST, MUAC, BMI tools. **Results:** According to the NRS, MST tools, the rate of patients had risks of nutritional are 65,7% and 64,6%. According to BMI and MUAC, the patients were malnourished are 33,4% and 11,1%. Some factors related to nutritional status such as age group, economic, education level, smoke, meal number per day. **Conclusion:** The rate of patients with nutritional risk in the Surgery are quite high.

**Keywords:** NRS 2002, risks of nutritional, the Surgery

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng đối với con người cả khi khỏe mạnh lẫn lúc bệnh tật. Suy dinh dưỡng là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân điều trị nội trú. Theo ước tính của Viện Dinh dưỡng quốc gia, tỉ lệ suy dinh dưỡng của những bệnh nhân đang nằm điều trị nội trú tại các bệnh viện chiếm khoảng 40-50% [6].

Đối với bệnh nhân được phẫu thuật, dinh dưỡng càng quan trọng hơn. Theo Hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng châu Âu ESPEN 2006 thì tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân phẫu thuật là 40-50% [12]. Theo nghiên cứu của Mc

Whirter JP và cộng sự, có tới 40% bệnh nhân nhập viện để phẫu thuật có tình trạng suy dinh dưỡng [14].

Tại Việt Nam cũng đã có nhiều nghiên cứu về dinh dưỡng, tuy nhiên đa phần các nghiên cứu tập trung vào lĩnh vực dinh dưỡng cộng đồng, nhất là dinh dưỡng trẻ em [1]. Trong khi đó rất ít nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện, đặc biệt là bệnh lý ngoại khoa. Một số nghiên cứu trước đó cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân phẫu thuật khá cao. Việc tầm soát, đánh giá dinh dưỡng là yếu tố rất quan trọng trong phẫu thuật, giúp phát hiện khoảng 40% bệnh nhân có nguy cơ về dinh dưỡng [6].

Từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Tầm soát, đánh giá nguy cơ dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế”** với 2 mục tiêu:

1. Tầm soát, đánh giá nguy cơ dinh dưỡng của bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ dinh dưỡng của những bệnh nhân đó.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân đang điều trị nội trú tại khoa Ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ, phỏng vấn tất cả bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú tại 3 khoa Ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ tháng 11/2016 đến tháng 2/2017 thỏa mãn với tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian trên. Cuối cùng cỡ mẫu thu được là 350 bệnh nhân.

### 2.3. Thu thập và phân tích số liệu

- Tầm soát nguy cơ dinh dưỡng bằng công cụ tầm

soát NRS 2002 theo khuyến cáo của Hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng châu Âu [13].

- Tầm soát nguy cơ dinh dưỡng bằng công cụ MST theo thang điểm của Agarwal E và cộng sự [10].

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI, phân loại theo Tổ chức Y tế Thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương (WPRO – WHO)

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chu vi vòng tay cánh tay (MUAC) theo Hà Huy Khôi và cộng sự [4].

### 2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm Epidata và SPSS 16.0. Sử dụng các test thống kê mô tả và test  $\chi^2$  để xác định các yếu tố liên quan. Giá trị  $p < 0,05$  được chọn để tìm ra mức ý nghĩa thống kê.

### 2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép của Ban Giám đốc Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và sự đồng ý tham gia của bệnh nhân, người nhà bệnh nhân.

## III. KẾT QUẢ BÀN LUẬN

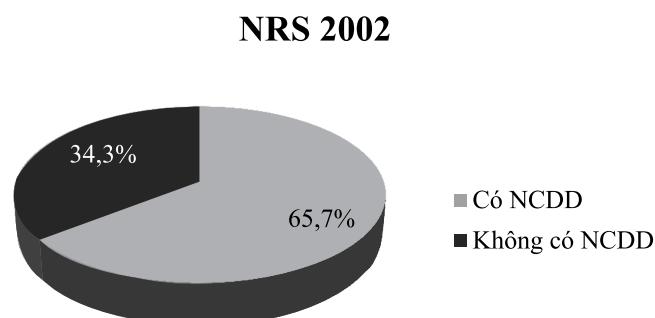
### 3.1 Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 51,6 tuổi, trong đó nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,3%. So sánh với nghiên cứu của Chu Thị Tuyết (2013), độ tuổi trung bình là 53,4% [9], còn của Nguyễn Thùy An là 53,7% [1], gần giống với kết quả của chúng tôi. Trình độ học vấn của đối tượng còn thấp, có 66,5% dưới trung học phổ thông, không có khác biệt nhiều so với kết quả của Đoàn Duy Tân (61,5%) [8]. Đối tượng đa số thuộc vùng nông thôn nên nghề nghiệp chiếm tỷ lệ nhiều nhất là nghề nông (30,9%). Bệnh nhân điều trị tại khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình lồng ngực chiếm tỷ lệ cao nhất 44,6%, tiếp theo là khoa Ngoại tiêu hóa chiếm 29,7%, còn lại khoa Ngoại tiết niệu - thần kinh với 25,7%.

### 3.2. Tầm soát, đánh giá nguy cơ dinh dưỡng của bệnh nhân

#### 3.2.1. Tầm soát nguy cơ dinh dưỡng bằng công cụ NRS 2002

**Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân theo NRS 2002**



Sử dụng công cụ tầm soát NCDD NRS 2002 cho thấy bệnh nhân có NCDD chiếm tỷ lệ cao 65,7%, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Tô Thị Hải trên bệnh nhân điều trị nội trú ở khoa Ngoại Bệnh viện đa khoa Tiền Hải (năm 2014) là 62% [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Chen ZY và cộng sự (2015) trên 916 bệnh nhân nhập viện tại Bệnh viện Wuhan Tongji, Trung Quốc với tỷ lệ có NCDD là 48,1% [11]. Sự khác biệt này có thể phần nào do tình trạng dinh dưỡng khác nhau của bệnh nhân ở mỗi thời điểm.

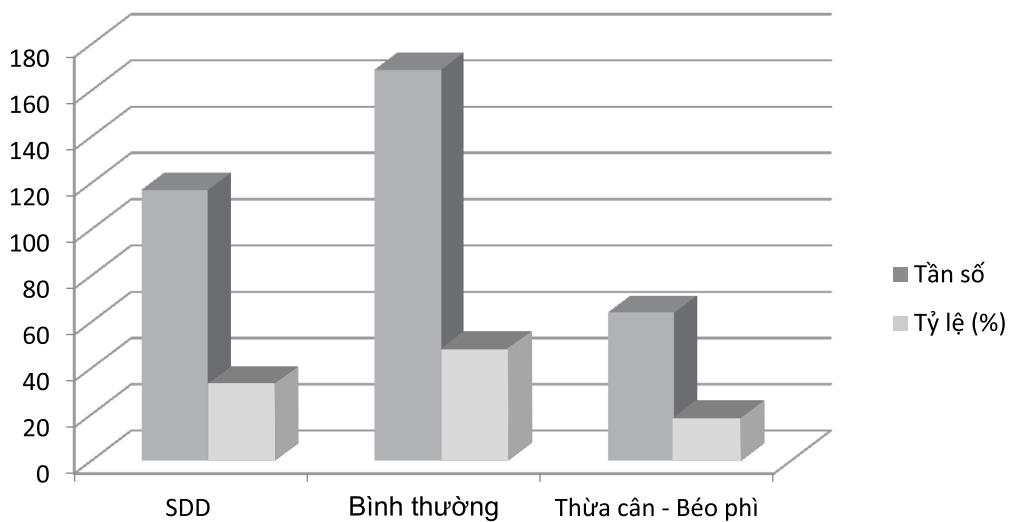
**3.2.2. Tầm soát nguy cơ dinh dưỡng bằng công cụ MST**

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đối tượng có NCDD tại thời điểm nhập viện là 64,6%. Agarwal E và cộng sự nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân cấp tính cho thấy NCDD theo MST xảy ra ở khoảng

30% bệnh nhân ở các bệnh viện ở Úc [10], thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Phạm Văn Năng (2006) cho thấy nguy cơ suy dinh dưỡng theo SGA trên đối tượng nhập viện tại khoa ngoại là 55,7% [5], tỷ lệ này theo kết quả của Chu Thị Tuyết trên bệnh nhân nhập viện khoa Ngoại tiêu hóa là 46,0% [9], thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này là do công cụ tầm soát, đánh giá của chúng tôi khác so với các tác giả. NCDD theo MST lại thấp hơn so với tầm soát bằng NRS 2002 (64,6% và 65,7%). Điều này có thể lí giải vì trong thang điểm NRS 2002 ngoài hai chỉ số về giảm cân và ăn uống kém như MST, chỉ cần bệnh nhân có mắc các bệnh mạn tính, có trải qua cuộc đại phẫu hay trên 70 tuổi là đã có NCDD nên tầm soát NCDD theo công cụ NRS 2002 tốt hơn MST.

**3.2.3. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI**

*Biểu đồ 2. Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân theo BMI*



Dựa theo chuẩn BMI của châu Á, có 33,4% bệnh nhân suy dinh dưỡng, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Chu Thị Tuyết (33,9%) [9]. Tuy nhiên tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Shirodkar tại Ấn Độ trên bệnh nhân phẫu thuật mới nhập viện (41,4%) [16]. Vì Shirodkar chỉ nghiên cứu nhóm bệnh nhân ung thư trong khi kết quả của chúng tôi và những tác giả khác bao gồm cả bệnh lành và ác tính. Trên bệnh nhân ác tính, tình trạng suy kiệt thường xảy ra hơn.

**3.2.4. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo MUAC**

Chu vi vòng cánh tay trung bình là  $26,6 \pm 2,9$  cm, có 11,1% đối tượng suy dinh dưỡng. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Hoàng Hải (2016) trên bệnh nhân khoa Ngoại chấn thương Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là 38,7% [2].

**3.2.5. Nguy cơ dinh dưỡng của bệnh nhân khi sử dụng các công cụ NRS 2002, MST, MUAC so với BMI**



**Bảng 1. Nguy cơ dinh dưỡng của bệnh nhân khi sử dụng các công cụ NRS 2002, MST, MUAC so với BMI**

	BMI				Tổng	p
	SDD		Không SDD			
	Tần số	%	Tần số	%		
<b>NRS 2002</b>						
Có NCDD	117	50,9	113	49,1	230	P < 0,001
Không có NCDD	-	-	120	100,0	120	
<b>MST</b>						
Có NCDD	113	50,0	113	50,0	226	P < 0,001
Không có NCDD	4	3,2	120	96,8	124	
<b>MUAC</b>						
SDD	31	79,5	8	20,5	39	P < 0,001
Không SDD	86	27,7	225	72,3	311	

Về tầm soát dinh dưỡng, tất cả các đối tượng không có NCDD theo NRS 2002 đều không suy dinh dưỡng theo phân loại BMI. Có 3,2% bệnh nhân không có NCDD theo MST nhưng lại bị suy dinh dưỡng theo BMI. Từ đó cho thấy MST nhạy hơn BMI trong tầm soát NCDD. Về đánh giá TTDD theo MUAC, có 27,7% bệnh nhân không bị suy dinh dưỡng theo MUAC nhưng lại có suy dinh dưỡng theo BMI. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ có NCDD và tỷ lệ suy dinh dưỡng qua các công cụ NRS 2002, MST, MUAC so với BMI (p < 0,001). NRS 2002 là

công cụ có giá trị cao trong tầm soát nguy cơ dinh dưỡng cho bệnh nhân. Mặt khác công cụ tầm soát NCDD NRS 2002 là phương pháp đơn giản, ít tốn kém, tất cả các nhân viên y tế (bác sĩ, điều dưỡng, hộ lý) đều có thể thực hiện mà không cần đến các chuyên gia dinh dưỡng nên chúng tôi sử dụng công cụ NRS 2002 để tìm hiểu mối liên quan giữa NCDD và một số yếu tố ảnh hưởng đến NCDD của bệnh nhân.

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ dinh dưỡng của bệnh nhân

**Bảng 2. Sự liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm nhân khẩu học**

NRS 2002	Có NCDD		Không có NCDD		Tổng	p
	Tần số	%	Tần số	%		
<b>Nhóm tuổi</b>						
18-40	72	63,7	41	36,3	113	p < 0,001
41-60	46	44,7	57	55,3	103	
> 60	112	83,6	22	16,4	134	
<b>Giới</b>						
Nam	122	67,4	59	32,6	181	p > 0,05
Nữ	108	63,9	61	36,1	169	
<b>Kinh tế</b>						
Nghèo	72	97,2	2	2,8	74	p < 0,001
Không nghèo	158	57,2	118	42,8	276	

Trình độ học vấn						
Mù chữ	30	93,8	2	6,2	32	<b>p &lt; 0,001</b>
Tiểu học	64	64,6	35	35,4	99	
THCS	67	65,7	35	34,3	102	
THPT trở lên	69	60	48	40	117	

So sánh mối liên quan giữa các nhóm tuổi, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về NCDD theo NRS 2002 ở các nhóm tuổi ( $p < 0,001$ ). Nhóm tuổi  $>60$  có NCDD cao nhất (83,6%). Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của Chu Thị Tuyết [9]. Điều này có thể lí giải rằng do người cao tuổi thường có răng kém nên việc nhai thức ăn không còn dễ dàng dẫn tới hấp thu dưỡng chất kém, mặt khác vị giác và khứu giác đều bị suy giảm, khiến người cao tuổi không có cảm giác thèm ăn. Đối tượng có kinh tế khá giả, trung bình có NCDD thấp hơn đối tượng nghèo, điều này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Do đối tượng có kinh tế

khá giả có đủ điều kiện để thực hiện liên tục một chế độ ăn lành mạnh, đầy đủ chất dinh dưỡng, trong khi đó đối tượng có kinh tế thấp buộc phải dùng những loại thực phẩm giá rẻ, thiếu dưỡng chất và năng lượng, thậm chí là những thực phẩm không đảm bảo về mặt vệ sinh, điều này không những làm tăng NCDD mà còn tăng nguy cơ mắc bệnh, tử vong. So sánh mối liên quan giữa NCDD theo NRS 2002 và trình độ học vấn, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Bệnh nhân mù chữ có NCDD cao nhất (93,8%). Nam có NCDD cao gấp 1,05 lần nữ, tuy nhiên điều này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ )

**Bảng 3. Sự liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và các thói quen**

NRS 2002	Có NCDD		Không có NCDD		Tổng	p
	Tần số	%	Tần số	%		
<b>Hút thuốc lá</b>						
Đang hút	89	83,2	18	16,8	107	<b>p = 0,001</b>
Đã từng	43	79,6	11	20,4	54	
Chưa hút	98	51,9	91	48,1	189	
<b>Ăn chay</b>						
2 – 4 lần/tháng	83	66,4	42	33,6	125	<b>p = 0,230</b>
Trường chay	8	88,9	1	11,1	9	
Không ăn chay	139	64,4	77	35,6	216	
<b>Số bữa ăn trước khi bị bệnh</b>						
< 3 bữa/ngày	71	89,9	8	10,1	79	<b>p = 0,003</b>
≥ 3 bữa/ngày	159	58,7	112	41,3	271	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng dinh dưỡng theo các nhóm hút thuốc lá ( $p < 0,05$ ). Nhóm đang hút thuốc lá có NCDD cao nhất 83,2%. Điều này có thể giải thích chất Nicotine có thể làm cho người nghiện thuốc lá bớt cảm giác thèm ăn [15]. Ngoài ra hút thuốc lá dẫn đến tích tụ độc tố trong cơ thể, làm tăng nguy cơ mắc các bệnh nguy hiểm từ đó tăng nguy cơ suy dinh dưỡng cho cơ thể.

