

Y HỌC

ISSN 2354-0613

CỘNG ĐỒNG

JOURNAL OF
COMMUNITY
MEDICINE

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



TR8: HIỆU QUẢ MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP PHÒNG CHỐNG BỆNH VỀ MẮT Ở NGƯỜI CAO TUỔI HUYỆN HOÀNH BỒ VÀ TIÊN YÊN, TỈNH QUẢNG NINH

TR41: KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA BÀ MẸ VỀ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ TRẺ EM TẠI BA XÃ HUYỆN TIỀN HẢI TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

TR82: ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH DỰ PHÒNG BIẾN CHỨNG Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN AN THI, TỈNH HƯNG YÊN NĂM 2017

TR99: NHẬN THỨC, THỰC HÀNH VỀ THÔNG TUYẾN VÀ CHUYỂN TUYẾN BẢO HIỂM Y TẾ CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI 4 XÃ THUỘC HUYỆN KIẾN XƯƠNG TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017



Số: 3(44) tháng 05+06/2018



VIỆN SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

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
Website: <http://medicomgroup.vn>

MỤC LỤC

Thực trạng bệnh về mắt và công tác chăm sóc mắt ở người cao tuổi huyện Hoà Bình và Tiên Yên tỉnh Quảng Ninh

3

Nguyễn Văn Trọng, Lương Xuân Hiến, Hoàng Năng Trọng

Hiệu quả một số biện pháp can thiệp phòng chống bệnh về mắt ở người cao tuổi huyện Hoà Bình và Tiên Yên, tỉnh Quảng Ninh

8

Lương Xuân Hiến, Nguyễn Văn Trọng, Hoàng Năng Trọng

Kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại 3 xã huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình

15

Dương Văn Tự, Ngô Thị Nhu, Đặng Thị Vân Quý, Đinh Thị Huyền Trang

Kiến thức, thực hành của nhân viên y tế về quản lý chất thải y tế tại tuyến xã huyện Vũ Thu, tỉnh Thái Bình năm 2017

20

Đặng Thị Thu Nga, Ngô Thị Nhu, Nguyễn Thị Hiền

Kiến thức của bà mẹ về bệnh tiêu chảy tại 2 xã/phường thành phố Thái Bình

25

Nguyễn Xuân Hải, Phí Đức Long, Ngô Thị Nhu,
Đặng Thị Vân Quý, Đinh Thị Huyền Trang

Thực hành chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại một số xã vùng nông thôn, tỉnh Thái Bình năm 2015

31

Đặng Bích Thủy, Đặng Thanh Nhân, Hà Thị Hải

Thực hành của nhân viên y tế thôn bản về phòng chống bệnh dại tại huyện Thanh Chương, tỉnh Nghệ An năm 2017

36

Hoàng Thị Thương, Đặng Bích Thủy, Trần Thị Khuyên

Kiến thức, thực hành của bà mẹ về dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em tại ba xã huyện Tiên Hải tỉnh Thái Bình năm 2017

41

Trần Duy Huân, Ngô Thị Nhu, Bùi Minh Tiến, Đặng Thị Ngọc Anh

Kiến thức, thực hành của nhân viên y tế về vô khuẩn trong khi tiêm tại trạm y tế xã/phường thành phố Phủ Lý tỉnh Hà Nam năm 2016

47

Ngô Thị Nhu, Đặng Thị Ngọc Anh, Chu Thị Hồng Huế

Thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Dũng- Bắc Giang năm 2016

52

Lê Minh Hải, Phạm Phương Liên

Đánh giá tình trạng bệnh viêm nha chu mạn tính trong lần khám đầu tiên tại khoa Nha chu- Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh năm 2016-2017

58

Nguyễn Thị Xuân Mai, Nguyễn Quỳnh Trúc, Võ Thị Xuân Hạnh

Hiệu quả điều trị thay thế các chất gây nghiện dạng thuốc phiện bằng Methadone tại Thái Bình

65

Phạm Văn Dụ, Phạm Nam Thái, Vũ Phong Túc

Thực trạng một số bệnh truyền nhiễm khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ

70

Trần Kiên, Trần Quang Trung

Thực trạng hoạt động thể lực ở học sinh trung học phổ thông tại Hà Nội năm 2017

76

Nguyễn Mạnh Tiến, Đặng Vũ Phương Linh, Đặng Minh Điềm,
Trịnh Xuân Thắng, Nguyễn Công Minh, Trần Thị Anh,
Dương Hải Yến, Nguyễn Thành Hưng

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 Hiến
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
Đinh Ngọc Sỹ
Văn Quang Tân
Võ Văn Thanh
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
Đào Thị Mai Hương

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: tapchihcd@gmail.com
Giấy phép xuất bản: số 229/GP-BTTTT
Cấp ngày 19/6/2013. Giấy phép sửa đổi
bổ sung số 261/GP-BTTTT ngày 23/5/2016
và số 3965/BTTTT-CBC ngày 31/10/2017