Bệnh nhân có số bữa ăn  $< 3$  bữa/ngày có NCDD cao gấp 1,53 lần bệnh nhân có số bữa ăn  $\geq 3$  bữa/ngày. Sự

khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Phạm Thị Tâm (2009) [7]. Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ăn chay và tình trạng dinh dưỡng ( $p > 0,05$ ).

#### IV. KẾT LUẬN

##### 1. Tầm soát, đánh giá nguy cơ dinh dưỡng của bệnh nhân

Tỷ lệ có nguy cơ dinh dưỡng theo NRS 2002 và MST





lần lượt là 65,7% và 64,6%.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI và chu vi vòng cánh tay (MUAC) lần lượt là 33,4% và 11,1%.

## 2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, kinh tế, trình độ học vấn, thói quen hút thuốc lá và số bữa ăn với tình trạng dinh dưỡng theo đánh giá NRS 2002.

## V. KIẾN NGHỊ

- Bệnh nhân vào viện phẫu thuật cần được tầm soát, sàng lọc sớm nguy cơ dinh dưỡng bằng phương pháp tầm soát NRS 2002, theo dõi cân nặng thường xuyên cho các bệnh nhân để có thể có kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng sớm.

- Tăng cường công tác hỗ trợ, tư vấn về dinh dưỡng cho bệnh nhân đang điều trị tại khoa, đặc biệt là những bệnh nhân có nguy cơ cao như người già, người có bệnh mạn tính...

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Thùy An (2010), Tình trạng dinh dưỡng và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật trong bệnh lý gan mật tụy, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ điều dưỡng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.
2. Hoàng Hải (2016), Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân sau phẫu thuật tại khoa Ngoại chấn thương Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và một số yếu tố liên quan, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Đại học Y Hà Nội.
3. Tô Thị Hải (2014), Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đang điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Tiền Hải
4. Hà Huy Khôi, Lê Thị Hợp (2012), Phương pháp dịch tễ học dinh dưỡng, NXB Y học, Hà Nội.
5. Phạm Văn Năng (2008), Yếu tố nguy cơ dinh dưỡng của biến chứng nhiễm trùng sau mổ trên bệnh nhân phẫu thuật bụng, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, tập 12(3):87-93.
6. Sobotka L, Allison SP, Fuerst P và các cộng sự. (2004), Các kỹ thuật sử dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng (Luu Ngân Tâm, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa, dịch), Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng, Vol. 1, Galen, Prague, Czech Republic.
7. Phạm Thị Tâm, Nguyễn Phước Hải, Lê Văn Khoa(2009), Đánh giá tình trạng dinh dưỡng người cao tuổi tại huyện Tân Châu, tỉnh An Giang năm 2009, Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm.
8. Đoàn Duy Tân (2016), Tình trạng dinh dưỡng trước mổ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2016, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
9. Chu Thị Tuyết (2013), Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng – tiêu hóa mở có chuẩn bị tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai năm 2013, Luận án tiến sỹ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.

### TIẾNG ANH

10. Agarwal, E. , Ferguson, M, Banks, M. , Bauer, J. , Capra, S. , and Isenring, E., (2012) Nutritional status and dietary intake of acute care patients: Results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clinical Nutrition*, 31(1). 41-47.
11. Chen ZY et al (2015), Association between nutritional risk and routine clinical laboratory measurements and adverse outcomes: a prospective study in hospitalized patients of Wuhan Tonggji Hospital, *European Journal of Clinical Nutrition*, pp 552-557.
12. ESPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force(2002), Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients, *JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 26 (1 Suppl): 1SA-138SA.
13. Kondrup et al, ESPEN guidelines for nutrition screening 2002, *Clinical Nutrition*, pp 415-421
14. McWhirter J P, Pennington C R (1994), Incidence and recognition of malnutrition in hospital “, *BMJ*, 308: 945-948.
15. J-Audrain, Mc Govern, NL Benowitz(2011), Cigarette Smoking, Nicotine, and Body Weight, *PubMed*, 90(1), pp.164-168.
16. Shirodkar M, Mohandas K M (2005), Subjective global assessment: a simple and reliable screening tool for malnutrition among Indians, *Indian Gastroenterol*, 24:246-250.

# THỰC TRẠNG QUẢN LÝ QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH BẮC KẠN

Nguyễn Thị Thu<sup>1</sup>, Vũ Thị Trà Mi<sup>1</sup>

## TÓM TẮT:

Qua quá trình hoạt động, Bảo hiểm xã hội tỉnh Bắc Kạn đã đạt được những kết quả tích cực trong công tác bảo hiểm y tế (BHYT) thực hiện đảm bảo quyền lợi cho người tham gia BHYT, góp phần làm ổn định đời sống, an toàn xã hội; tạo ra sự công bằng, dân chủ và làm lành mạnh các quan hệ xã hội. Bên cạnh những kết quả đã đạt được, trong quá trình hoạt động đã bộc lộ những tồn tại, hạn chế cần được tháo gỡ, khắc phục. Nội dung của bài viết này là phân tích, đánh giá thực trạng công tác quản lý thu, thực hiện chi các chế độ bảo hiểm y tế ở tỉnh Bắc Kạn trong thời gian qua; từ đó đề xuất các giải pháp hoàn thiện quản lý thu, thực hiện chi các chế độ bảo hiểm xã hội tỉnh Bắc Kạn trong giai đoạn tới.

**Từ khóa:** Bảo hiểm y tế, quỹ bảo hiểm y tế, quản lý quỹ bảo hiểm y tế.

## SUMMARY:

### STATUS OF MANAGING HEALTH INSURANCE FUND OF SOCIAL INSURANCE IN BAC KAN PROVINCE

**Abstract:** In the process of implementing financial policy of social insurance, health Insurance of Social insurance Department of Bac Kan province has reached very important results, that ensures rights for health insurance people as well as contribute to social stability and security; creating justice, democracy and strengthening social relations. Beside the achievement, there are many problems which need to be overcome in the process of implementation. The content of this article is to analyze, evaluate the real situation of financial health insurance policy in Bac Kan for the past time; from that point, we propose the solutions to improve the financial health insurance policy in the coming period.

**Keywords:** Health insurance, health insurance fund, managing health insurance fund.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quản lý quỹ bảo hiểm y tế (BHYT) luôn là nhiệm vụ hàng đầu được Bảo hiểm xã hội (BHXH) tỉnh Bắc Kạn quan tâm thực hiện, công tác quản lý quỹ BHYT đã đạt được những kết quả nhất định. Tuy nhiên, công tác quản lý quỹ BHYT của tỉnh còn tồn tại những hạn chế như: Tình trạng bội chi quỹ BHYT ngày càng tăng cao do: Đối tượng tham gia BHYT trên địa bàn thuộc các đối tượng người nghèo, người dân tộc thiểu số chiếm cao trong tổng dân số của tỉnh; tăng giá viện phí theo quy định tại TTTL số 37/2015/TTLT-BYT-BTC ngày 29/10/2015 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính. Số thu BHYT chưa đạt yêu cầu so với kế hoạch được giao, một số cơ quan, đơn vị chưa thực hiện nghiêm túc việc trích nộp BHYT theo quy định của Luật BHYT. Công tác tuyên truyền phổ biến giáo dục pháp luật về BHXH, BHYT, BHTN còn nhiều hạn chế. Vì vậy, BHXH tỉnh cần có những giải pháp hữu hiệu trong công tác quản lý quỹ BHYT trong thời gian tới.

## II. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### a. Đối tượng nghiên cứu

- Tình hình thu, chi BHYT của Bảo hiểm xã hội tỉnh Bắc Kạn các năm 2012-2016.

- Các yếu tố ảnh hưởng đến thu chi BHYT.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu định lượng: Sử dụng phương pháp thống kê mô tả thực trạng công tác thu chi quỹ BHYT tại BHXH tỉnh Bắc Kạn thông qua số liệu báo cáo tổng kết tại BHXH tỉnh Bắc Kạn các năm 2012-2016, kết hợp với việc thu thập các văn bản chính sách về thu chi BHYT, tiến hành đánh giá theo các biến số định lượng đã xác định.

Tập hợp, nghiên cứu các văn bản pháp quy về BHYT và các văn bản khác có liên quan đến chính sách BHYT từ năm 1992 đến nay, rà soát, phân tích những thay đổi các quy định về chính sách.

## 1. Khoa Kinh tế - Đại học KT&QTKD Thái Nguyên

Tác giả chính Nguyễn Thị Thu - Điện thoại: 0983483538; Email: nguyenthu.gvktbh@gmail.com



- Phương pháp nghiên cứu định tính: Để xác định ảnh hưởng của các yếu tố liên quan đến số thu quỹ BHYT thuộc nhóm quản lý quỹ và người tham gia BHYT, nghiên cứu tiến hành phỏng vấn sâu Lãnh đạo BHXH tỉnh Bắc Kạn các năm 2012-2016 để tìm hiểu về những khó khăn và thách thức trong công tác thu chi BHYT đối với các doanh nghiệp đóng trên địa bàn tỉnh; tìm hiểu về công tác mở rộng và phát triển đối tượng tham gia BHYT tự nguyện (BHYT theo hộ gia đình) trên địa bàn trong những năm qua; nguyên nhân của tình trạng nợ đọng quỹ BHYT của các doanh nghiệp tư nhân đóng trên địa bàn, biện pháp, kiến nghị gì nhằm hạn chế tình trạng nợ đọng này

để trách thất thu quỹ BHYT.

## 2. Thực trạng công tác quản lý quỹ bảo hiểm y tế tại Bảo hiểm xã hội tỉnh Bắc Kạn

### 2.1. Quản lý nguồn hình thành quỹ bảo hiểm y tế tại Bảo hiểm xã hội tỉnh Bắc Kạn

Nguồn thu từ các đối tượng tham gia BHYT trên địa bàn tỉnh bao gồm: BHYT bắt buộc, BHYT tự nguyện và BHYT người nghèo. Trong giai đoạn 2012 – 2016, nguồn thu quỹ trên địa bàn tỉnh luôn đảm bảo với số lượng đối tượng có BHYT năm sau cao hơn năm trước và tỷ lệ dân số trên địa bàn tỉnh tham gia BHYT chiếm ở mức cao trên 90%, vượt kế hoạch đề ra.

**Bảng 1. Tình hình tham gia BHYT tại Bảo hiểm xã hội tỉnh Bắc Kạn giai đoạn 2012 – 2016**

Năm	2012	2013	2014	2015	2016	Tốc độ phát triển (%)				
						13/12	14/13	15/14	16/15	Bình quân
BHYT bắt buộc	40.879	40.923	41.215	41.657	42.315	100,11	100,71	101,07	101,58	100,87
BHYT tự nguyện	6.134	6.532	6.728	8.925	10.526	106,49	103,00	132,65	117,94	114,45
BHYT người nghèo	253.139	254.814	257.840	256.685	257.557	100,66	101,19	99,55	100,34	100,43
<b>Tổng số người có BHYT</b>	<b>300.152</b>	<b>302.269</b>	<b>305.783</b>	<b>307.267</b>	<b>310.398</b>	<b>100,71</b>	<b>101,16</b>	<b>100,49</b>	<b>101,02</b>	<b>100,84</b>
<b>Tỷ lệ % dân số có BHYT</b>	92%	93%	93%	95%	94%	-	-	-	-	-

(Nguồn: BHXH tỉnh Bắc Kạn)

Bảng trên cho ta thấy số người tham gia BHYT trên địa bàn tỉnh đều tăng qua các năm. Trong năm 2016, số người tham gia BHYT là 310.398 người tăng 10.246 người so với năm 2012, trung bình số người tham gia BHYT tăng 0,084%/ năm. Tỷ lệ người nghèo tham gia BHYT cao nhất chiếm 82,98%, tiếp đó là BHYT bắt buộc chiếm 13,63%,

BHYT tự nguyện chỉ chiếm 3,39%. Số dân có thẻ tăng qua các năm, cụ thể năm 2012 là 92%, năm 2013 và 2014 là 93%, cao nhất là năm 2015 với 95% và đến năm 2016 đạt 94%.

Số người tham gia BHYT tăng góp phần gia tăng nguồn thu quỹ BHYT. Số thu quỹ BHYT được thể hiện trong bảng 2.

**Bảng 2. Số thu quỹ BHYT theo các nhóm đối tượng giai đoạn 2012 - 2016**

(ĐVT: Triệu đồng)

Năm Nội dung	2012	2013	2014	2015	2016	Tốc độ phát triển ( % )				
						13/12	14/13	15/14	16/15	Bình quân
Thu BHYT bắt buộc	57.43	63.668	65.681	70.338	72.816	111,61	103,16	107,09	103,52	106,29
Thu BHYT tự nguyện	5.271	7.958	9.951	17.913	24.272	150,97	125,04	180,01	135,49	146,49
Thu BHYT người nghèo	110.887	127.337	123.401	112.715	105.179	114,83	96,91	91,34	93,31	98,69
<b>Tổng thu BHYT</b>	<b>173.202</b>	<b>198.965</b>	<b>199.034</b>	<b>187.966</b>	<b>202.268</b>	<b>114,87</b>	<b>100,03</b>	<b>94,44</b>	<b>107,61</b>	<b>103,95</b>

(Nguồn: BHXH tỉnh Bắc Kạn)

Trong giai đoạn 2012 – 2016, số thu quỹ BHYT theo các đối tượng liên tục tăng, năm 2016 thu quỹ BHYT đạt 202.268 triệu đồng tăng 29.068 triệu đồng so với năm 2012, tốc độ tăng thu quỹ BHYT trung bình giai đoạn này là 3,95%/ năm. Trong đó thu từ người nghèo chiếm tỷ lệ

cao nhất 52% (năm 2016), tuy nhiên nguồn thu quỹ từ đối tượng này có xu hướng giảm trong giai đoạn 2012 – 2016. Đặc biệt chú ý là thu BHYT tự nguyện chỉ chiếm 12% nhưng có xu hướng gia tăng nhanh nhất, trung bình tăng 46,49%/ năm.

**Bảng 3. Mức đóng BHYT bình quân theo nhóm đối tượng giai đoạn 2012 – 2016**

(ĐVT: đồng)

Năm	Tổng	BHYT bắt buộc	BHYT tự nguyện	BHYT người nghèo
<b>2012</b>	2.692.821	1.395.424	859.347	438.050
<b>2013</b>	3.273.950	1.555.820	1.218.402	499.728
<b>2014</b>	3.551.377	1.593.629	1.479.151	478.597
<b>2015</b>	4.134.699	1.688.510	2.007.071	439.118
<b>2016</b>	4.435.128	1.720.824	2.305.930	408.374

(Nguồn : BHXH tỉnh Bắc Kạn)

Qua bảng 3 ta thấy mức đóng BHYT bình quân theo nhóm đối tượng qua các năm đều tăng trong giai đoạn 2012 – 2016. Trong đó mức đóng BHYT bình quân năm

2016 tăng 1.742.307 đồng so với năm 2012, trung bình tăng 13,29%/năm.

Công tác thu BHYT thời gian qua tuy đã hoàn thành



và vượt kế hoạch mà Bảo hiểm xã hội Việt Nam giao hàng năm, nhưng thực tế vẫn chưa khai thác và thu hết các nguồn thu cho quỹ BHYT. Nhiều đơn vị nợ đọng kéo dài với số lượng lớn đặc biệt là các đơn vị kinh tế ngoài quốc doanh, một số cơ quan, đơn vị chưa thực hiện nghiêm túc việc trích nộp BHYT theo quy định của Luật BHYT dẫn

đến việc giải quyết chế độ chính sách cho người lao động chưa được kịp thời, thủ trưởng một số cơ quan đơn vị chưa quan tâm đúng mức đến quyền lợi và nghĩa vụ của người lao động trong việc tham gia BHXH, BHYT.

**2.2. Quản lý sử dụng quỹ bảo hiểm y tế tại Bảo hiểm xã hội tỉnh Bắc Kạn**

**Bảng 4. Tình hình chi quỹ BHYT giai đoạn 2012 – 2016**

(ĐVT: Triệu đồng)

Nội dung \ Năm	2012	2013	2014	2015	2016	Tốc độ phát triển (%)				
						13/12	14/13	15/14	16/15	Bình quân
Chi BHYT bắt buộc	41.068	49.088	51.643	56.312	98.055	119,53	105,21	109,04	174,13	124,31
Chi BHYT tự nguyện	6.222	8.039	6.663	7.508	11.206	129,20	82,88	112,68	149,25	115,85
Chi BHYT người nghèo	77.159	90.998	108.284	123.888	170.895	117,94	118,99	114,41	137,94	121,99
<b>Tổng chi BHYT</b>	<b>124.451</b>	<b>148.126</b>	<b>166.591</b>	<b>187.709</b>	<b>280.157</b>	<b>119,02</b>	<b>112,47</b>	<b>112,68</b>	<b>149,25</b>	<b>122,49</b>

(Nguồn : BHXH tỉnh Bắc Kạn)

Bảng 4 cho ta thấy mức chi BHYT trên địa bàn tỉnh đều tăng qua các năm trong giai đoạn 2012 – 2016, năm 2016 mức chi BHYT tăng 155.706 triệu đồng so với năm 2012, tốc độ tăng chi trung bình là

22,49%/ năm. Trong năm 2016, chi cho người nghèo cao nhất 170.895 triệu đồng chiếm 61%, chi cho nhóm BHYT tự nguyện thấp nhất 11.206 triệu đồng, chiếm 4% tổng chi BHYT.

**Bảng 5. Bảng cân đối thu – chi hàng năm của quỹ BHYT**

(ĐVT: Triệu đồng)

Năm	Thu	Chi	Tỷ lệ chi (%)	Cân đối thu chi
2012	173.202	124.451	0,72	48.751
2013	198.965	148.126	0,74	50.839
2014	199.034	166.591	0,84	32.443
2015	187.966	187.709	0,99	257
2016	202.268	280.157	1,39	-77.888

(Nguồn: Báo cáo tổng kết năm 2012 – 2016 của BHXH tỉnh Bắc Kạn)

Thanh toán của quỹ BHYT cho người bệnh ngày càng tăng. Mức chi bình quân một lần KCB ngoại trú và nội trú ở các tuyến đều gia tăng, nhất là ở tuyến TTYT huyện Chợ Mới, Chợ Đồn và Bạch Thông. Tỷ lệ chi của các năm đều cao, từ năm 2012 đến năm 2015 trung bình là 0,8%, riêng năm 2016 cao nhất là 1,39%.

Trong những năm từ 2012 đến năm 2015, quỹ đảm bảo cân đối thu chi và còn kết dư. Đến năm 2016, số chi tăng rất nhanh, bội chi 77.888 triệu đồng nguyên nhân chủ yếu là do:

- Áp dụng tăng giá viện phí theo quy định tại Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC ngày 29/10/2015 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính quy định, điều chỉnh mức tăng viện phí 30% từ tháng 3/2016 đối với hơn 1.800 dịch vụ y tế do BHYT thanh toán với mức tăng từ 2 đến 7 lần. Trong đó, giá dịch vụ y tế được điều chỉnh tăng, tính thêm chi phí trực tiếp và phụ cấp đặc thù. Từ 12/8/2016, tỉnh Bắc Kạn được tăng viện phí thông qua việc tính thêm yếu tố tiền lương.

- Có tới 93% đối tượng tham gia BHYT trên địa bàn thuộc các đối tượng người nghèo, người dân tộc thiểu số sinh sống tại vùng kinh tế xã hội khó khăn; đối tượng bảo trợ xã hội, trẻ em dưới 6 tuổi... có mức đóng thấp và hưởng 100% chi phí KCB, không phải cùng chi trả.

- Việc thông tuyến KCB BHYT, bệnh nhân chuyển địa tuyến lớn cơ sở KCB không kiểm soát được nên một số cơ sở KCB chi phí đi địa tuyến đã chiếm hết quỹ được sử dụng tại đơn vị; tần suất KCB tại tuyến xã cao.

- Ngoài ra, còn có một số nguyên nhân như tính thừa ngày điều trị nội trú, chỉ định xét nghiệm, chỉ định thuốc rộng rãi, áp sai giá dịch vụ kỹ thuật, nhập sai hạn sử dụng thẻ BHYT, kê trùng chi phí điều trị ngoại trú...

### 2.3. Một số nhận xét, đánh giá

*\* Những thành tựu đạt được:*

*Thứ nhất:* Cơ quan BHXH đã cấp thẻ BHYT kịp thời theo đúng kế hoạch, quản lý chặt chẽ kinh phí khám chữa bệnh không để xảy ra tình trạng lạm dụng và trục lợi quỹ BHYT.

*Thứ hai:* Thực hiện tốt cải cách thủ tục hành chính, duy trì có hiệu quả cơ chế “một cửa” tạo điều kiện thuận lợi cho mọi tổ chức cá nhân đến giao dịch, làm tốt công tác tư vấn chế độ chính sách BHYT cho các đối tượng.

*Thứ ba:* Kiện toàn và đi vào hoạt động của tổ công tác liên ngành thu nợ BHYT, bước đầu cơ bản khắc phục xong tình trạng nợ đọng kéo dài trên địa bàn.

*Thứ tư:* Cơ sở KCB BHYT ngày càng được mở rộng. Việc tổ chức KCB BHYT tại tuyến xã đã tạo điều kiện

thuận lợi cho người tham gia BHYT trong việc tiếp cận, lựa chọn cơ sở KCB ban đầu phù hợp, góp phần củng cố và phát triển mạng lưới y tế cơ sở, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu và KCB thông thường tại tuyến y tế cơ sở.

*Thứ năm:* Cùng với việc mở rộng đối tượng, mở rộng quyền lợi, tăng tần suất KCB, chi trả chi phí KCB từ quỹ BHYT cho người bệnh tăng dần hàng năm. Tổng thu của quỹ BHYT năm 2016 là khoảng 203 tỷ đồng, tăng gần 16 tỷ đồng so với năm 2015; tổng thu từ BHYT tự nguyện chiếm khoảng 12% tổng thu của quỹ, trong khi số đối tượng tham gia BHYT tự nguyện chiếm 3,39% tổng số người tham gia BHYT.

*\* Những tồn tại, vướng mắc và nguyên nhân:*

*Thứ nhất:* Tình trạng bội chi quỹ BHYT ngày càng tăng cao do: Đối tượng tham gia BHYT chủ yếu là người nghèo, người dân tộc thiểu số; tăng giá viện phí theo quy định tại TTLT số 37/2015/TTLT-BYT-BTC ngày 29/10/2015 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính.

*Thứ hai:* Số thu BHYT chưa đạt yêu cầu so với kế hoạch được giao, nhiều đơn vị nợ đọng kéo dài với số lượng lớn đặc biệt là các đơn vị kinh tế ngoài quốc doanh.

*Thứ ba:* Một số cơ quan, đơn vị chưa thực hiện nghiêm túc việc trích nộp BHYT theo quy định của Luật BHYT dẫn đến việc giải quyết chế độ chính sách cho người lao động chưa được kịp thời.

*Thứ tư:* Công tác tuyên truyền phổ biến giáo dục pháp luật về BHXH, BHYT, BHTN còn nhiều hạn chế.

*Thứ năm:* Hệ thống phần mềm quản lý của cơ quan BHXH chưa đồng bộ nên chưa đáp ứng được yêu cầu công tác chuyên môn.

## III. MỘT SỐ GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN QUẢN LÝ QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ TỈNH BẮC KẠN

### 3.1. Hoàn thiện phương thức quản lý thu bảo hiểm y tế

- Tăng cường công tác thu BHYT, chủ động bám sát các đơn vị cơ sở, phối hợp chặt chẽ với các ngành, các cấp giải quyết dứt điểm số đơn vị nợ đọng kéo dài.

- Tăng cường và đổi mới công tác thông tin, truyền thông về BHYT: của các cơ quan thông tấn, báo chí; tuyên truyền cho từng đối tượng cụ thể, nhất là một số đối tượng cần được đặc biệt quan tâm như nông dân, người cận nghèo, học sinh, sinh viên và chủ sử dụng lao động. Công tác thông tin, tuyên truyền phải tham gia tích cực vào việc giới thiệu gương tốt trong thực hiện BHYT, đồng thời phát hiện và phê phán những đơn vị và cá nhân không



chấp hành nghiêm hay vi phạm Luật BHYT.

- Phối hợp với các cơ quan liên quan thực hiện tốt việc cấp thẻ BHYT cho các đối tượng kịp thời đảm bảo quyền lợi cho các đối tượng được thụ hưởng mà trước hết là công tác cấp phát thẻ BHYT năm 2017 theo quy định.

- Đề nghị UBND tỉnh chỉ đạo các cơ quan, đơn vị hưởng lương từ ngân sách nhà nước thực hiện việc trích nộp BHYT theo đúng quy định của pháp luật.

### 3.2. Hoàn thiện phương thức quản lý chi bảo hiểm y tế

- Thực hiện tốt công tác giám định BHYT tại các cơ sở KCB theo quy định, đặc biệt là thực hiện tốt hệ thống thông tin giám định BHYT được triển khai từ tháng 06/2016, quản lý quỹ BHYT hiệu quả, đúng quy định của Nhà nước, đảm bảo quyền lợi KCB BHYT cho các đối tượng tham gia, hạn chế bồi chi quỹ KCB BHYT

- Tích cực ứng dụng công nghệ thông tin trong việc giám định, thanh quyết toán chi phí KCB BHYT.

- Tăng cường giáo dục công tác tư tưởng, rèn luyện phẩm chất đạo đức và bản lĩnh của người làm công tác giám định BHYT.

- Tăng cường kỷ cương, kỷ luật và luôn có các biện pháp phòng ngừa, ngăn chặn các biểu hiện tiêu cực có thể làm ảnh hưởng đến quyền lợi của người bệnh có thẻ BHYT và có thể gây thất thoát quỹ BHYT.

- Thường xuyên đôn đốc, nhắc nhở và kiểm tra việc thực hiện của BHYT các huyện, thị xã, thành phố; tăng cường kiểm tra, giám sát việc KCB BHYT tại các Trạm y tế tuyến xã, phường, thị trấn; kiên quyết từ chối thanh toán chi phí các loại thuốc, hóa chất, vật tư y tế... đã được tính trong cơ cấu giá của các dịch vụ y tế theo Quyết định số 59/2012/QĐ-UBND.

- Kiểm soát chặt chẽ các chi phí về thuốc, về vật tư y tế, về giá viện phí... theo đúng quy định.

### 3.3. Hoàn thiện phương thức quản lý chi hoạt động bộ máy quản lý:

- Xây dựng kế hoạch và tổ chức thực hiện tiết kiệm kinh phí đối với những khoản chi: công tác phí, hội nghị, chi tiếp khách, điện thoại, xăng xe, văn phòng phẩm ...

- Nâng cao ý thức, trách nhiệm, phẩm chất đạo đức của một số cán bộ, công chức, viên chức trong đơn vị còn yếu kém. Nâng cao trình độ, năng lực quản lý, điều hành, kiểm tra, kiểm soát của lãnh đạo và cán bộ làm nghiệp vụ quản lý tài chính ở đơn vị.

## IV. KẾT LUẬN

Trong quá trình hoạt động, bảo hiểm y tế tỉnh Bắc Kạn đã đạt được những kết quả hết sức quan trọng, làm ổn định đời sống của người lao động góp phần làm ổn định, an toàn xã hội; tạo ra sự công bằng, dân chủ và làm lành mạnh các quan hệ xã hội. Bên cạnh những kết quả đã đạt được vẫn còn những tồn tại cần được tháo gỡ và khắc phục. Vì vậy, để thực hiện đúng với chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn được giao nhằm phục vụ ngày càng tốt hơn đối với mọi người lao động tham gia và hưởng các chế độ BHYT; góp phần vào việc nâng cao đời sống vật chất, tinh thần cho người lao động và gia đình họ, góp phần đẩy nhanh sự nghiệp công nghiệp hoá, hiện đại hoá đất nước, làm cho dân giàu, nước mạnh, xã hội công bằng, dân chủ, văn minh. Bảo hiểm xã hội Bắc Kạn cần phải tiếp tục cải tiến, hoàn thiện quản lý trên tất cả các hoạt động của toàn ngành, đặc biệt là công tác quản lý quỹ bảo hiểm y tế. Để hoàn thiện công tác quản lý quỹ bảo hiểm y tế, *thứ nhất*, hoàn thiện phương thức quản lý thu BHYT: quản lý đầy đủ, chính xác, kịp thời đối tượng tham gia BHYT và quỹ tiền lương làm cơ sở nộp BHYT; Thực hiện tốt công tác thu BHYT; Triển khai tốt loại hình bảo hiểm y tế tự nguyện. *Thứ hai*, hoàn thiện phương thức quản lý chi BHYT nhằm chi trả kịp thời, chính xác, đúng đối tượng, tận tay cho người được hưởng, để đảm bảo an toàn, tránh thất thoát quỹ BHYT; *Thứ ba*, hoàn thiện phương thức quản lý chi hoạt động bộ máy quản lý.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. BHXH tỉnh Bắc Kạn, báo cáo tổng kết năm 2012 đến năm 2016.
- [2]. Giáo trình Bảo hiểm (NXB Đại học Kinh tế Quốc dân 2008) - Nguyễn Văn Định.
- [3]. Quốc hội (2008), Luật BHYT năm 2008.
- [4]. Quốc hội (2014), Luật BHYT sửa đổi năm 2014.
- [5]. Lê Công Tuấn, luận văn về chuyên đề Hoàn thiện công tác quản lý quỹ BHYT ở Việt Nam.
- [6] [Http://google.com.vn](http://google.com.vn)
- [7] [Http://Bhxhbackan.gov.vn](http://Bhxhbackan.gov.vn)
- [8] [Http://baohiemxahoi.gov.vn](http://baohiemxahoi.gov.vn)

# NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP THỪA CÂN - BÉO PHÌ Ở TRẺ 3 ĐẾN 5 TUỔI TẠI 08 TRƯỜNG MẪU GIÁO THÀNH PHỐ CÀ MAU, TỈNH CÀ MAU (2013-2014)

Nguyễn Quan Phú<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Hiền<sup>1</sup>, Hồ Thanh Đảm<sup>1</sup>  
Nguyễn Văn Đạc<sup>2</sup>, Lê Ngọc Định<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Chuyên<sup>3</sup>

## TÓM TẮT:

**Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ thừa cân - béo phì, tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân - béo phì và đánh giá kết quả truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống thừa cân - béo phì ở cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ từ 3-5 tuổi tại trường mẫu giáo thành phố Cà Mau, tỉnh Cà Mau năm 2013-2014. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang có phân tích và can thiệp có đối chứng ở trẻ từ 3 đến 5 tuổi và cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ tại 08 trường mẫu giáo thành phố Cà Mau, tỉnh Cà Mau năm 2013 - 2014. **Kết quả:** Tỉ lệ thừa cân - béo phì là 11,7%. Một số yếu tố liên quan tới tỉ lệ thừa cân béo phì là nghề nghiệp của cha mẹ, tiền sử gia đình có người thừa cân - béo phì, mức thu nhập của gia đình, cân nặng lúc sinh, thời gian bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, chế độ ăn uống và vận động của trẻ, kiến thức và thực hành chăm trẻ của cha mẹ và người chăm sóc. Tỉ lệ khỏi thừa cân - béo phì ở nhóm can thiệp là 9,68%, hiệu quả của biện pháp can thiệp là 65,08%. Hiệu quả của biện pháp can thiệp nâng kiến thức đúng thêm 54,9%. Hiệu quả của biện pháp can thiệp nâng thực hành đúng thêm 82,3%. **Kết luận:** Tình trạng thừa cân - béo phì ở trẻ 3-5 tuổi tại thành phố Cà Mau là thường gặp, có nhiều yếu tố liên quan và có thể can thiệp để giảm tình trạng thừa cân - béo phì ở trẻ.