IN TẠI

Công ty TNHH In Tân Huệ Hoa
Giá: 60.000 đồng

Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng biến chứng ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại trung tâm y tế huyện Ân Thi, tỉnh Hưng Yên năm 2017	82
Phạm Hương Lan, Trịnh Văn Hùng	
Một số yếu tố nguy cơ trước khi sinh và tình trạng khuyết tật vận động ở trẻ tại huyện Hoài Đức, Hà Nội	89
Phạm Thu Hiền, Đỗ Mạnh Hùng	
Một số yếu tố nguy cơ gây khuyết tật vận động ở trẻ trong khi sinh sinh tại huyện Hoài Đức - Hà Nội	94
Đỗ Mạnh Hùng, Phạm Thu Hiền	
Nhận thức, thực hành về thông tuyến và chuyển tuyến bảo hiểm y tế của người cao tuổi tại 4 xã thuộc huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình năm 2017	99
Nguyễn Đức Thanh, Nguyễn Hà My, Nguyễn Văn Tiến, Phạm Trường Sơn, Phan Thu Nga	
Một số yếu tố liên quan đến nhận thức, thực hành về thông tuyến bảo hiểm y tế của người cao tuổi tại 4 xã thuộc huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình năm 2017	106
Nguyễn Hà My, Nguyễn Đức Thanh, Phạm Trường Sơn, Nguyễn Văn Tiến, Phan Thu Nga, Ngô Văn Đông	
Một số yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh của bà mẹ tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình	111
Bùi Minh Tiến	
Tổng quan về đào tạo dược sĩ ở một số nước trên thế giới và Việt Nam	116
Trần Bá Kiên, Vương Thị Liên	
Kết quả chương trình can thiệp dạy bơi an toàn phòng chống đuối nước cho trẻ em tại Đồng Tháp năm 2015	119
Phan Thanh Hòa, Nguyễn Công Cửu, Trần Thị Ngân, Lã Ngọc Quang, Phạm Việt Cường	
Hiệu quả mô hình can thiệp thay đổi hành vi và sử dụng dịch vụ phòng lây nhiễm HIV/STI ở nhóm nam bán dâm đồng giới 16-29 tuổi tại Hà Nội	124
Nguyễn Văn Hùng, Nguyễn Anh Tuấn, Phạm Đức Mạnh, Vũ Toàn Thịnh, Lưu Ngọc Minh, Đỗ Thị Thanh Toàn, Lê Minh Giang	
Thực trạng tử vong và số năm sống tiềm tàng mất đi do ung thư tại một số phường trung tâm thành phố Thái Nguyên giai đoạn 2014-2016	131
Trịnh Văn Hùng, Nguyễn Mạnh Tuấn	
Một số đặc điểm dịch tễ học Eczema ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Hà Nội, Hải Phòng và Tp. Hồ Chí Minh năm 2014	137
Phạm Thu Hiền, Đỗ Mạnh Hùng	
Thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm tại các cơ sở sản xuất rượu Bàu Đá thuộc xã Nhơn Lộc, tỉnh Bình Định.	142
Vũ Trần Bảo Huyền, Ninh Thị Nhung, Nguyễn Xuân Bái	
Điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm và chỉ số kali nitrite tại một số cơ sở sản xuất nem chua ở thành phố Thanh Hóa, 2017	147
Đoàn Văn Quang, Hoàng Năng Trọng, Ninh Thị Nhung	
Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Bình năm 2017	153
Nguyễn Thị Thùy Linh, Vũ Phong Túc, Ngô Thị Nhu	

THỰC TRẠNG BỆNH VỀ MẮT VÀ CÔNG TÁC CHĂM SÓC MẮT Ở NGƯỜI CAO TUỔI HUYỆN HOÀNH BỒ VÀ TIÊN YÊN TỈNH QUẢNG NINH

Nguyễn Văn Trọng¹, Lương Xuân Hiến², Hoàng Năng Trọng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng bệnh về mắt và công tác chăm sóc mắt ở người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu. **Đối tượng nghiên cứu:** Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) tại 2 huyện Hoành Bồ và Tiên Yên, tỉnh Quảng Ninh. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ người cao tuổi là nam giới chiếm 40,4%. Tỷ lệ người cao tuổi không biết chữ hoặc chỉ biết đọc, biết viết chiếm 74%. Tỷ lệ người cao tuổi bị đục thể thủy tinh chiếm 44,1%; mộng thịt chiếm 4,6%; bệnh lý giác mạc chiếm 2,7%; các bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp. Công tác chăm sóc mắt tại địa bàn nghiên cứu chưa được quan tâm đúng mức, thiếu sự tham gia của các ban ngành địa phương, thiếu kinh phí và trang thiết bị phục vụ công tác chăm sóc mắt.

Từ khóa: Bệnh về mắt, chăm sóc mắt, đục thể thủy tinh.

SUMMARY

EYE DISEASES AND EYE CARE FOR ELDERLY PEOPLE IN HOANH BO AND TIEN YEN DISTRICTS, QUANG NINH PROVINCE.

Objective: Describe the state of the eye disease and eye care for the elderly in the study area. **Subject:** Elderly people (aged 60 and over) living in the study area. **Method:** Descriptive cross sectional study. **Results:** The proportion of elderly men is 40.4%. The percentage of illiterate or literate elderly people accounted for 74%. The percentage of the elderly with cataracts accounted for 44.1%; pterygium accounted for 4.6%; corneal pathology accounted for 2.7%; other diseases occupy low rates. Eye care in the study area has not been properly considered, lack of participation of local departments, lack of funding and equipment for eye care.

Keywords: Eye diseases, eye care, cataracts

1. Trung tâm Y tế huyện Hoành Bồ, Quảng Ninh
2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay mù loà là một vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng không chỉ ở Việt Nam mà trên toàn thế giới. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, các nguyên nhân gây suy giảm thị lực đang làm thay đổi cuộc sống của hàng triệu người, trong đó 80% các nguyên nhân là có thể phòng tránh được. Cũng theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới thì năm 2010 có 285 triệu người bị suy giảm thị lực, trong đó có 39 triệu người mù [4],[6]. Xác định được thực trạng bệnh mắt và công tác chăm sóc mắt, xác định được các nguyên nhân gây mù chính là một nhiệm vụ quan trọng để áp dụng các biện pháp can thiệp thích hợp để làm giảm tỷ lệ người suy giảm thị lực và người mù nói chung và người cao tuổi nói riêng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng bệnh về mắt, công tác chăm sóc mắt ở người cao tuổi và hiệu quả một số giải pháp can thiệp tại hai huyện Hoành Bồ, Tiên Yên tỉnh Quảng Ninh” với mục tiêu là:

Mô tả thực trạng bệnh về mắt và công tác chăm sóc mắt ở người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Hai huyện Hoành Bồ và Tiên Yên tỉnh Quảng Ninh.

- Đối tượng nghiên cứu: *Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên)* đang sinh sống tại địa bàn nghiên cứu. Trạm trưởng trạm y tế tại các xã thuộc địa bàn nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 9/2012 – 9/2014.

2. Phương pháp nghiên cứu

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.

2.2. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu để ước tính một tỷ lệ trong quần thể tính được tổng số người cao tuổi cần điều tra tại mỗi huyện là 1370 người. Trên thực tế số người cao tuổi điều tra tại huyện Hoà Bình là 1398 và số người điều tra tại huyện Tiên Yên là 1396 người.

2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

**Phòng vấn:* Trước khi nghiên cứu, cán bộ nghiên cứu được tập huấn để phỏng vấn đối tượng nhằm thu thập những thông tin một cách chính xác nhất. Phỏng vấn trực tiếp người cao tuổi và phỏng vấn sâu các lãnh đạo chính quyền, lãnh đạo trung tâm y tế, bệnh viện, cán bộ y tế tham gia công tác chăm sóc mắt ở tuyến huyện và tuyến xã.