**Từ khóa:** Thừa cân - béo phì, thành phố Cà Mau.

## ABSTRACT:

**RESEARCH OF SITUATION AND THE EFFECT OF INTERVENTION IN 3 TO 5 YEAR-OLD CHILDREN WITH OVERWEIGHT - OBESITY**

1. Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe tỉnh Cà Mau  
Tác giả chính Nguyễn Quan Phú, SĐT: 0989705009
2. Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Cà Mau
3. Học viện Quân y

## IN THE KINDERGARTEN IN THE CA MAU CITY (2013-2014)

**Objective:** to determine the rate of overweight - obesity of 3 to 5 - year - old children in kindergarten in Ca Mau city of Ca Mau Province 2013-2014; to determine some correlative factors of overweight - obesity; to assess the effects of nutritional antioverweight - obesity communication and education intervention on parents or who directly nourished children. **Subjects and methods:** cross - sectional descriptive and co-intervention study with 3 to 5 year-old children in the kindergarten in the ca mau city and parents or who directly nourished children. **Results:** The rate of overweight-obesity was 11.7%. Factors related to overweight - obesity in 3 to 5 year - old children were: parents career, family history, family income level, new-born baby birth weight, exclusively breastfeeding time for the first six months, children's dietary and exercise, the knowledge and practice skills of parents and who directly nourished children. Cure rate of overweight - obesity in the intervention group was 9.68%, the effect of the intervention was 65.08%. Effectiveness of interventions had increase correct knowledge up 54.9% and well practice up 82.3%. **Conclusion:** Overweight - obesity in 3 to 5 year-old children was common. There were many factors involved it, we could interfere to reduce overweight - obesity in children.

**Key words:** Overweight - obesity, Ca Mau city.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân - béo phì (TC-BP) ở trẻ em là vấn đề sức khỏe cộng đồng [3]. Truyền thông giáo dục để tăng cường



nhận thức, thực hành đúng chế độ ăn uống và sinh hoạt là biện pháp phòng ngừa thừa cân - béo phì có hiệu quả [1].  
Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ thừa cân - béo phì, tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân - béo phì và đánh giá kết quả truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống thừa cân - béo phì ở cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ từ 3-5 tuổi tại trường mẫu giáo thành phố Cà Mau, tỉnh Cà Mau năm 2013-2014.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Trẻ từ 3 đến 5 tuổi; cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ.

**2.2. Địa điểm nghiên cứu:** Tại 08 trường mẫu giáo của thành phố Cà Mau, Cà Mau.

**2.3. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 8/2013 đến tháng 4/2014 (thời gian cân, đo lần thứ nhất từ ngày 11/9/2013 đến 24/9/2013; thời gian thực hiện hoạt động can thiệp bằng truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng ngừa TC-BP trong 6 tháng từ ngày 01/10/2013 đến ngày 01/4/2014; thời gian cân, đo lại lần thứ hai từ ngày 02/4/2014 đến ngày 08/4/2014).

**2.4. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích và can thiệp có đối chứng.

### 2.5. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

#### 2.5.1. Cỡ mẫu

\* Cỡ mẫu xác định tỉ lệ TC-BP: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước lượng một tỉ lệ trong quần thể.

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

n: Cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý.

Z: Là trị số tùy thuộc vào mức tin cậy mong muốn của ước lượng, với mức tin cậy mong muốn là 95% thì Z tương ứng là 1,96.

p: Tỉ lệ thừa cân - béo phì,  $p = 0,1117$  theo "Nghiên cứu tình trạng thừa cân, béo phì ở trẻ 4-6 tuổi tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang" [6].

d: Khoảng sai lệch cho phép giữa tỉ lệ thu được từ mẫu và tỉ lệ của quần thể, ở đây chúng tôi chọn  $d = 0,025$ .

$$\text{Vậy: } n = \frac{1,96^2 \times 0,1117 \times (1 - 0,1117)}{0,025^2} = 609,6$$

- Dự trừ mất mẫu là 10%, hệ số thiết kế là 1,5: Cỡ mẫu sẽ là

$$n = (609,6 \times 1,5) + (609,6 \times 1,5) \times 10\% = 1.006 \text{ trẻ.}$$

Thực tế điều tra là 1.053 trẻ.

- Đối tượng mẫu cho mục tiêu 1,2: Trẻ em ở 3 khối

lớp Mầm, Chồi, Lá và cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng của trẻ tham gia nghiên cứu.

\* Cỡ mẫu cho mục tiêu 3:

+ Cỡ mẫu xác định sự khác biệt tỉ lệ TC - BP giữa nhóm can thiệp và không can thiệp.

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{[p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}\}^2}{c^2}$$

-  $p_1, p_2$  là tỉ lệ TC - BP sau can thiệp tương ứng ở nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp, nên chọn  $p_1, p_2$  tương ứng là 90%, 100%. Theo "Truyền thông giáo dục kết hợp với trường học và gia đình trong dự phòng thừa cân - béo phì ở học sinh tiểu học thành phố Huế" là 10% [1].

-  $\alpha$  mức ý nghĩa thống kê, chọn  $\alpha = 0,1$ ; do đó  $Z_{1-\alpha} = 1,28$

-  $\beta$  là hiệu lực nghiên cứu, chọn  $\beta = 80\%$ ; do đó  $Z_{1-\beta} = 0,842$

$$- p = (p_1 + p_2)/2 = 95\%$$

$$- c = p_1 - p_2 = 90 - 100 = - 10\%$$

$$n = \frac{\{1,28\sqrt{2 \times 0,95(0,05)} + 0,84\sqrt{[0,9(0,1) + 1(1-1)]}\}^2}{(0,1)^2} \rightarrow n = 41$$

Như vậy, số trẻ TC-BP ở mỗi nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp là 41 trẻ. Tỉ lệ ước lượng 0,1117 [6], trẻ em TC-BP tương ứng với cỡ mẫu là 1.053 trẻ, nghiên cứu đã phát hiện được 123 trẻ TC-BP, được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm (62 trẻ nhóm can thiệp, 61 trẻ nhóm không can thiệp, gồm trẻ nội thành và ngoại thành).

+ Đối tượng cho mục tiêu 3: Gồm tất cả trẻ TC-BP được xác định ở mục tiêu 1 ; cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ.

#### 2.5.2. Phương pháp chọn mẫu

\* Chọn mẫu cho nghiên cứu cắt ngang

Áp dụng phương pháp chọn mẫu cụm phân tầng với đơn vị cụm là lớp và tầng là khối lớp. Số cụm chọn theo số liệu năm 2013, thành phố Cà Mau có 24 trường mẫu giáo với 6.267 trẻ, mỗi trường có 3 khối lớp, lớp Mầm (trẻ 3 tuổi), lớp Chồi (trẻ 4 tuổi), lớp Lá (trẻ 5 tuổi). Các bước chọn mẫu tiến hành như sau:

Bước 1 chọn trường: Chọn ngẫu nhiên 8 trường bao gồm 4 trường nội ô thành phố Cà Mau và 4 trường ngoại ô thành phố Cà Mau.

Bước 2 chọn lớp: Mỗi trường chọn 1 lớp (1 cụm) trong mỗi khối. Do đó tổng số cụm chọn là 24 cụm (24 lớp).

Bước 3 chọn trẻ nghiên cứu: Tất cả trẻ em trong lớp được chọn đưa vào nghiên cứu.

**\* Chọn nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp**

Tất cả trẻ TC-BP đều được đưa vào nghiên cứu và chia 2 nhóm: Chọn trẻ bằng cách phân nhóm trẻ ở trường nội thành và ngoại thành tương đương nhau ở nhóm can thiệp và không can thiệp, sau đó bốc thăm ngẫu nhiên để chọn nhóm trẻ ở trường can thiệp và trường không can thiệp. Kết quả nhóm can thiệp bằng truyền thông tích cực là 62 trẻ và nhóm chứng là 61 trẻ nhận hướng dẫn dinh dưỡng thường qui của chương trình phòng chống TC-BP.

- Chỉ tiêu đánh giá TC-BP theo cân nặng/chiều cao (CN/CC).

- Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tình trạng TC-BP.

- Hiệu quả can thiệp: Được tính bằng cách so sánh tỉ lệ khối nhóm can thiệp và nhóm chứng [5].

+ Chỉ số hiệu quả (CSHQ) = Tỉ lệ khối TC-BP nhóm can thiệp (CT) trừ tỉ lệ khối TC-BP nhóm chứng.

+ CSHQ về kiến thức, thực hành bằng không khi chỉ số kiến thức, thực hành đúng sau CT nhỏ hơn hoặc bằng kiến thức, thực hành đúng trước CT.

+ Chỉ số hiệu quả can thiệp kiến thức, thực hành của cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng: Là hiệu số (giữa tỉ lệ kiến thức, thực hành đúng sau trừ đi kiến thức, thực hành đúng trước can thiệp ở nhóm can thiệp) trừ (hiệu số tỉ lệ kiến thức, thực hành đúng lần sau trừ đi kiến thức, thực hành đúng lần trước ở nhóm chứng).

**2.6. Biện pháp can thiệp:** Hàng tháng cán bộ hướng dẫn về dinh dưỡng đi hướng dẫn và cấp tờ rơi “Phòng và kiểm soát thừa cân - béo phì” do Cục Y tế dự phòng xuất bản năm 2013 cho cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ.

**2.7. Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 18.0, sử dụng toán thống kê y học thông thường và tra bảng kích thước nhân trắc.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Tỉ lệ thừa cân - béo phì của trẻ nghiên cứu

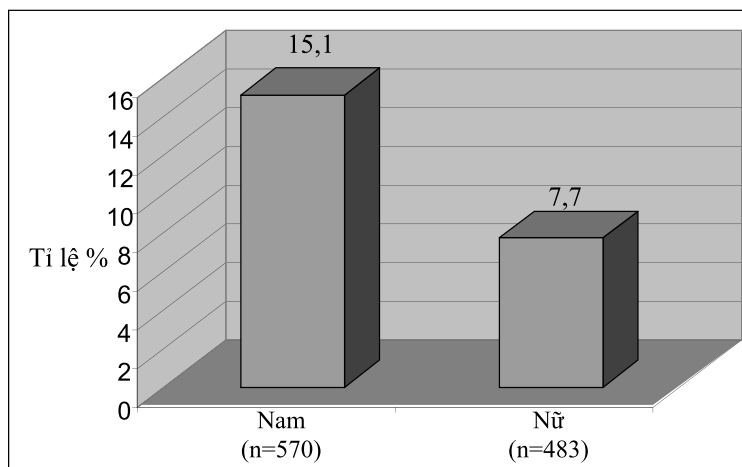
**Bảng 3.1. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo chỉ tiêu cân nặng/chiều cao**

Tình trạng dinh dưỡng	Tần số	Tỉ lệ %
Không TC-BP	930	88,3
Thừa cân - béo phì	123	11,7
<b>Tổng số</b>	<b>1053</b>	<b>100</b>

Kết quả điều tra 1.053 trẻ 3-5 tuổi của 8 trường mẫu giáo, mầm non tỉ lệ TC-BP là 11,7%. Tỉ lệ này có thể cao hay thấp là tùy thuộc vào qui mô, cách chọn mẫu, địa

điểm nghiên cứu. Tỉ lệ TC-BP ngày càng tăng do nền kinh tế ngày càng phát triển, thu nhập người dân tăng lên, chất lượng bữa ăn cải thiện.

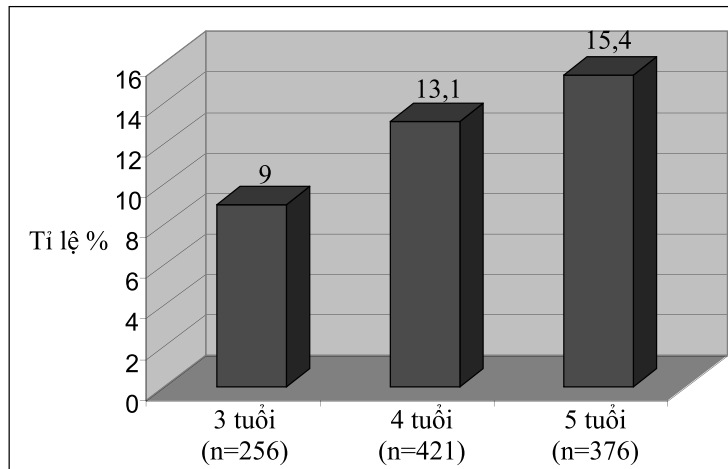
**Biểu đồ 3.1. Tỉ lệ thừa cân - béo phì trẻ 3-5 tuổi theo giới tính**



$\chi^2$  (so sánh TC-BP trẻ 3 tuổi với 5 tuổi) = 13.98 và p = 0,0002



**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ thừa cân - béo phì trẻ 3-5 tuổi theo nhóm tuổi**



$\chi^2$  (so sánh TC-BP trẻ 3 tuổi với 5 tuổi) = 13,98 và p = 0,0002

Trong nghiên cứu này tỷ lệ TC-BP trẻ 3 tuổi (9%), 4 tuổi (13,1%), 5 tuổi (15,4%), TC-BP có xu hướng tăng theo tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở từng nhóm tuổi (p<0,05). Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Viện Dinh dưỡng tỷ lệ TC-BP tăng theo tuổi (trẻ 4, 5, 6 tuổi lần lượt là 4,2%, 4,5%, 6,1%) [7], của Nguyễn Văn Trạng tỷ lệ TC-BP tăng theo tuổi (3, 4, 5 tuổi lần lượt là

9,48%, 10,48%, 12,47%) [6], của Trần Thị Phúc Nguyệt tỷ lệ TC tăng theo tuổi (4 tuổi là 4,2%, 5 tuổi là 4,5%, 6 tuổi là 6,1%) [2].

### 3.2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân - béo phì của trẻ

#### 3.2.1. Mối liên quan yếu tố gia đình, tiền sử nuôi dưỡng trẻ với TC-BP

**Bảng 3.2. Mối liên quan giữa yếu tố gia đình với thừa cân - béo phì**

Yếu tố gia đình	n	TC-BP		Không TC-BP		OR	p
		TS	%	TS	%		
Cha -TC-BP	200	48	24	152	76	3,27	<0,001
- Không TC-BP	853	75	8,8	778	91,2		
Mẹ -TC-BP	51	13	25,5	38	74,5	2,77	0,002
- Không TC-BP	1002	110	11	892	89		
Anh, chị -TC-BP	48	12	25	36	75	2,68	0,003
-Không TC-BP	1005	111	11	894	89		

Trẻ TC-BP có cha TC-BP chiếm tỷ lệ 24%, có mẹ TC-BP chiếm tỷ lệ 25,5%, có anh chị TC-BP chiếm tỷ lệ 25% nguy cơ TC-BP gấp từ 3,2 đến 2,6 lần (OR lần lượt là 3,27; 2,77; 2,68) so với nhóm trẻ còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,005). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Bảo Phi trẻ có cha TC có tỷ lệ TC-BP (16,6%) cao gấp hai lần so với trẻ không có cha TC

(8,9%) (p<0,05), trẻ có mẹ TC có tỷ lệ TC-BP (14,5%) cao so với trẻ có mẹ không TC (9,8%) (p<0,05), trẻ có cha cùng với mẹ TC có tỷ lệ TC-BP (30,4%) cao gấp ba lần so với trẻ không có cha cùng mẹ TC (10,5%) (p<0,05) [4]. Yếu tố di truyền có vai trò nhất định trong TC-BP, có nhiều nghiên cứu cho biết phần lớn những trẻ bị BP đều có cha hoặc mẹ bị TC-BP.

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa cân nặng lúc sinh với thừa cân - béo phì**

Cân nặng lúc sinh	TC-BP		Không TC-BP		OR (KTC 95%)	P
	n	%	n	%		
≥ 4.000g	18	24,7	55	75,3	2,72 (1,54-4,82)	<0,001
< 4.000g	105	10,7	875	89,3		

Nhóm trẻ TC-BP có cân nặng lúc sanh ≥ 4.000 gram chiếm tỉ lệ 24,7% cao hơn so với nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh < 4.000 gram là 10,7%, nguy cơ TC-BP là 2,7 lần (p<0,001, OR=2,727). Kết quả của nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Viện Dinh dưỡng trẻ có cân nặng sơ

sinh > 3.500 gram có nguy cơ bị TC cao hơn 2,4 lần so với trẻ có cân nặng ≤ 3.500 gram [8]. Cân nặng lúc sinh liên quan đến TC-BP không nhất quán giữa các nghiên cứu, nhưng cân nặng sơ sinh được xem là một yếu tố nguy cơ TC-BP.

**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa trẻ bú mẹ với thừa cân - béo phì**

Bú sữa mẹ	TC-BP		Không TC-BP		OR (KTC 95%)	P
	n	%	n	%		
Không hoàn toàn 6 tháng đầu	45	18,8	195	81,2	2,17 (1,45-3,24)	<0,001
Hoàn toàn 6 tháng đầu	78	9,6	735	90,4		

Nhóm trẻ TC-BP bú mẹ không hoàn toàn trong 6 tháng đầu chiếm tỉ lệ 18,8% cao hơn so với trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu là 9,6%, nguy cơ TC-BP là 2,1 lần (p<0,001, OR=2,17). Kết quả của nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Viện Dinh dưỡng trẻ bú sữa mẹ ít bị BP hơn trẻ bú bình, tỉ lệ BP ở trẻ bú mẹ chỉ bằng một nửa trẻ bú bình (2,8% và 4,5%) [8], nghiên cứu của Elizabeth J tỉ lệ trẻ TC giảm theo thời gian khi trẻ bú mẹ kéo dài [9]. Sữa mẹ là yếu tố quan trọng bảo vệ trẻ không

bị BP bởi việc định dạng sớm kiểu ăn và hoạt động của trẻ, sữa mẹ là nguồn thức ăn tốt nhất cho mọi trẻ sơ sinh, trẻ được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 4-6 tháng đầu sẽ phát triển tốt về thể lực và trí tuệ vì trong sữa mẹ có đầy đủ các chất dinh dưỡng cần thiết cho nhu cầu phát triển của trẻ.

**3.2.2. Mối Liên quan giữa kiến thức, thực hành của cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ với tình trạng thừa cân - béo phì của trẻ**

**Bảng 3.5. Liên quan kiến thức, thực hành về thừa cân - béo phì của cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ**

Kiến thức, thực hành		TC-BP		Không TC-BP		OR	P
		n	%	n	%		
Kiến thức TC-BP của cha, mẹ	Sai	66	23,5	215	76,5	3,85 (2,61-5,66)	<0,001
	Đúng	57	7,4	715	92,6		
Thực hành TC-BP của cha, mẹ	Sai	103	17,5	484	82,5	4,74 (2,89-7,79)	<0,001
	Đúng	20	4,3	446	95,7		



Kiến thức sai (không biết tình trạng dinh dưỡng, trẻ béo là khỏe, trẻ béo là đẹp, trẻ béo là không xấu, không biết hậu quả xấu của TC-BP) của cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng ở nhóm trẻ TC-BP là 23,5% cao hơn kiến thức đúng về TC-BP là 7,4%, kiến thức sai có nguy cơ TC-BP là 3,85 lần so với kiến thức đúng ( $p < 0,001$ ,  $OR = 3,85$ ). Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Phan Thị Bích Ngọc nhận thức của phụ huynh cho rằng trẻ BP là khỏe, trẻ nhỏ ăn càng nhiều càng tốt [1]. Kết quả của nghiên cứu khác với kết quả nghiên cứu của Phùng Đức Nhật bà mẹ cho rằng trẻ mập/béo không đẹp, cho rằng trẻ

mập/béo là không khỏe ( $p > 0,05$ ) [3].

Thực hành đúng về TC-BP của cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng ở nhóm trẻ TC-BP là 4,3% thấp hơn so với thực hành sai là 17,5%, nguy cơ TC-BP của thực hành sai là 4,7 lần ( $p < 0,001$ ,  $OR = 4,746$ ). Nghiên cứu của Trần Thị Phúc Nguyệt thực hành đánh giá sai về tình trạng dinh dưỡng của trẻ đối với các bà mẹ là những nguy cơ gây TC-BP ( $p < 0,01$ ) [2]. Thực hành sai, kiến thức sai về nuôi dưỡng trẻ có nguy cơ TC-BP gấp 4,7 và 3,8 lần so với kiến thức đúng,  $p < 0,001$ .

### 3.3. Hiệu quả của biện pháp can thiệp

**Bảng 3.6. Tỷ lệ kết quả khởi thừa cân - béo phì sau can thiệp**

Tình trạng TC-BP sau can thiệp	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQCT (%HQCT)	P
	TS	%	TS	%		
Không (đã khởi)	6	9,68	2	3,38	6,30 (65,08%)	0,07
Có	56	90,32	59	96,72		
<b>Tổng</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>		

Kết quả của nghiên cứu can thiệp trong 6 tháng nhóm trẻ TC-BP: Tỷ lệ khởi TC-BP nhờ vào biện pháp can thiệp là 9,68% cao hơn so với tỷ lệ khởi TC-BP ở nhóm không can thiệp là 3,38%. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Hiệu quả can thiệp là 6,30% và tỷ lệ hiệu quả của biện pháp can thiệp là 65,08%. Kết quả nghiên cứu phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Xuân Ngọc (2012), thời gian can thiệp 9 tháng tại trường can thiệp tỷ lệ TC từ 19% giảm xuống còn 13% và tỷ lệ BP giảm từ 8,1% xuống còn 5,4% ( $p > 0,05$ ), tại trường đối chứng tỷ lệ TC giảm từ 15,5% xuống còn 14,8%, tỷ lệ BP giảm từ 5,5% xuống còn 5,1% ( $p > 0,05$ ) [1], nghiên cứu của Trần Thị Phúc Nguyệt (2006), TC-BP nhẹ ( $> +2SD$ ) ở nhóm can thiệp đáp ứng với chương trình can thiệp tốt hơn TC-BP ở

mức trung bình và nặng, hiệu quả can thiệp là 41,4% ở mức TC-BP nhẹ và 11,1% ở mức trung bình và nặng [2], nghiên cứu của Phan Thị Bích Ngọc (2010), thời gian can thiệp 9 tháng tỷ lệ TC-BP ở nhóm can thiệp trước can thiệp là 8% sau can thiệp là 6,4% ( $p < 0,05$ ), tỷ lệ TC-BP ở nhóm chứng trước can thiệp là 7,95% sau can thiệp là 8,97% ( $p > 0,05$ ) hiệu lực can thiệp là 28,65% [1], nghiên cứu của Viện Dinh dưỡng (2004) sau 6 tháng can thiệp tỷ lệ TC-BP sau can thiệp giảm từ 12,2% xuống còn 10,3% ở trường có can thiệp ( $p < 0,001$ ) [8], nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội sau 6 tháng can thiệp tỷ lệ trẻ TC trở về bình thường là 42,2% ở nhóm can thiệp và 6,7% ở nhóm đối chứng. Trong đó TC ở mức nhẹ ở nhóm can thiệp ( $> +2SD$ ) có đáp ứng tốt với chương trình can thiệp (tỷ lệ trở về bình thường là 40%), ( $p < 0,05$ ) [7].

**Bảng 3.7. Tỷ lệ cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ có kiến thức đúng chung trước và sau can thiệp**

Kiến thức đúng của cha, mẹ sau can thiệp		Trước		Sau		Hiệu số sau-trước	%HQCT CT-Chúng
		n	%	n	%		
Đúng	Nhóm CT (n=62)	25	40,3	60	96,8	56,5	54,9
	Chúng (n=61)	33	54,1	34	55,7	1,6	

Tỷ lệ cha, mẹ có kiến thức đúng chung của các hạng mục (cho trẻ TC-BP là không khỏe, là không đẹp, trẻ béo là xấu, biết hậu quả xấu của TC-BP) sau can thiệp về dinh dưỡng của trẻ là 96,8% tăng 56,5% so với trước can thiệp. Hiệu quả của biện pháp can thiệp nâng kiến thức đúng chung về dinh dưỡng của cha, mẹ thêm 54,9%. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Phan Thị Bích Ngọc (2010), trước can thiệp tỷ lệ phụ huynh có kiến thức

đúng là 31,17% sau can thiệp bằng biện pháp truyền thông giáo dục dinh dưỡng kiến thức đúng tăng lên 53,38% ( $p < 0,01$ ). Hiệu lực của chương trình can thiệp nâng hiểu biết cho phụ huynh thêm 71,25% [1], phù hợp với nghiên cứu của Viện Dinh dưỡng hiểu biết của cha, mẹ học sinh về TC-BP ở trẻ em được cải thiện rõ rệt, sau can thiệp 100% các bậc phụ huynh có hiểu biết đúng về tác hại cũng như cách phòng chống TC-BP [8].

**Bảng 3.8. Tỷ lệ cha, mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ đánh giá đúng thực hành về thói quen, sở thích ăn uống trước và sau can thiệp**

Thực hành của cha, mẹ sau can thiệp		Trước		Sau		Hiệu số sau-trước	%HQCT CT-Chúng
		n	%	n	%		
Đúng	Nhóm CT (n=62)	9	14,5	60	96,8	82,3	82,3
	Chúng (n=61)	11	18	9	14,8	0	

Tỷ lệ cha, mẹ thực hành đúng chung các hạng mục sau can thiệp về thói quen, sở thích ăn uống (không ăn quà vặt khi đến trường, không ăn bữa phụ ban đêm, không còn thói quen ăn nhanh, không còn thói quen ăn nhiều, không ăn quà vặt khi tĩnh tại, không thích uống ngọt, ăn ít hơn 4 bữa cơm mỗi ngày) của trẻ là 96,8% tăng 82,3% so với trước can thiệp. Hiệu quả của biện pháp can thiệp nâng thực hành đúng chung sau can thiệp về thói quen, sở thích ăn uống của cha, mẹ thêm 82,3%. Kết quả của nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Phan Thị Bích Ngọc hiệu lực can thiệp đối với thực hành là 81,46% tỷ lệ phụ huynh có thực hành đúng với tình trạng dinh dưỡng của con em họ trước can thiệp là

28,97%, sau can thiệp tỷ lệ có thực hành đúng tăng lên 52,57% ( $p < 0,01$ ). Chương trình can thiệp đã nâng cao khả năng thực hành của phụ huynh về vấn đề TC-BP của con em họ thêm 81,46% [1], phù hợp với nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội ở nhóm can thiệp trước can thiệp là 33,3% sau can thiệp có đến 82,2% thực hành đúng ( $p < 0,05$ ), ở nhóm chúng trước và sau can thiệp là 37,8% và 20% thực hành đúng [7].

#### IV. KẾT LUẬN

Tình trạng thừa cân - béo phì ở trẻ 3-5 tuổi tại thành phố Cà Mau là thường gặp, có nhiều yếu tố liên quan và có thể can thiệp để giảm tình trạng thừa cân - béo phì ở trẻ.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thị Bích Ngọc (2010), *Truyền thông giáo dục kết hợp trường học và gia đình trong dự phòng TC-BP ở học sinh tiểu học thành phố Huế*, *Y học Thực hành* (715), số (5)/2010. Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. Trần Thị Xuân Ngọc (2012), *Thực trạng và hiệu quả can thiệp thừa cân, béo phì của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng ở trẻ em từ 6 đến 14 tuổi tại Hà Nội*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Trần Thị Phúc Nguyệt, Hà Huy Khôi, Nguyễn Thị Lâm (2004), “Liên quan giữa thực hành dinh dưỡng người mẹ, hoạt động thể lực ở trẻ với tình trạng thừa cân béo phì 4-6 tuổi”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, tập XIV số (5), tr. 40 - 43.
4. Phùng Đức Nhật (2006), “Nghiên cứu bệnh chứng các yếu tố nguy cơ thừa cân, béo phì của học sinh mẫu giáo từ 4-6 tuổi tại quận 5, thành phố Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, phụ bản của tập 12, số (4)/2008, tr. 158 - 161.
5. Bảo Phi (2011), *Nghiên cứu thực trạng thừa cân béo phì và các yếu tố liên quan ở trẻ 3- 5 tuổi tại các trường mẫu giáo thị xã Long Khánh, tỉnh Đồng Nai*. Luận văn tốt nghiệp CKI Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Phạm Thị Tâm (2012), “Giáo trình Quản lý và Chính sách Y tế”, Tài liệu giảng dạy dành cho học viên Chuyên khoa I Y tế Công cộng và Ôn thi tuyển Chuyên khoa II Quản lý Y tế, tháng 5/2012, tr 71 - 73.
7. Nguyễn Văn Trọng (2009), *Nghiên cứu tình trạng thừa cân, béo phì ở trẻ 4-6 tuổi tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang*. Luận án Chuyên khoa cấp II Y học, Trường Đại học Y Dược Huế. tr. 34 - 76.
8. Trường Đại học Y Hà Nội (2004), “Nghiên cứu tình trạng thừa cân - béo phì ở trẻ 4-6 tuổi nội thành Hà Nội và thử nghiệm một số giải pháp can thiệp tại cộng đồng”, Đề tài nghiên cứu nhánh cấp Nhà nước của Trường Đại học Y Hà Nội, số 1 - Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam.
9. Viện Dinh dưỡng (2004), “Tình trạng thừa cân - béo phì ở trẻ 7-12 tuổi tại Hà Nội và đánh giá hiệu quả một số các giải pháp can thiệp”, *Đề tài nhánh cấp Nhà nước, 48<sup>B</sup> Tầng Bạt Hồ, Hà Nội*.
10. Elizabeth J., Mayer Davis. (2006), “Breast-Feeding and Risk for Childhood Obesity” *Diabetes Care* (29) pp:2231 - 2237.