* *Khám mắt, đo thị lực:* Được thực hiện bởi các cán

bộ y tế chuyên khoa mắt của Bệnh viện đa khoa Hoà Bình và Tiên Yên, tỉnh Quảng Ninh.

2.4. Trình tự tiến hành nghiên cứu

- Tập huấn thu thập số liệu
- Tổ chức điều tra: Bao gồm phỏng vấn và thăm khám mắt.
- Tổ chức giám sát.

2.5. Xử lý số liệu

Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thực trạng bệnh về mắt

Bảng 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Tuổi/Giới		Hoà Bình (n=1398)		Tiên Yên (n=1396)		Tổng(n=2794)	
		SL	%	SL	%	SL	%
60-70	Nam	296	43,1	246	38,5	542	40,9
	Nữ	391	56,9	393	61,5	784	59,1
71-80	Nam	203	43,2	215	40,3	418	41,6
	Nữ	267	56,8	319	59,7	586	58,4
> 80	Nam	86	35,7	82	36,8	168	36,2
	Nữ	155	64,3	141	63,2	296	63,8
Tổng	Nam	585	41,8	543	38,9	1128	40,4
	Nữ	813	58,2	853	61,1	1666	59,6

Từ kết quả bảng 1 ta thấy: 59,6% người cao tuổi là nữ giới. 47,4% đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi từ 60 đến 70

tuổi. Tỷ lệ người trên 80 tuổi chiếm 16,6%. Sự khác biệt về độ tuổi ở 2 huyện là không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2: Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Trình độ học vấn	Hoà Bình (n=1398)		Tiên Yên (n=1396)		Tổng (n=2794)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Không biết chữ, tiểu học	1014	72,5	1054	75,5	2068	74,0
Trung học cơ sở	205	14,7	166	11,9	371	13,3
Trung học phổ thông trở lên	179	12,8	176	12,6	355	12,7

Từ kết quả bảng 2 ta thấy: 74% người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu không biết chữ hoặc học hết tiểu học. Tỷ lệ người cao tuổi có trình độ trung học phổ thông trở lên

chiếm 12,7%. Sự khác biệt về trình độ học vấn ở 2 huyện là không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Tình hình thị lực của đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Thị lực	60-70 (n=1326)		71-80 (n=1004)		> 80 (n=464)		Chung (n=2794)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
< 3/10	365	27,5	423	42,1	244	52,6	1032	36,9
≥ 3/10	961	72,5	581	57,9	220	47,4	1762	63,1

Kết quả bảng 3 cho thấy: Tỷ lệ người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu bị suy giảm thị lực (thị lực <3/10) là 27,5%; nhóm tuổi 71 đến 80 có tỷ lệ suy giảm thị lực là 42,1%; nhóm tuổi trên 80 tuổi có tỷ lệ suy giảm thị lực là 52,6%. Nhóm tuổi dưới 70 tuổi có tỷ lệ suy giảm thị lực là 36,9%.

Bảng 4: Tỷ lệ đối tượng mắc bệnh mắt tại địa bàn nghiên cứu

Bệnh mắt	Hoành Bồ (n=1398)		Tiên Yên (n=1396)		Tổng (n=2794)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Có	616	44,1	643	46,1	1259	45,1	>0,05
Không	782	55,9	753	53,9	1535	54,9	

Từ kết quả bảng 4 ta thấy: Tỷ lệ người cao tuổi tại 2 huyện nghiên cứu bị ít nhất 1 bệnh về mắt là 45,1%. Tỷ lệ người cao tuổi tại Hoành Bồ bị bệnh mắt là 44,1%; tại Tiên Yên là 46,1%. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 5: Tỷ lệ một số bệnh về mắt của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu

Bệnh mắt	Hoành Bồ (n=1398)		Tiên Yên (n=1396)		Tổng (n=2794)	
	SL	%	SL	%	SL	%
ĐTTT chưa phẫu thuật	597	42,7	635	45,5	1232	44,1
Bệnh lý giác mạc	37	2,6	38	2,7	75	2,7
Chấn thương	11	0,8	5	0,4	16	0,6
Bệnh màng bồ đào - dịch kính	33	2,4	31	2,2	64	2,3
Bệnh võng mạc- thần kinh	17	1,2	15	1,1	32	1,1
Mộng thịt	54	3,9	74	5,3	128	4,6
Các bệnh mắt khác	49	3,5	54	3,9	103	3,7

Từ kết quả bảng 5 ta thấy: Tỷ lệ bệnh đục thể thủy tinh chưa phẫu thuật chiếm tỷ lệ 44,1%, tỷ lệ này tại Hoành Bồ là 42,7% và tại Tiên Yên là 45,5%. Mộng thịt chiếm tỷ lệ 4,6%; bệnh màng bồ đào, dịch kính chiếm 2,3%; các bệnh lý giác mạc chiếm 2,7%. Sự khác biệt về các bệnh này tại 2 huyện là không có ý nghĩa thống kê.

2. Công tác chăm sóc mắt

Công tác chăm sóc mắt tại địa bàn nghiên cứu chưa được quan tâm đúng mức. 22/25 trạm trường trạm y tế cho rằng bệnh mắt trên địa bàn hiện nay chưa được quan tâm đúng mức, số người cao tuổi bị các bệnh về mắt còn khá cao, đặc biệt là đục thể thủy tinh



chưa được phẫu thuật. Hầu hết các ý kiến phỏng vấn sâu đều cho rằng tại địa phương chưa có một bộ phận chuyên trách nào đảm nhiệm công tác chăm sóc mắt hay chương trình phòng chống mù lòa nói chung và bệnh mắt nói riêng. Chỉ có 15/25 cán bộ y tế được hỏi cho rằng mình có đủ tự tin để khám chữa các bệnh thông thường về mắt như viêm kết mạc, đau mắt đỏ... Các khó khăn chính mà các cán bộ y tế đưa ra trong công tác chăm sóc mắt tại địa phương là thiếu sự tham gia của các ban ngành địa phương và thiếu các trang thiết bị phục vụ cho việc khám, chẩn đoán các bệnh về mắt, thiếu kinh phí và nhân lực có chuyên môn sâu về khám và chẩn đoán các bệnh về mắt.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang về thực trạng bệnh mắt và công tác chăm sóc mắt năm 2013 được thực hiện trên 2794 đối tượng từ 60 tuổi trở lên tại 2 huyện Hoà Bình và Tiên Yên tỉnh Quảng Ninh cho thấy có 1128 đối tượng nghiên cứu là nam giới chiếm 40,4%; nữ giới chiếm 59,6%. Các đối tượng được chia ra thành 3 nhóm tuổi là 60-70; nhóm tuổi 71-80 và nhóm tuổi trên 80 tuổi. Kết quả bảng 1 cho thấy nhóm tuổi từ 60 đến 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (47,4%); tiếp theo là nhóm tuổi 71 đến 80 tuổi chiếm tỷ lệ 36%; nhóm tuổi trên 80 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (16,6%). Kết quả này cũng phù hợp với tháp dân số của Việt Nam hiện nay.