# ĐẦU TƯ PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC LĨNH VỰC Y TẾ DỰ PHÒNG TẠI TỈNH THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Thanh Quý<sup>1</sup>, Đoàn Huyền Trang<sup>1</sup>

## TÓM TẮT:

Y tế dự phòng hiện nay có vai trò quan trọng trong việc chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, đặc biệt với phương châm “Phòng bệnh hơn chữa bệnh”. Tuy nhiên hoạt động dự phòng tại Thái Nguyên vẫn còn gặp nhiều khó khăn do nguồn nhân lực còn chưa đảm bảo cả về số lượng và chất lượng. Bài viết nhằm mục đích phân tích thực trạng, tình hình đầu tư phát triển nguồn nhân lực y tế dự phòng tỉnh Thái Nguyên qua phân tích số lượng cán bộ y tế dự phòng ở các tuyến; trình độ cán bộ y tế dự phòng ở các tuyến; tỷ lệ trạm y tế xã/phường/thị trấn có bác sỹ, nữ hộ sinh; tỷ lệ xã/phường/thị trấn có hộ sinh hoặc y sỹ sản khoa. Qua việc phân tích thực trạng và nguyên nhân của thực trạng, bài viết đề xuất một số giải pháp nhằm phát triển nguồn nhân lực y tế dự phòng tại Thái Nguyên.

**Từ khóa:** Y tế dự phòng, nhân lực y tế dự phòng, giải pháp phát triển nhân lực, Thái Nguyên.

## ABSTRACT:

### INVESTMENT TO DEVELOP THE PREVENTIVE HEALTH HUMAN RESOURCES IN THAI NGUYEN PROVINCE

Preventive medicine plays an important role in caring for and protecting people's health, especially with the motto “Prevention rather than cure”. However, prevention activities in Thai Nguyen are still facing many difficulties due to the lack of human resources both in quantity and quality. The paper is aimed to analyze the status, the investment to develop the preventive health human resources in Thai Nguyen province by analyzing the number of preventive medicine staff; the degree of preventive health staff; the proportion of commune/ward medical clinics have doctors, midwives, the percentage of communes/wards/towns have midwives or obstetricians. By analyzing the situation and the causes of the situation, the paper

proposes some solutions to develop preventive human resources in Thai Nguyen.

**Keywords:** Preventive medicine, preventive human resources, solution to develop human resource, Thai Nguyen.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Y tế dự phòng là một lĩnh vực rất quan trọng của ngành Y tế. Trong những thập kỷ qua, việc đầu tư cho lĩnh vực y tế dự phòng đã mang lại hiệu quả thiết thực, thể hiện trong việc Việt Nam đã chính thức thanh toán được bệnh bại liệt, uốn ván sơ sinh, đẩy lùi các dịch bệnh nguy hiểm, các bệnh lây nhiễm từ gia súc, bảo vệ sức khỏe nhân dân. Bên cạnh những mặt tích cực đạt được từ sự thay đổi trong tình hình mới, hệ thống y tế dự phòng nước ta cũng gặp nhiều khó khăn khi triển khai các hoạt động, đặc biệt là y tế dự phòng tuyến quận/huyện. Các trung tâm y tế dự phòng quận/huyện có đội ngũ cán bộ vừa thiếu về số lượng và được đào tạo chuyên khoa về lĩnh vực này còn hạn chế.

Do điều kiện địa lý phức tạp và tình hình kinh tế xã hội còn nhiều hạn chế nên khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế của dân cư tỉnh Thái Nguyên còn gặp nhiều khó khăn. Với đặc điểm như vậy, vai trò của cán bộ y tế dự phòng Thái Nguyên trở nên rất quan trọng trong việc tiếp cận và chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Tuy nhiên việc phát triển nguồn nhân lực y tế dự phòng tại Thái Nguyên còn gặp nhiều khó khăn do cơ chế thu hút nhân lực còn chưa hấp dẫn, nguồn thu nhập của cán bộ y tế dự phòng còn thấp so với các cán bộ y tế hoạt động lâm sàng khác. Do vậy cần có những giải pháp nhằm đầu tư phát triển, nâng cao số lượng cũng như chất lượng nhân lực y tế dự phòng trong tỉnh.

Mục tiêu của bài viết là nghiên cứu đánh giá tổng thể về nhân lực của các cơ sở y tế dự phòng của tỉnh như: số lượng nhân lực y tế dự phòng của tỉnh, trình độ nguồn nhân lực y tế dự phòng, phân bố cán bộ y tế dự phòng tại tỉnh Thái Nguyên, từ đó đề xuất một số giải pháp nhằm phát triển nhân lực y tế dự phòng trong tỉnh.

## 1. Trường Đại học Kinh tế & QTKD Thái Nguyên

Ngày nhận bài: 25/08/2017 | >> Ngày phản biện: 31/12/2017 | >> Ngày duyệt đăng: 10/01/2018



## II. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

### 2.1. Tình hình đầu tư phát triển nhân lực y tế dự phòng tại tỉnh Thái Nguyên

#### 2.1.1. Số lượng cán bộ y tế dự phòng theo tuyến

Toàn bộ nhân lực y tế tỉnh Thái Nguyên có 4549 cán bộ, trong đó số cán bộ hệ dự phòng chiếm 10,9%. Như vậy tồn tại sự bất hợp lý và chưa phù hợp với phương châm dự phòng là chính, công việc của hệ YTDP chiếm hơn 60% công việc của ngành Y tế.

**Bảng 1: Cán bộ y tế dự phòng toàn tỉnh theo tuyến năm 2015**

Tuyến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tỉnh	249	50,4%
Huyện	245	49,6%
<b>Tổng số</b>	<b>494</b>	<b>100</b>

*Nguồn: Sở Y tế Thái Nguyên*

Tổng số cán bộ YTDP toàn tỉnh là 494 người, tỷ lệ cán bộ YTDP tuyến tỉnh và tuyến huyện tương đương nhau, trong đó tuyến tỉnh có 249 người và tuyến huyện có 245 người tương ứng với tỷ lệ 50,4% và 49,6%. Tỷ lệ này là phù hợp với số lượng cơ sở y tế dự phòng ở tuyến huyện và tuyến tỉnh.

**Bảng 2: Số lượng cán bộ các đơn vị YTDP tuyến tỉnh**

Đơn vị	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
TT y tế dự phòng tỉnh	80	32,1
TT chăm sóc SKSS	31	12,4
TT KN thuốc-MP-TP	19	7,6
TT Truyền thông GDSK	13	5,2
TT Phòng chống HIV/AIDS	28	11,2
TT Da liễu-Chống phong	25	10,0
Chi cục ATVSTP	18	7,2
Chi cục DSKHHGD	22	8,8
Trạm chống lao	13	5,2
<b>Tổng số</b>	<b>249</b>	<b>100</b>

*Nguồn: Sở Y tế Thái Nguyên*

Trong số 9 đơn vị YTDP thuộc tuyến tỉnh thì trung tâm YTDP tỉnh chiếm tỷ lệ cao nhất (32,1%) với số lượng

80 cán bộ YTDP; tiếp theo đó là trung tâm chăm sóc SKSS có 31 cán bộ với tỷ lệ 12,4%; Trung tâm phòng chống HIV/AIDS có 28 cán bộ với tỷ lệ 11,2%; Trung tâm truyền thông GDSK và trạm chống lao chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,2% với số lượng 13 cán bộ.

**Bảng 3: Số lượng cán bộ các Trung tâm y tế huyện năm 2015**

Đơn vị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Huyện Đại Từ	35	14,3
Huyện Phú Bình	26	10,6
Huyện Phổ Yên	31	12,7
Huyện Định Hóa	28	11,4
Huyện Đồng Hỷ	32	13,1
Huyện Võ Nhai	23	9,4
Huyện Phú Lương	25	10,2
Thị xã Sông Công	14	5,7
Thành phố Thái Nguyên	31	12,7
<b>Tổng số</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

*Nguồn: Sở Y tế Thái Nguyên*

Trong tổng số 9 trung tâm y tế tuyến huyện, huyện Đại Từ có số lượng cán bộ y tế dự phòng nhiều nhất là 35 cán bộ với tỷ lệ 14,3%; tiếp theo là huyện Đồng Hỷ với 32 cán bộ, chiếm 13,1%; huyện Phổ Yên và thành phố Thái Nguyên có 31 cán bộ với tỷ lệ 12,7%; tỷ lệ thấp nhất là thị xã Sông Công với 14 cán bộ chiếm 5,7%. Nguyên nhân là do thị xã Sông Công là một trong hai đơn vị tuyến huyện còn mô hình trung tâm y tế và bệnh viện gắn liền nhau nên số lượng còn hạn chế.

Như vậy, các đơn vị YTDP tỉnh Thái Nguyên còn thiếu hụt nhân lực, đặc biệt là ở tuyến huyện. Thiếu hụt cán bộ có ảnh hưởng rất lớn đến sự phát triển hệ dự phòng tỉnh. Việc nâng cao trình độ cán bộ cũng gặp khó khăn do không đủ cán bộ đảm đương công việc thường quy. Nguyên nhân chủ yếu là chế độ chính sách dành cho các cán bộ hệ dự phòng. So với thu nhập của cán bộ lâm sàng, thu nhập của cán bộ dự phòng còn rất khiêm tốn. Ngoài ra, bác sĩ hệ dự phòng không được tuyển ở những chuyên ngành điều trị, vì vậy họ thường có xu hướng chọn những đơn vị dự phòng ở tuyến Trung ương và tỉnh chứ không thích về tuyến huyện. Ngoài công việc chuyên môn thì các đơn vị này thường xuyên có những nguồn thu từ những dự án trong và ngoài nước. Chính vì vậy, khả năng thu hút

cán bộ của hệ dự phòng tuyến huyện là rất thấp. Do vậy, vấn đề quan trọng cần đặt ra là cần tăng cường đầu tư thu hút nhân lực hệ dự phòng về các tuyến huyện.

## 2.1.2. Trình độ cán bộ y tế dự phòng của tỉnh

**Bảng 4: Trình độ cán bộ y tế dự phòng tỉnh năm 2015**

Trình độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Bác sĩ</b>	<b>139</b>	<b>28,1</b>
Bác sĩ đa khoa	51	36,7
Bác sĩ CKI	65	46,7
Bác sĩ CKII	2	1,4
Thạc sĩ	21	15,1
Tiến sĩ	0	0
<b>Y sĩ đa khoa</b>	<b>59</b>	<b>11,9</b>
<b>Dược sĩ</b>	<b>44</b>	<b>8,9</b>
Sau đại học	4	9,1
Đại học	13	29,5
Trung học	27	61,4
<b>Điều dưỡng</b>	<b>83</b>	<b>16,8</b>
Sau đại học	0	0
Cử nhân	1	1,2
Cao đẳng	1	1,2
Trung học	80	96,4
<b>Kỹ thuật viên</b>	<b>33</b>	<b>6,7</b>
Cử nhân	1	3,0
Cao đẳng	1	3,0
Trung học (KTVXN)	31	94,0
<b>Y tế công cộng</b>	<b>4</b>	<b>0,8</b>
Sau đại học	1	25,0
Đại học	3	75,0
<b>Hộ sinh</b>	<b>29</b>	<b>5,9</b>
Đại học	0	0
Cao đẳng	1	3,4
Trung học	28	96,5

Chuyên ngành khác	103	20,9
Đại học	49	47,6
Cao đẳng	5	4,9
Trung học	29	28,2
Khác	20	19,4
<b>Tổng số</b>	<b>494</b>	<b>100</b>

Nguồn: Sở Y tế Thái Nguyên

Toàn tỉnh hiện có 139 bác sĩ YTDP, trong đó bác sĩ CKI chiếm tỷ lệ cao nhất tới 46,7%; bác sĩ đa khoa chiếm tỷ lệ 36,7%. Thạc sĩ chiếm 15,1%. Bác sĩ CKII chiếm 14%, không có trình độ tiến sĩ trong hệ dự phòng tỉnh. Ngoài ra, y sĩ đa khoa chiếm 11,9%, YTCC chiếm 0,8%, KTV xét nghiệm có 6,7%. Như vậy, hệ dự phòng tỉnh Thái Nguyên đang có một đội ngũ cán bộ có trình độ tương đối cao, cao hơn so với mặt bằng chung cả nước. Đặc biệt là số cán bộ có trình độ đại học và sau đại học. Qua đó có thể thấy lãnh đạo ngành Y tế tỉnh Thái Nguyên rất quan tâm đến công tác đầu tư đào tạo nguồn nhân lực chất lượng cao cho cán bộ YTDP tỉnh.

**Bảng 5: Trình độ cán bộ y tế dự phòng theo tuyến năm 2015**

Trình độ	Tỉnh		Huyện	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sau đại học	62	24,9	32	13,6
Đại học	76	30,5	42	17,1
Dưới đại học	100	40,1	162	66,1
Không được đào tạo chuyên môn	11	4,4	9	3,7

Nguồn: Sở Y tế Thái Nguyên

Qua bảng trên ta thấy, tại tuyến tỉnh cán bộ YTDP có trình độ dưới đại học chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,1%; tiếp theo đó là trình độ đại học chiếm 30,5%; trình độ sau đại học chiếm tỷ lệ tương đối cao là 24,9%. Không được đào tạo chuyên môn chiếm tỷ lệ thấp là 4,4%.

Cán bộ YTDP tuyến huyện có trình độ thấp hơn hẳn. Trong đó trình độ dưới đại học chiếm ưu thế với 66,1%; trình độ đại học chỉ chiếm 17,1% và sau đại học chiếm



13,6%. Những cán bộ không được đào tạo về chuyên môn chỉ chiếm 3,7%.

Chất lượng nhân lực y tế dự phòng, đặc biệt là ở tuyến xã trong sơ cấp cứu, chẩn đoán và điều trị một số bệnh, cũng như có kiến thức về xử lý bệnh dịch rất hạn chế. Theo nghiên cứu của Bộ Y tế được thực hiện ở khu vực Trung du miền núi phía Bắc năm 2014, trong đó có tỉnh Thái Nguyên, chỉ có 17,3% số bác sỹ và y sỹ được hỏi có kiến thức và kỹ năng đúng trong xử trí sơ cấp cứu, 17% biết được các dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ phụ nữ mang thai, 50,5% biết cách chẩn đoán tăng huyết áp và 15,6% biết các xử trí một vụ dịch... Ngoài ra, chế độ đãi ngộ với cán bộ y tế dự phòng chưa phù hợp, lương và phụ cấp cho cán bộ y tế thấp, không tương xứng với thời gian học tập, công sức lao động, môi trường lao động, điều kiện làm việc vất vả, nhất là ở khu vực miền núi, nông thôn.

### 2.1.3. Tỷ lệ xã/phường/thị trấn có cán bộ y tế

**Bảng 6: Tỷ lệ trạm y tế xã/phường/thị trấn có bác sỹ và nữ hộ sinh**

*Đơn vị tính: %*

	2013	2014	2015
Tỷ lệ trạm y tế có bác sỹ	86,7	90,1	88,4
Tỷ lệ trạm y tế có nữ hộ sinh	91,7	91,7	97,2

*Nguồn: Niên giám thống kê Thái Nguyên 2015*

Qua bảng trên có thể thấy, tỷ lệ trạm y tế xã/phường/thị trấn có bác sỹ năm 2014 có tăng lên là 90,1% so với năm 2013 là 86,7%. Tuy nhiên đến năm 2015 tỷ lệ trạm y tế xã/phường/thị trấn có bác sỹ giảm xuống 88,4%. Tỷ lệ trạm y tế xã/phường/thị trấn có nữ hộ sinh thì có xu hướng tăng dần lên trong giai đoạn 2013-2015, cụ thể tỷ lệ này là 91,7% năm 2013 và vẫn giữ nguyên vào năm 2014, nhưng con số này đã tăng lên 97,2% vào năm 2015. Như vậy, nguồn lực về y tế dự phòng còn thiếu nhiều so với nhu cầu, số lượng nữ hộ sinh đã tăng dần lên, nhưng số lượng bác sỹ dự phòng còn thiếu tương đối nhiều. Do vậy cần tiếp tục đầu tư vào nguồn nhân lực y tế dự phòng, đặc biệt là nguồn nhân lực chất lượng cao.

**Bảng 7: Tỷ lệ xã/phường/thị trấn có bác sỹ phân theo huyện, thành phố, thị xã**

*Tỷ lệ: %*

	2013	2014	2015
TP Thái Nguyên	85,7	85,7	89,3
TP Sông Công	50,0	70,0	50,0

Thị xã Phổ Yên	94,4	100,0	100,0
Huyện Định Hóa	100,0	100,0	95,8
Huyện Võ Nhai	100,0	100,0	100,0
Huyện Phú Lương	75,0	75,0	81,3
Huyện Đồng Hỷ	100,0	100,0	100,0
Huyện Đại Từ	71,0	64,5	73,3
Huyện Phú Bình	95,2	100,0	95,2
<b>Toàn tỉnh</b>	<b>86,7</b>	<b>90,1</b>	<b>88,4</b>

*Nguồn: Niên giám thống kê Thái Nguyên 2015*

Tỷ lệ xã/phường/thị trấn có bác sỹ phân theo các tuyến huyện, thành phố, thị xã có sự khác nhau rõ ràng. Trong số 11 đơn vị trực thuộc có 3 đơn vị đã đạt tỷ lệ 100% xã/phường/thị trấn có bác sỹ vào năm 2015 đó là thị xã Phổ Yên, huyện Võ Nhai và huyện Đồng Hỷ. Ngược lại huyện Định Hóa và huyện Phú Bình đã đạt tỷ lệ xã/phường/thị trấn có bác sỹ là 100% vào năm 2014 nhưng đến năm 2015 tỷ lệ này đã giảm xuống còn 95,8% và 95,2%; thành phố Sông Công cũng tăng tỷ lệ lên 70% vào năm 2014 nhưng giảm xuống 50% vào năm 2015. Điều này thể hiện, các bác sỹ ở tuyến xã/phường/thị trấn có sự chuyển đổi công tác, điều này có nhiều nguyên nhân, nhưng chủ yếu là các bác sỹ ở tuyến này ít được học tập nâng cao năng lực và thu nhập còn chưa đáp ứng được yêu cầu.

**Bảng 8: Tỷ lệ xã/phường/thị trấn có hộ sinh hoặc y sỹ sản khoa phân theo tuyến huyện**

*Tỷ lệ: %*

	2013	2014	2015
TP Thái Nguyên	71,4	71,4	92,9
TP Sông Công	80,0	80,0	90,0
Thị xã Phổ Yên	94,4	94,4	94,4
Huyện Định Hóa	100,0	100,0	100,0
Huyện Võ Nhai	100,0	100,0	100,0
Huyện Phú Lương	87,5	87,5	100,0
Huyện Đồng Hỷ	94,4	94,4	100,0
Huyện Đại Từ	100,0	100,0	100,0
Huyện Phú Bình	95,2	95,2	95,2
<b>Toàn tỉnh</b>	<b>91,7</b>	<b>91,7</b>	<b>97,2</b>

*Nguồn: Niên giám thống kê Thái Nguyên 2015*

Tỷ lệ xã/phường/thị trấn có hộ sinh hoặc y sỹ sản khoa được phân theo huyện/thành phố/thị xã cho thấy hầu hết các đơn vị đã có hộ sinh hoặc y sỹ sản khoa và tỷ lệ này đang có xu hướng tăng dần lên. Cụ thể là các huyện Định Hóa, Võ Nhai, Đại Từ đã đạt tỷ lệ 100% từ năm 2013 và vẫn giữ được tỷ lệ này; huyện Phú Lương và huyện Đông Hỷ với tỷ lệ 87,5% và 94,4% vào năm 2013 và 2014 nhưng cũng đã tăng lên 100% vào năm 2015. Các đơn vị khác mặc dù chưa đạt tỷ lệ 100% nhưng tỷ lệ này cũng không giảm xuống mà giữ nguyên hoặc đã tăng lên, cụ thể thành phố Thái Nguyên tỷ lệ 71,4% năm 2014 đã tăng lên 92,9% và năm 2015; thành phố Sông Công với tỷ lệ 80% đã tăng lên 90%; còn thị xã Phổ Yên và huyện Phú Bình tỷ lệ vẫn giữ nguyên là 94,4% và 95,2%.

Như vậy, có thể thấy việc đầu tư vào đào tạo nguồn lực y sỹ sản khoa, hộ sinh đã có hiệu quả nhất định, đặc biệt ở các huyện vùng núi, vùng sâu vùng xa, tuy nhiên vẫn cần tiếp tục đầu tư phát triển nhân lực để tất cả các tuyến đạt tỷ lệ y sỹ sản khoa, hộ sinh là 100%.

## 2.2. Giải pháp phát triển nguồn nhân lực y tế dự phòng tỉnh Thái Nguyên

- Cần cân đối lại cơ cấu nhân lực y tế dự phòng, hiện tuyến tỉnh đã tương đối đủ nhân lực, tuyến huyện còn thiếu nhiều nên cần đảm bảo cân đối nguồn nhân lực hợp lý giữa tuyến tỉnh và tuyến huyện, giữa các đơn vị y tế dự phòng với các bệnh viện

- Các đơn vị cần xây dựng kế hoạch tuyển dụng cán bộ phù hợp, ưu tiên cho một số đơn vị khó tuyển.

- Triển khai chương trình đào tạo mới và đào tạo bổ túc cán bộ chuyên khoa y tế dự phòng, đầu tư cho đội cơ động chống dịch các tuyến và phát triển chương trình đào tạo dịch tễ học thực địa. Cần tăng cường đào tạo nhân lực tại chỗ, do tỉnh Thái Nguyên có Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên – là một trong những cơ sở đào tạo ngành Y tế có chất lượng cao trong cả nước.

- Đề xuất các cấp có thẩm quyền ưu tiên cấp bổ sung kinh phí hàng năm cho đào tạo và phát triển nguồn nhân lực ngành Y tế dự phòng, nâng cao chế độ chính sách để thu hút và giữ cán bộ công tác lâu dài trong ngành dự phòng.

## III. KẾT LUẬN

Bên cạnh những mặt tích cực đạt được từ sự thay đổi trong tình hình mới, hệ thống Y tế dự phòng tỉnh Thái Nguyên cũng gặp rất nhiều khó khăn trong khi triển khai các mặt hoạt động, đặc biệt là Y tế dự phòng cấp quận/huyện. Các Trung tâm Y tế quận/huyện có đội ngũ cán bộ YTDP vừa thiếu về số lượng và được đào tạo chuyên khoa về lĩnh vực này còn hạn chế. Do vậy, để nâng cao hiệu quả hoạt động dự phòng, cần tập trung đầu tư nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế dự phòng đặc biệt là ở các tuyến quận/huyện trong thời gian tới.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế (2014), Báo cáo thực hiện chương trình, dự án “Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế”, Hà Nội.
- [2] Bộ Y tế (2016), Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2015 – Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân, NXB Y học, Hà Nội.
- [3] Cục Thống kê tỉnh Thái Nguyên (2016), Niên giám thống kê tỉnh Thái Nguyên 2015, NXB Thống kê, Hà Nội.
- [4] Sở Y tế Thái Nguyên (2016), Bản tổng hợp báo cáo ngành 12 tháng năm 2015.



# GIÁO DỤC Y ĐỨC CHO SINH VIÊN CAO ĐẲNG Y HIỆN NAY

Phạm Thị Thu Hằng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT:

Trước nhu cầu đổi mới cả về chính trị - kinh tế - văn hóa trong xã hội hiện đại, văn minh thì giá trị của đạo đức ngày càng trở nên quan trọng. Một trong những ngành nghề chịu ảnh hưởng nhiều quá trình đổi mới hiện nay là nghề y, trong đó người thầy thuốc là đại diện cho đối tượng bị tác động bởi kinh tế thị trường. Vì vậy, để hiểu bản chất của vấn đề, nhận thức đúng và tìm ra hướng giải quyết thực trạng xuống cấp về đạo đức người thầy thuốc trong mối quan hệ ấy, trước hết phải khảo sát, nghiên cứu từ các trường cao đẳng nghề y hiện nay để thấy được rõ hơn việc phải chú trọng giáo dục y đức cho sinh viên cao đẳng nghề y hiện nay là cần thiết.

**Từ khóa:** Giáo dục y đức

## SUMMARY:

### ETHICAL EDUCATION FOR CURRENT MEDICAL COLLEGE STUDENTS

In the face of the need for innovation both in politics and economics and culture in modern society, the value of ethics has become increasingly important. One of the most influential innovations today is the medical profession, in which the physician is the representative of the subject affected by the market economy. So, to understand the nature of the problem, Awareness of the right and finding a way to deal with the degradation of the morality of the physician in that relationship must first be investigated and studied by the current medical colleges in order to see more clearly the need to attach The importance of ethical education for current medical college students is essential.

**Keywords:** Ethical education

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Từ Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ VI (1986) đến nay, Việt Nam đã có nhiều thay đổi đáng kể, sự gia tăng một số lượng lớn các ngành nghề trong điều kiện kinh tế mới của đất nước đã mở ra cơ hội cho mỗi chủ thể lựa chọn được những nghề nghiệp phù hợp với khả năng lao động của mình, đồng thời tạo điều kiện cho người lao động phát

huy tính sáng tạo, khẳng định mình trong những lĩnh vực lao động khác nhau, từ đó có thu nhập chính đáng để nâng cao chất lượng cuộc sống.

Để có được thành tựu như ngày nay chúng ta phải thừa nhận kinh tế thị trường là giai đoạn phát triển cao của kinh tế hàng hoá, trong đó sự phát triển của kinh tế thị trường tỉ lệ thuận với sự phát triển của sản xuất và đời sống. Việc chuyển đổi mô hình kinh tế bao cấp sang nền kinh tế thị trường trong giai đoạn hiện nay là chủ trương hoàn toàn đúng đắn và kịp thời của Đảng và Nhà nước ta, là yêu cầu khách quan của bất kỳ quốc gia nào trên bước đường hội nhập và phát triển. Tuy nhiên, chúng ta cần phải nhìn nhận rằng, sự chưa đồng bộ của cơ chế kinh tế mới trong thời gian đầu chuyển đổi và tâm lý sản xuất nhỏ tiếp tục tác động đến thái độ của người lao động trong hầu hết các ngành nghề. Sự đan xen các giá trị vật chất và tinh thần của quá khứ và hiện tại khiến chủ thể khó phân định giá trị đích thực trong lao động nghề nghiệp. Trong sự phát triển của kinh tế xã hội, yêu cầu tăng thu nhập, đáp ứng những nhu cầu mới nảy sinh đang ngày càng trở nên cấp bách đối với mọi tầng lớp dân cư nước ta hiện nay.

Hiện tại, sự đa dạng trong phương thức hoạt động nghề nghiệp và mưu cầu tăng thu nhập một cách thái quá của một bộ phận người lao động đã dẫn đến những biểu hiện tiêu cực về đạo đức nghề nghiệp, gây hậu quả nghiêm trọng, ảnh hưởng lớn đến hoạt động kinh tế của xã hội, đời sống sinh hoạt của nhân dân, gây bất bình trong dư luận. Mặt trái của kinh tế thị trường đã tác động rất nhanh và mạnh tới tâm lý của nhiều người lao động, đẩy hành vi của họ nghiêng về tư tưởng chủ nghĩa cá nhân, lợi ích cá nhân. Một số lĩnh vực khá nhạy cảm như y tế, giáo dục, văn hoá, thể thao... vi phạm đạo đức nghề nghiệp mang tính chất của những đợt sóng ngầm nguy hiểm, chứa đựng những mối nguy hại cho sự phát triển toàn diện của con người và xã hội.

Trong khi đó, luật pháp và phương thức quản lý hoạt động nghề nghiệp của nhà nước chưa theo kịp với

## 1. Trường cao đẳng y tế Hà Đông

Ngày nhận bài: 20/02/2018 | Ngày phản biện: 28/02/2018 | Ngày duyệt đăng: 10/03/2018

những biến đổi của đời sống kinh tế, một số còn lúng túng trong chế tài xử lý, những tác động tiêu cực ấy tiếp tục ảnh hưởng nhiều mặt tới đời sống xã hội. Những vấn đề đạo đức trong kiện kinh tế thị trường thời gian qua đã trở thành một diễn đàn lý luận, thu hút sự quan tâm của toàn xã hội.

Trong thời kỳ đổi mới, do được cải thiện đáng kể về mức sống, mỗi người đều có ý thức hơn đối với việc chăm sóc sức khỏe của mình, đó chính là cơ hội lớn để ngành y tế có thể phát triển. Nhưng cũng chưa khi nào mọi người lại lo ngại, thậm chí còn ngại ngùng khi phải đến bệnh viện, các cơ sở y tế như hiện nay. Bởi vì, trong hoạt động nghề nghiệp của đội ngũ thầy thuốc đã xuất hiện những biểu hiện tiêu cực, làm mờ nhạt bản chất nhân đạo tốt đẹp của y đức truyền thống, gây mất lòng tin trong cộng đồng về một ngành nghề xưa nay luôn được xã hội coi trọng và tôn vinh.