Kết quả bảng 2 cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu không biết chữ hoặc học hết tiểu học trở xuống chiếm 74%; tỷ lệ đối tượng nghiên cứu học đến hết trung học cơ sở chiếm 13,3% và tốt nghiệp từ trung học phổ thông trở lên chiếm 12,7%. Địa bàn nghiên cứu là 2 huyện Hoà Bình và Tiên Yên là 2 huyện miền núi của tỉnh Quảng Ninh, với đặc điểm giao thông đi lại còn nhiều khó khăn và người dân tại đây có nhiều người là người dân tộc thiểu số. Một đặc điểm nữa là do đối tượng nghiên cứu là những người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) nên trình độ học vấn còn chưa cao.

Về tình hình thị lực của đối tượng nghiên cứu: Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng phương pháp đo thị lực của mắt bằng bảng đo thị lực Landolt. Các kết quả thu được được phân chia thành 2 mức dựa vào điểm cắt 3/10, những đối tượng nghiên cứu có thị lực của mắt từ 1/10 đến <3/10 thì gọi là có tổn hại thị lực, những đối tượng nghiên cứu có thị lực từ 3/10 trở lên được gọi là có thị lực bình thường [5]. Thị lực được đo ở cả 2 mắt phải và trái, thị lực 2 mắt của đối tượng nghiên cứu là thị lực

ở mức cao nhất mà đối tượng có thể nhìn thấy bằng cả 2 mắt. Kết quả bảng 3 cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có thị lực 2 mắt dưới 3/10 chiếm tỷ lệ 36,9%; tỷ lệ này ở nhóm tuổi từ 60 đến 70 tuổi là 27,5%; tăng lên 42,1% ở nhóm tuổi 71-80 tuổi và tăng lên 52,6% ở nhóm tuổi trên 80 tuổi. Tuổi của đối tượng có liên quan chặt chẽ tới tình hình thị lực, tuổi càng cao thì mức độ suy giảm thị lực càng nhiều, sự khác biệt là rất có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu khác [2],[3],[5].

Kết quả bảng 4 cho thấy tỷ lệ người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu mắc ít nhất 1 bệnh về mắt là 45,1%. Kết quả này là phù hợp với các nghiên cứu khác cho thấy ở độ tuổi trên 60 tuổi và đặc biệt là trên 70 tuổi thì tỷ lệ mắc các bệnh mắt, đặc biệt là đục thể thủy tinh đều trên 45%. Bệnh về mắt trong nghiên cứu này được tính là bất kỳ bệnh lý nào liên quan tới mắt làm cho đối tượng khó chịu hoặc làm suy giảm thị lực của đối tượng.

Kết quả bảng 5 cho thấy bệnh mắt chiếm tỷ lệ nhiều nhất là đục thể thủy tinh chưa phẫu thuật (chiếm 44,1%), tỷ lệ này ở Hoà Bình là 42,7% và tại Tiên Yên là 45,5%, tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Bệnh mắt chiếm tỷ lệ nhiều thứ 2 là mộng thịt với 4,6% người cao tuổi mắc; các bệnh lý giác mạc chiếm 2,7%; bệnh lý màng bồ đào chiếm 2,3%. Các bệnh lý khác chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ người cao tuổi bị đục thể thủy tinh phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Lê và cộng sự cho thấy đục thể thủy tinh chiếm 43,2%. Tuy nhiên về tỷ lệ các bệnh khác thì lại có sự khác biệt [3].

Để tìm hiểu về thực trạng công tác chăm sóc mắt tại địa bàn nghiên cứu chúng tôi đã tiến hành phỏng vấn sâu 25 trạm trưởng trạm y tế của các xã điều tra. Kết quả cho thấy hầu hết các trạm trưởng y tế cho rằng bệnh mắt trên địa bàn hiện nay chưa được quan tâm đúng mức. Sự quan tâm được thể hiện ở việc có bộ phận chuyên trách về công tác chăm sóc mắt tại các trạm y tế, sự phân bổ kinh phí cho việc đầu tư trang thiết bị, máy móc, nhân lực được đi tập huấn, đào tạo chuyên sâu về các bệnh mắt. Tuy nhiên, ở tất cả các khía cạnh này thì tại địa bàn nghiên cứu đều chưa đạt được. Hầu hết các ý kiến phỏng vấn sâu đều cho rằng tại địa phương chưa có một bộ phận chuyên trách nào đảm nhiệm công tác chăm sóc mắt hay chương trình phòng chống mù lòa nói chung và bệnh mắt nói riêng. Chỉ có 15/25 cán bộ y tế được hỏi cho rằng mình có đủ tự tin để khám chữa các bệnh thông

thường về mắt như viêm kết mạc, đau mắt đỏ... Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Lê và cộng sự năm 2013 tại Nghệ An cho thấy kiến thức của cộng đồng cũng như chất lượng các dịch vụ chăm sóc, khám và điều trị vẫn còn nhiều hạn chế, trong khi các vấn đề về mắt vẫn đang xuất hiện tương đối nhiều tại tỉnh Nghệ An [3].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ người cao tuổi là nam giới chiếm 40,4%; nữ chiếm 59,6%. Nhóm tuổi 60-70 chiếm tỷ lệ 47,4%; nhóm tuổi 71-80 chiếm 36%; nhóm tuổi trên 80 tuổi chiếm 16,6%.

- Tỷ lệ người cao tuổi không biết chữ hoặc học tiểu học chiếm 74%. Sự khác biệt về trình độ học vấn ở 2 huyện

là không có ý nghĩa thống kê.

- Tỷ lệ người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu bị suy giảm thị lực (thị lực <3/10) là 36,9%. Nhóm tuổi càng cao thì tỷ lệ suy giảm thị lực càng nhiều.

- Bệnh đục thể thủy tinh chưa phẫu thuật là bệnh mắt phổ biến nhất tại địa bàn nghiên cứu chiếm 44,1%. Sự khác biệt về tỷ lệ bệnh đục thể thủy tinh chưa phẫu thuật tại 2 huyện là không có ý nghĩa thống kê. Các bệnh mắt khác chiếm tỷ lệ thấp.

- Thực trạng công tác chăm sóc mắt tại địa bàn nghiên cứu: Tình hình bệnh mắt tại địa bàn nghiên cứu chưa được quan tâm đúng mức, số lượng người cao tuổi bị bệnh mắt khá cao đặc biệt là bệnh đục thể thủy tinh chưa phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2013.
2. Nguyễn Chí Dũng (2009), Tình hình mù lòa ở thành phố Hải Phòng giai đoạn 2000-2007 và hiệu quả của can thiệp mổ đục thể thủy tinh ở Hải Phòng, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 64 (5), tr. 89-95.
3. Nguyễn Hữu Lê, Phan Trọng Dũng, Bùi Đình Long (2013), Thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của cộng đồng đối với các bệnh mù lòa có thể phòng tránh được, Tạp chí Y tế Công cộng, số 29 (29), tr. 40-47.
4. Serge Resnikoff, Donatella Pascolini, Daniel Etya ale, et al. (2004), Global data on visual impairment in the year 2002, Bulletin of the World Health Organization, 82, pp. 844-851.
5. World Health Organization (2011), Global health and Aging, National Institute on Aging, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
6. World Health Organization (2013), Universal eye health: a global action plan 2014-2019, Geneva, Switzerland.



HIỆU QUẢ MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP PHÒNG CHỐNG BỆNH VỀ MẮT Ở NGƯỜI CAO TUỔI HUYỆN HOÀNH BỒ VÀ TIỀN YÊN, TỈNH QUẢNG NINH

Lương Xuân Hiến¹, Nguyễn Văn Trọng², Hoàng Năng Trọng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp phòng chống bệnh về mắt ở người cao tuổi huyện Hoành Bồ và Tiên Yên tỉnh Quảng Ninh. **Đối tượng nghiên cứu:** Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) tại huyện Hoành Bồ và Tiên Yên, tỉnh Quảng Ninh.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng. Một số biện pháp can thiệp: 1) Truyền thông giáo dục sức khỏe; 2) Đào tạo, tập huấn cho nhân viên y tế; 3) Mua sắm trang thiết bị; 4) Triển khai phẫu thuật mô thay thể thủy tinh.

Kết quả nghiên cứu: Sau khi tiến hành các biện pháp can thiệp tại huyện Hoành Bồ (cả 4 biện pháp) còn tại huyện Tiên Yên chỉ tiến hành can thiệp biện pháp 1 (truyền thông giáo dục sức khỏe) thì tỷ lệ người cao tuổi tại Hoành Bồ có kiến thức đúng về nguyên nhân dẫn đến mù lòa, có thực hành đúng về lựa chọn nơi khám bệnh khi bị bệnh về mắt, sử dụng nguồn nước sạch để rửa mặt, sử dụng khăn mặt riêng, có chậu rửa mặt riêng tăng lên có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp. Sự khác biệt về các tỷ lệ này ở huyện Tiên Yên không nhiều như tại huyện Hoành Bồ.

Từ khóa: Bệnh về mắt, nghiên cứu can thiệp cộng đồng.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF COMMUNITY INTERVENTION MEASURES TO PREVENT EYE DISEASES IN ELDERLY PEOPLE IN HOANH BO AND TIEN YEN DISTRICTS, QUANG NINH PROVINCE.

Objective: To evaluate the effectiveness of some community interventions to prevent eye diseases in elderly people in Hoanh Bo and Tien Yen districts, Quang Ninh province. **Subjects:** Elderly (aged 60 and

above) in Hoanh Bo and Tien Yen districts, Quang Ninh province. **Method:** Community intervention study. Some interventions: 1) Health education and communication; 2) Training for health workers; 3) Procurement of equipment; 4) Surgical replacement of the IOL. **Results:** After the implementation of intervention measures in Hoanh Bo district (all four measures) and in Tien Yen district only interventions measure 1 (communication health education), the proportion of elderly people in Hoanh Bo has Proper knowledge about the cause of blindness, proper practice on the selection of medical facilities for eye disease, use of clean water to wash the face, use of face towels separately, with separate washbasin increased Statistical significance vs. pre-intervention. The difference in these percentage in Tien Yen district is not as great as in Hoanh Bo district.

Keywords: Eye diseases, community intervention study.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay mù lòa là một vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng không chỉ ở Việt Nam mà trên toàn thế giới. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, các nguyên nhân gây suy giảm thị lực đang làm thay đổi cuộc sống của hàng triệu người, trong đó 80% các nguyên nhân là có thể phòng tránh được. Tổ chức Y tế thế giới ước tính vào năm 2010 có 285 triệu người bị suy giảm thị lực, trong đó có 39 triệu người mù [4], [6]. “Tầm nhìn 2020: Quyền được nhìn thấy” là một sáng kiến toàn cầu nhằm loại trừ mù lòa có thể phòng tránh được vào năm 2020. Tuy nhiên việc áp dụng các biện pháp phòng tránh mù lòa ở mỗi quốc gia, mỗi địa phương không phải chỗ nào cũng giống nhau. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng bệnh về mắt, công tác chăm sóc mắt ở

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Trung tâm Y tế huyện Hoành Bồ, Quảng Ninh

» Ngày nhận bài: 04/04/2018 | » Ngày phản biện: 19/04/2018 | » Ngày duyệt đăng: 26/04/2018

người cao tuổi và hiệu quả một số biện pháp can thiệp tại hai huyện Hoà Bình, Tiên Yên tỉnh Quảng Ninh” với mục tiêu là:

Đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp phòng chống bệnh về mắt ở người cao tuổi huyện Hoà Bình và Tiên Yên, tỉnh Quảng Ninh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Huyện Hoà Bình và Tiên Yên tỉnh Quảng Ninh.

- Đối tượng nghiên cứu: *Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên)* đang sinh sống tại địa bàn nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 9/2012 – 9/2014.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng.

2.2. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu để ước tính một tỷ lệ trong quần thể tính được tổng số người cao tuổi cần điều tra tại mỗi huyện là 1370 người. Trên thực tế số người cao tuổi điều tra tại huyện Hoà Bình là 1398 và số người điều

tra tại huyện Tiên Yên là 1396 người.