Thực tiễn đặt ra nhiệm vụ đối với công tác nghiên cứu lý luận phải tìm ra những giải pháp nâng cao y đức của người thầy thuốc, kịp thời ngăn chặn những vi phạm. Do vậy, việc giáo dục y đức cho sinh viên chuyên ngành y nói chung và sinh viên hệ cao đẳng y nói riêng ngay khi họ còn ngồi trên ghế nhà trường là rất cần thiết, bởi sau khi ra trường họ chính là đội ngũ đông đảo chăm sóc sức khỏe cho mọi người, là cán bộ ngành y tế, đứng trước những băn khoăn thực tế và đòi hỏi của thực tiễn, tôi chọn đề tài: **“Giáo dục y đức cho sinh viên hệ cao đẳng y hiện nay”** làm đề tài nghiên cứu của mình với mục đích nghiên cứu:

Từ nghiên cứu những vấn đề lý luận cơ bản về giáo dục đạo đức cho sinh viên hệ cao đẳng y, thực trạng giáo dục y đức cho sinh viên ở một số trường cao đẳng y hiện nay đề tài đề xuất một số giải pháp căn bản nhằm nâng cao chất lượng giáo dục y đức cho sinh viên hệ đào tạo này trong điều kiện hiện nay.

## II. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thực trạng giáo dục y đức tại Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông, giai đoạn từ 2011 đến nay qua khảo sát ý kiến của 360 sinh viên của Trường.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Cơ sở lý luận là chủ nghĩa duy vật biện chứng và chủ nghĩa duy vật lịch sử, tư tưởng Hồ Chí Minh, các quan điểm của Đảng về đạo đức cách mạng và y đức.

- Đề tài sử dụng phương pháp luận của chủ nghĩa duy vật biện chứng và chủ nghĩa duy vật lịch sử, đồng thời sử dụng các phương pháp: phân tích, tổng hợp; quy nạp, diễn dịch; lịch sử, lôgic; phương pháp thống kê; điều tra xã hội học qua trung câu ý kiến của 360 sinh viên của Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Một số kết quả nghiên cứu chính được trình bày trong các bảng sau:

**Bảng 1. Ý kiến của sinh viên về tính cần thiết và tầm quan trọng của giáo dục y đức, chấp hành đường lối và học tập tấm gương của Bác**

<b>Mức độ cần thiết hoặc quan trọng</b>	<b>Giáo dục y đức</b>		<b>Chấp hành đường lối</b>		<b>Học tập Bác</b>	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Rất cần thiết	312	86,7	327	90,8	338	93,9
Ít cần thiết	17	4,72	31	8,61	21	5,83
Không cần thiết	31	8,61	2	0,56	1	0,28
Tổng	360	100	360	100	360	100



Kết quả bảng trên cho thấy, sinh viên đã trả lời khách quan các câu hỏi xoay quanh vấn đề giáo dục y đức hiện nay như: có 312 sinh viên (chiếm 86,7% số sinh viên được khảo sát) cho rằng việc giáo dục y đức là rất cần thiết; 327 sinh viên chiếm gần 91% khẳng định việc chấp hành nghiêm chỉnh chủ trương, đường lối, chính sách của Đảng và pháp luật của Nhà nước là rất cần thiết, rất quan trọng, đồng thời tỷ lệ rất cao sinh viên (gần 94%)

khẳng định tầm quan trọng của việc học tập và làm theo tấm gương đạo đức và phong cách Hồ Chí Minh. Chỉ có tỷ lệ rất thấp sinh viên cho rằng việc giáo dục đạo đức y học, việc chấp hành nghiêm chỉnh chủ trương, đường lối, chính sách của Đảng và pháp luật của Nhà nước là không cần thiết.

Ý kiến của sinh viên về một số hành vi trong học tập và giao tiếp ứng xử được trình bày trong bảng sau:

**Bảng 2. Ý kiến của sinh viên về một số hành vi trong học tập và ứng xử**

Mức độ đánh giá	Thiếu tôn trọng thầy, cô		Thiếu văn hóa		Gian lận trong học và thi	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Không nên	75	20,8	116	32,2	201	55,8
Bình thường	39	10,8	62	17,2	81	22,5
Không thể chấp nhận	246	68,3	182	50,6	78	21,7
<b>Tổng</b>	<b>360</b>	<b>100</b>	<b>360</b>	<b>100</b>	<b>360</b>	<b>100</b>

Phân tích bảng trên cho thấy, đại đa số sinh viên đều cho rằng, thiếu tôn trọng thầy, cô và thiếu văn hóa là những hành vi không thể chấp nhận được và không nên; chỉ có khoảng dưới 20% sinh viên cho rằng những hành vi đó là bình thường. Có 279 sinh viên trên tổng số sinh

viên được hỏi (chiếm 77,5%) sinh viên cho rằng không nên và không thể chấp nhận được thái độ gian lận trong học hành, thi cử.

Về ý thức tự rèn luyện của sinh viên và tham gia vào các hoạt động xã hội được trình bày trong bảng sau:

**Bảng 3. Ý kiến của sinh viên về tự rèn luyện và tham gia vào hoạt động xã hội và lựa chọn trường y**

Mức độ đánh giá	Tham gia hoạt động xã hội		Thái độ khi lựa chọn ngành y		Tự học tập và rèn luyện	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Rất tốt, nhiệt tình	127	35,3	136	37,8	150	41,7
Bình thường	84	23,3	182	50,6	144	40,0
Chưa tốt, nhiệt tình	149	41,4	42	11,7	66	18,3
<b>Tổng</b>	<b>360</b>	<b>100</b>	<b>360</b>	<b>100</b>	<b>360</b>	<b>100</b>

Qua bảng trên thấy, gần một nửa số sinh viên (149 em chiếm 41,1%) chưa nhiệt tình tham gia các hoạt động xã hội, các hoạt động của các đoàn thể trong nhà trường hoặc do các đoàn thể tổ chức; có 42 sinh viên (chiếm 11,7%) cho biết không yêu thích ngành y đã lựa chọn. Vẫn có tới

66 sinh viên (chiếm 18,3%) thẳng thắn cho rằng quá trình tự học và tự rèn luyện của mình chưa tốt.

Vậy, nguyên nhân chủ yếu do: mặt trái của kinh tế thị trường làm cho thang giá trị đạo đức có những thay đổi và làm cho sự nhìn nhận, đánh giá, định hướng về y đức của

sinh viên học cao đẳng y hiện nay có những biến đổi nhất định. Âm mưu diễn biến hòa bình, tuyên truyền, lôi kéo của các thế lực phản động rất quan tâm hướng đến đối tượng thanh niên nói chung và sinh viên nói riêng, đây cũng là một nguyên nhân làm suy giảm lòng tin của sinh viên vào đường lối, chính sách đang thực hiện của đất nước.

Trong cơ chế thị trường hiện nay làm cho nhiều gia đình mãi lo lắng và chạy theo những nhu cầu vật chất, ít thời gian dành cho con cái, không thực sự quan tâm đến nhân cách, đạo đức của con em mình, càng không nghĩ đến giáo dục truyền thống tốt đẹp của cha ông, gia đình mình. Nguyên nhân căn bản nữa của những hạn chế về y đức là từ chính các sinh viên. Ở lứa tuổi, tâm lý, sinh lý, năng lực đang trong bước trưởng thành và hoàn thiện nên từ nhận thức tới hành động của sinh viên còn nhiều yếu tố nông nổi, bồng bột trước các tác động đa chiều của cuộc sống, không phải sinh viên nào cũng đủ bản lĩnh, khả năng xử lý, lựa chọn cho mình cách hành động đúng đắn.

Do vậy, cần đặt ra các giải pháp cụ thể và thiết thực nhất để tạo môi trường tốt và trong sạch cho sinh viên hệ cao đẳng y học tập và rèn luyện như: Nâng cao nhận thức và trách nhiệm của các chủ thể giáo dục y đức cho sinh viên; Đổi mới nội dung và hình thức giáo dục y đức; Phát huy vai trò tích cực của sinh viên trong tự tu dưỡng y đức; *Điều chỉnh chế độ đãi ngộ đối với người làm nghề y và có chính sách ưu đãi hợp lý đối với sinh viên ngành y.*

Như vậy, để có đánh giá khách quan trên Đảng ủy, Ban giám hiệu nhà trường có những nhận thức tích cực đối với công tác này, hết sức quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo, xây dựng, tổ chức thực hiện các hình thức giáo dục y đức; chương trình của bộ môn giáo dục y đức do Bộ Giáo dục kết hợp với Bộ Y tế xây dựng và ban hành được thực hiện nghiêm túc và được các nhà trường thực hiện có sáng tạo, có tính cập nhật. Tổ chức Đoàn thanh niên, Hội sinh viên, Phòng công tác học sinh, sinh viên của nhà trường có những hình thức khá phong phú, sáng tạo hướng vào giáo dục y đức cho sinh viên như Tình nguyện tiếp sức người bệnh, Hiến máu nhân đạo, Tình nguyện khám chữa bệnh, phát thuốc cho người nghèo...

Đội ngũ giảng viên, cán bộ phòng ban của nhà trường về cơ bản đều gương mẫu về đạo đức, tận tình trong giảng dạy và trong quan hệ với sinh viên. Nội dung, chương trình giảng dạy môn học khoa học và y đức được triển khai hiệu quả và mềm dẻo hơn so với trước đây như thảo luận nhóm, trao đổi học tập kinh nghiệm, làm bài tập và xử lý tình huống...

Bản thân các sinh viên đã có trình độ nhận thức nhất định, biết đúng sai, biết phê phán cái xấu và ủng hộ cái tốt, cái tích cực. Khi được tác động tích cực của các chủ thể giáo dục, họ đã tự xây dựng cho mình ước mơ, hoài bão và lý tưởng sống cao đẹp.

#### IV. KẾT LUẬN

Trong lịch sử nhân loại, vấn đề đạo đức của người thầy thuốc luôn được cả xã hội quan tâm, do tính rộng khắp và đặc thù của ngành Y tế - ngành chữa bệnh cứu người. Những chuẩn mực y đức được các thế hệ người tiếp nối nhau xây dựng, không ngừng bổ sung, đổi mới. Nền văn hiến lâu đời của dân tộc Việt Nam cũng đã bảo tồn và truyền lại cho hôm nay một nền y đức mang đậm tinh thần nhân văn. Rất nhiều thầy thuốc Việt Nam đã và đang giữ vững truyền thống, hết lòng vì sự nghiệp chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

Trong bối cảnh giao lưu quốc tế không ngừng mở rộng hiện nay, đạo đức của xã hội, trong đó không loại trừ y đức có nhiều biểu hiện xuống cấp, thoái hóa, khiến xã hội lo lắng và bức xúc. Đặt ra nhiệm vụ giáo dục y đức cho sinh viên, nhân viên y tế là hết sức cần thiết, bởi y đức luôn là nhân tố hàng đầu quyết định chất lượng của nguồn nhân lực ngành Y tế.

Mỗi người thầy thuốc cần xác định được trách nhiệm cao cả của mình, trân trọng và cống hiến hết mình vì sự nghiệp bảo vệ sức khỏe của nhân dân. Do vậy, việc làm trước hết là thường xuyên giáo dục y đức cho sinh viên cao đẳng y hiện nay để họ sớm trở thành những thầy thuốc vừa có tài vừa có đức, phục vụ tốt cho sự nghiệp đầy tính nhân văn - sự nghiệp bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Đình Cầu, Giáo trình Đạo đức y học, NXB Y học, Hà nội năm 1991
2. Bộ Y tế (1995), *Sơ lược lịch sử y tế* Việt Nam, tập 1,2 Nxb y học Hà Nội.
3. Bộ Y tế (1999) tập hợp và xuất bản *Quy định về y đức và tiêu chuẩn phấn đấu*, Nxb Y học Hà Nội.
4. Luật Giáo dục, Nxb Lao động - Xã hội, Hà Nội, năm 2005
5. Từ điển Bách khoa Việt Nam, Tập 1, Hà Nội, 1995



**T**ạp 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, Krishnakone P, Kobayashi A: “Using Immunoglobulin in treatment of Asthma”. J.of Internet. Immunol., 2005,17,19-20.

**5. Tác giả cần gửi kèm một thư xác định bài báo là của mình, thêm: “Tôi cam đoan chịu trách nhiệm hoàn toàn về sự xác thực của các thí nghiệm, các tin tức, các tư liệu thu thập được và sự phân tích các dữ kiện, bài viết này chưa được gửi đăng ở báo nào khác”. Tác giả sẽ chịu trách nhiệm trước công luận và độc giả về quyền tác giả và nội dung gửi bài đăng.**

**Mỗi tác giả đứng tên đầu của bài báo chỉ được đăng tối đa một bài trong cùng một số.**

**II. Đối với các bài tổng quan, thông tin, bài dịch.**

- Đối với các bài tổng quan cần có đầy đủ các tài liệu tham khảo và nguồn số liệu đã được trích dẫn trong bài. Tác giả bài tổng quan ghi rõ chức danh, học hàm, học vị, chuyên ngành, cơ quan và hội chuyên khoa ở phần ghi chú cuối trang đầu tiên của bài tổng quan. Bài tổng quan cũng được đánh máy trên khổ A4 và không dài quá 7 trang kể cả biểu bảng và tài liệu tham khảo.

- Các thông tin, bài dịch cần ghi rõ xuất xứ của nguồn dữ liệu. Đối với bài dịch cần chụp toàn văn bài báo tiếng nước ngoài gửi kèm theo bản dịch.

**III. Lệ phí đăng bài khoa học:** 800.000 đồng/bài (tám trăm nghìn đồng), gửi về tài khoản: Tạp chí Y học Cộng đồng: 0861100688668, Ngân hàng TMCP Quân đội, chi nhánh Ba Đình, Hà Nội.

**Bài viết xin gửi về Ban biên tập TẠP CHÍ Y HỌC CỘNG ĐỒNG**

**Địa chỉ:** số 24 Liễu Giai, Ba Đình, Hà Nội.

**Điện thoại:** 043 7621898 - Fax: 043 7621899

**Email:** tapchihcd@gmail.com

# medicom

## MEDICOM MEDICAL TECHNOLOGY

### Công ty Cổ phần Công nghệ Y học MEDICOM



Công ty cổ phần công nghệ Y học Medicom được thành lập và điều hành bởi đội ngũ Bác sỹ, Kỹ sư có nhiều năm kinh nghiệm, giỏi về chuyên môn và được đào tạo bài bản trong và ngoài nước. Chúng tôi tin tưởng rằng sẽ đáp ứng những yêu cầu khắt khe nhất về chất lượng của sản phẩm & dịch vụ mà khách hàng đặt ra.

## CÔNG NGHỆ MANG TÍNH NHÂN BẢN

24 Liễu Giai - Ba Đình - Hà Nội  
Tel: 043 832 5656 - Email: [info@medicomgroup.vn](mailto:info@medicomgroup.vn)  
Website: <http://medicomgroup.vn>