2.3. Nội dung nghiên cứu

* Một số biện pháp can thiệp: Truyền thông giáo dục sức khỏe, huy động các nguồn lực sẵn có để nâng cao nhận thức về mù lòa và một số bệnh mắt phổ biến gây mù lòa; đào tạo, tập huấn cho cán bộ nhân viên y tế kiến thức về chăm sóc mắt và phòng chống mù lòa, từ đó kiểm soát nguyên nhân gây mù chính; mua sắm trang thiết bị phục vụ cho việc khám chẩn đoán và điều trị một số bệnh mắt; triển khai sàng lọc và phẫu thuật mổ thay thể thủy tinh cho những người bị đục thể thủy tinh.

* *Phỏng vấn*: Phỏng vấn trực tiếp người cao tuổi và phỏng vấn sâu các lãnh đạo chính quyền, lãnh đạo trung tâm y tế, bệnh viện, cán bộ y tế tham gia công tác chăm sóc mắt ở tuyến huyện và tuyến xã.

* *Khám mắt, đo thị lực*: Được thực hiện bởi các cán bộ y tế chuyên khoa Mắt của Bệnh viện Đa khoa Hoà Bình và Tiên Yên, tỉnh Quảng Ninh.

2.4. Xử lý số liệu

Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Sự thay đổi kiến thức của đối tượng nghiên cứu về nguyên nhân dẫn đến mù lòa

Nguyên nhân dẫn đến mù lòa		Hoà Bình (n=1398)		Tiên Yên (n=1396)		CSHQ (%)	HQCT (%)
		SL	%	SL	%		
Di truyền	Trước CT	250	17,9	102	7,3	8,8	2,9
	Sau CT	272	19,5	108	7,7	5,9	
	p	p >0,05		p >0,05			
Loạn dưỡng bẩm sinh	Trước CT	126	9,0	72	5,2	4,8	3,4
	Sau CT	132	9,4	71	5,1	1,4	
	p	p >0,05		p >0,05			
Viêm loét giác mạc	Trước CT	322	23,0	137	9,8	122,0	111,1
	Sau CT	715	51,1	152	10,9	10,9	
	p	p <0,05		p >0,05			
Chấn thương mắt	Trước CT	365	26,1	279	20,0	103,3	102,6
	Sau CT	742	53,1	281	20,1	0,7	
	p	p <0,05		p >0,05			



Biến chứng sau phẫu thuật mắt	Trước CT	243	17,4	171	12,2	50,2	48,5
	Sau CT	365	26,1	168	12,0	1,8	
	p	p <0,05		p >0,05			
Bong mắt	Trước CT	105	7,5	87	6,2	196,2	193,9
	Sau CT	311	22,2	89	6,4	2,3	
	p	p <0,05		p >0,05			
Đục nhân mắt (thủy tinh thể)	Trước CT	481	34,4	418	29,9	74,6	50,2
	Sau CT	840	60,1	520	37,2	24,4	
	p	p <0,05		p <0,05			
Không biết/ không trả lời	Trước CT	720	51,5	823	59,0	41,5	38,5
	Sau CT	421	30,1	798	57,2	3,0	
	p	p <0,05		p >0,05			

Kết quả bảng trên cho thấy kiến thức đúng về nguyên nhân dẫn đến mù lòa của đối tượng nghiên cứu tại huyện Hoành Bồ đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê sau can thiệp so với huyện Tiên Yên ($p < 0,05$). Các nguyên nhân dẫn đến mù lòa được đối tượng biết đến như bong

mắt, viêm loét giác mạc, chấn thương mắt đều có chỉ số hiệu quả can thiệp rất cao (193,9%, 111,1% và 102,6%). Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu không biết các nguyên nhân dẫn đến mù lòa tại Hoành Bồ cũng giảm nhiều hơn so với Tiên Yên (HQCT = 38,5%).

Bảng 2. Sự thay đổi về lựa chọn của đối tượng nghiên cứu đối với các cơ sở y tế khi có người trong gia đình mắc bệnh mắt

Nơi khám bệnh mắt		Hoành Bồ (n=1398)		Tiên Yên (n=1396)		CSHQ (%)	HQCT (%)
		SL	%	SL	%		
Trạm y tế xã	Trước CT	864	61,8	1368	98,0	5,1	3,6
	Sau CT	820	58,7	1351	96,5	1,5	
	p	p >0,05		p >0,05			
Khoa Mắt bệnh viện huyện	Trước CT	392	28,0	10	0,7	8,4	-101
	Sau CT	425	30,4	21	1,5	109,4	
	p	p >0,05		p >0,05			
Khoa mắt bệnh viện tỉnh	Trước CT	72	5,2	6	0,4	2,8	-30,7
	Sau CT	70	5,0	4	0,3	33,5	
	p	p >0,05		p >0,05			
Khoa mắt của Trung tâm PCBXH	Trước CT	23	1,7	4	0,3	17,4	17,1
	Sau CT	27	1,9	4	0,3	0,3	
	p	p >0,05		p >0,05			

Bệnh viện mắt trung ương	Trước CT	21	1,5	2	0,1	0	-149,3
	Sau CT	21	1,5	5	0,4	149,3	
	p	p >0,05		p >0,05			
Y tế tư nhân	Trước CT	6	0,4	2	0,1	150	50,6
	Sau CT	15	1,1	4	0,3	99,4	
	p	p <0,05		p >0,05			
Không biết/không trả lời	Trước CT	20	1,4	4	0,3	0	-74,5
	Sau CT	20	1,4	7	0,5	74,5	
	p	p >0,05		p >0,05			

Kết quả bảng trên cho thấy sự khác biệt về lựa chọn nơi khám mắt khi bị các bệnh về mắt trước và sau can thiệp là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nơi được người cao tuổi tại Hoàn Bồ lựa chọn nhiều nhất là trạm

y tế (chiếm 61,8% trước can thiệp và 58,7% sau can thiệp). Nơi được người cao tuổi tại Tiên Yên lựa chọn nhiều nhất là trạm y tế (chiếm 98% trước can thiệp và 96,5% sau can thiệp).

Bảng 3. Thực hành của đối tượng nghiên cứu trong việc sử dụng nguồn nước để rửa mặt

Nguồn nước để rửa mặt		Hoàn Bồ (n=1398)		Tiên Yên (n=1396)		CSHQ (%)	HQCT (%)
		SL	%	SL	%		
Nước máng lần	Trước CT	141	10,1	341	24,4	6,4	5,8
	Sau CT	132	9,4	343	24,6	0,6	
	p	p >0,05		p >0,05			
Nước sạch nông thôn	Trước CT	253	18,1	232	16,6	17,8	8,7
	Sau CT	208	14,9	211	15,1	9,1	
	p	p <0,05		p >0,05			
Nước máy	Trước CT	653	46,7	268	19,2	17,7	12,6
	Sau CT	769	55,0	315	22,6	5,0	
	p	p <0,05		p <0,05			
Nước mưa	Trước CT	351	25,1	555	39,8	17,8	0,2
	Sau CT	289	20,7	527	37,7	17,5	
	p	p <0,05		p >0,05			

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ người cao tuổi tại Hoàn Bồ sử dụng nước máy trước can thiệp là 46,7%; sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 55%, các nguồn nước còn lại đều có sự thay đổi giảm có ý

nhĩa thống kê so với trước can thiệp ($p < 0,05$). Tại Tiên Yên sự thay đổi về tỷ lệ các loại nguồn nước để rửa mặt trước và sau can thiệp là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Bảng 4. Thực hành của đối tượng nghiên cứu về thói quen dùng khăn mặt

Thói quen dùng khăn mặt		Hoành Bồ (n=1398)		Tiên Yên (n=1396)		CSHQ (%)	HQCT (%)
		SL	%	SL	%		
SD khăn mặt riêng	Trước CT	457	32,7	392	28,1	71,6	66,7
	Sau CT	784	56,1	411	29,4	4,8	
	p	p <0,05		p <0,05			
SD khăn mặt chung	Trước CT	891	63,7	901	64,5	33,7	33,2
	Sau CT	591	42,3	888	63,6	1,4	
	p	p <0,05		p <0,05			
Bằng tay	Trước CT	50	3,6	103	7,4	54,0	48,2
	Sau CT	23	1,6	97	6,9	5,8	
	p	p <0,05		p >0,05			

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu tại Hoành Bồ sử dụng khăn mặt riêng tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê sau can thiệp so với đối tượng nghiên cứu tại huyện Tiên Yên (HQCT=50,9%). Tỷ lệ đối tượng

nghiên cứu sử dụng khăn mặt chung với các thành viên khác trong gia đình hoặc chỉ dùng tay rửa mặt tại Hoành Bồ cũng giảm hơn so với huyện Tiên Yên (HQCT=24% và 48,2%).

Bảng 5. Thực hành của đối tượng nghiên cứu về sử dụng chậu rửa mặt

Có chậu rửa mặt riêng	Hoành Bồ				Tiên Yên				HQCT (%)
	Trước CT (n=1398) (1)		Sau CT (n=1398) (2)		Trước (n=1396) (3)		Sau (n=1396) (4)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Có	460	32,9	628	44,9	331	23,7	359	25,7	28,1
Không	938	67,1	770	55,1	1065	76,3	1037	74,3	
p	p _{1,2} <0,05				p _{3,4} >0,05				

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có chậu rửa mặt riêng là khá thấp. Tỷ lệ này ở Hoành Bồ trước can thiệp là 32,9%; sau can thiệp là 44,9% (sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p<0,05). Tỷ lệ này ở Tiên

Yên trước can thiệp là 23,7%; sau can thiệp là 25,7% (sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05). Hiệu quả can thiệp đạt 28,1%.

Bảng 6. Thực hành của đối tượng nghiên cứu về thói quen sử dụng thuốc điều trị các bệnh về mắt

Thói quen dùng thuốc	Hoành Bồ				Tiên Yên				HQCT (%)
	Trước CT (n=1398) (1)		Sau CT (n=1398) (2)		Trước (n=1396) (3)		Sau (n=1396) (4)		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Không dùng	211	15,1	205	14,7	241	17,3	235	16,8	0,4
Theo kinh nghiệm	224	16,0	196	14,0	370	26,5	352	25,2	7,6
Theo người bán thuốc	443	31,7	289	20,7	453	32,4	466	33,4	31,9
Nhân viên y tế	520	37,2	708	50,6	332	23,8	343	24,6	32,8

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở Hoành Bồ dùng thuốc theo hướng dẫn của nhân viên y tế tăng từ 37,2% trước can thiệp lên 50,2% sau can thiệp. Tỷ lệ này ở Tiên Yên tăng từ 23,8% trước can thiệp lên 24,6% sau can thiệp. Chỉ số Hiệu quả can thiệp đạt 32,8%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại 2 huyện là Hoành Bồ và Tiên Yên nhằm tìm ra tỷ lệ mắc các bệnh mắt và kiến thức về một số bệnh mắt thông thường ở người cao tuổi cũng như thực hành về phòng chống bệnh mắt của người cao tuổi tại 2 huyện trên. Sau đó người cao tuổi tại huyện Hoành Bồ được can thiệp bằng một số biện pháp can thiệp như truyền thông giáo dục sức khỏe, huy động các nguồn lực sẵn có để nâng cao nhận thức về các bệnh mắt để phòng chống mù lòa. Hình thức truyền truyền là truyền thông trực tiếp qua các hội nghị ở thôn, xã và tại trạm y tế, gián tiếp qua pano, áp phích, tờ rơi, loa phóng thanh. Biện pháp can thiệp tiếp theo là đào tạo, tập huấn cho cán bộ nhân viên y tế kiến thức về chăm sóc mắt và phòng chống bệnh mắt, từ đó giúp kiểm soát nguyên nhân gây một số bệnh mắt phổ biến. Biện pháp can thiệp tiếp theo là cung cấp trang thiết bị cho trạm y tế: Bảng thị lực; đèn khám mắt; cung cấp trang thiết bị cho bệnh viện để đủ điều kiện mổ thay thế đục thể thủy tinh bằng phaco cho bệnh nhân. Khám sàng lọc và triển khai điều trị các bệnh mắt, phẫu thuật mổ thay thế thể thủy tinh cho những người bị đục thể thủy tinh. Sau một năm can thiệp kết quả cho thấy sự thay đổi về kiến thức đúng của người dân về một số bệnh mắt là nguyên nhân gây mù chính còn chưa cao. Các bệnh chính được người dân quan tâm là bong mắt (có hiệu quả can thiệp là 193,9%), viêm loét giác mạc (có hiệu quả can thiệp 111,1%), chấn thương mắt (có hiệu quả can thiệp 102,6%), đục thể thủy tinh (có hiệu quả can thiệp 50,2%),... Vẫn còn 30,1% người cao tuổi tại huyện Hoành Bồ và 57,2% người cao tuổi tại huyện Tiên Yên không biết hoặc không trả lời được về nguyên nhân dẫn đến mù

lòa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về kiến thức của người dân về các nguyên nhân dẫn đến mù lòa qua có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Chí Dũng và cộng sự năm 2009 [2].

Lựa chọn cơ sở y tế đúng để khám chữa bệnh là rất quan trọng khi bị bệnh mắt hoặc gia đình có người bị bệnh mắt. Việc lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh không tốt có thể không phát hiện ra bệnh, có thể làm bệnh không được chữa khỏi gây biến chứng hoặc bệnh nặng hơn. Kết quả nghiên cứu về lựa chọn của người cao tuổi tại các địa bàn nghiên cứu trước và sau can thiệp cho thấy địa bàn được người cao tuổi lựa chọn nhiều nhất khi bản thân bị bệnh mắt hoặc có người thân bị bệnh mắt là trạm y tế, trước can thiệp có 61,8% người cao tuổi tại Hoành Bồ và 98% người cao tuổi tại Tiên Yên lựa chọn trạm y tế; sau can thiệp tỷ lệ này giảm xuống còn 58,7% tại Hoành Bồ và 96,5% tại Tiên Yên, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên, có sự khác biệt về tỷ lệ người cao tuổi lựa chọn trạm y tế xã và khoa Mắt Bệnh viện huyện tại Hoành Bồ và Tiên Yên, tỷ lệ người cao tuổi lựa chọn trạm y tế tại Hoành Bồ thấp hơn so với Tiên Yên (61,8% so với 98%), trong khi tỷ lệ người cao tuổi lựa chọn khoa Mắt Bệnh viện huyện tại Hoành Bồ cao hơn so với Tiên Yên (28% so với 0,7%). Tỷ lệ các nơi khám chữa bệnh khác như khoa Mắt Bệnh viện tỉnh, Bệnh viện Mắt Trung ương hay y tế tư nhân chiếm tỷ lệ rất thấp và không có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp. Theo chúng tôi, sở dĩ có sự lựa chọn này là do 2 huyện Hoành Bồ và Tiên Yên là những huyện miền núi, giao thông đi lại là tương đối khó khăn, đặc biệt là tại huyện Tiên Yên. Người cao tuổi vốn đã có sức khỏe yếu, sự di chuyển, đi lại rất khó khăn nên thường ngại đi xa. Bên cạnh đó, người cao tuổi muốn đi xa để khám chữa bệnh lại phụ thuộc vào con cháu đưa đi, một phần nữa là liên quan đến khó khăn trong kinh phí đi lại, kinh phí khám chữa bệnh làm cho người cao tuổi thường không chọn những nơi khám bệnh ở xa và ở những nơi có chi phí khám chữa bệnh cao. Chính vì những lý do cơ



bản này mà sự can thiệp của đề tài chưa thể thay đổi được hành vi lựa chọn nơi khám bệnh của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu. Từ kết quả này sẽ là cơ sở để hướng tới một sự can thiệp tiếp theo là nâng cao chất lượng khám chữa bệnh mắt cho các nhân viên y tế cơ sở đặc biệt là trạm y tế xã để đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh mắt của người cao tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Lê và cộng sự cho thấy 54,7% số người bị bệnh mắt sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của y tế tuyến xã; 27,3% sử dụng y tế tuyến huyện [3].

Một thói quen nữa cũng ảnh hưởng không nhỏ đến việc mắc các bệnh mắt là nguồn nước để rửa mặt. Kết quả nghiên cứu của đề tài chỉ ra trước can thiệp, tại Hoàn Bồ, nguồn nước máy có tỷ lệ người dân sử dụng là cao nhất (chiếm 46,7%), tiếp theo là nguồn nước mưa chiếm 25,1%; tỷ lệ này tại Tiên Yên là 19,2% và 39,8%, sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng các nguồn nước này ở 2 huyện là có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, sau can thiệp, sự thay đổi về các tỷ lệ này tại 2 huyện đều không có ý nghĩa thống kê.

Về hiệu quả can thiệp trong việc sử dụng khăn mặt riêng của người dân cũng rất quan trọng trong công tác chăm sóc mắt, phòng tránh các bệnh mắt. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra trước can thiệp tại Hoàn Bồ chỉ có 32,7% người cao tuổi sử dụng khăn mặt riêng, tại Tiên Yên chỉ có 28,1% người cao tuổi sử dụng khăn mặt riêng, đây là tỷ lệ khá thấp. Sau can thiệp, tỷ lệ người cao tuổi sử dụng khăn mặt riêng tại Hoàn Bồ đã tăng lên 56,1% và tại Tiên Yên chỉ tăng lên 22,2% với chỉ số hiệu quả can thiệp là 64,7%. Cá biệt, tại địa bàn nghiên cứu còn có một tỷ lệ nhỏ người cao tuổi không sử dụng khăn mặt mà dùng tay không rửa mặt. Như vậy, kết quả nghiên cứu đã làm tăng đáng kể tỷ lệ người cao tuổi sử dụng khăn mặt riêng tại các địa bàn nghiên cứu đặc biệt là địa bàn có can thiệp.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ người cao tuổi có kiến thức đúng về nguyên nhân dẫn đến mù lòa tại huyện Hoàn Bồ đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê sau can thiệp so với huyện Tiên Yên ($p < 0,05$). Các nguyên nhân dẫn đến mù lòa được đối tượng biết đến như bong mắt, viêm loét giác mạc, chấn thương mắt đều có chỉ số hiệu quả can thiệp rất cao (193,9%, 111,1% và 102,6%).

- Sự khác biệt về lựa chọn nơi khám mắt khi bị các bệnh về mắt trước và sau can thiệp là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nơi được người cao tuổi tại Hoàn Bồ lựa chọn nhiều nhất là trạm y tế (chiếm 61,8% trước can thiệp và 58,7% sau can thiệp). Nơi được người cao tuổi tại Tiên Yên lựa chọn nhiều nhất là trạm y tế (chiếm 98% trước can thiệp và 96,5% sau can thiệp).

- Tỷ lệ người cao tuổi tại Hoàn Bồ sử dụng nước máy trước can thiệp là 46,7%; sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 55%, các nguồn nước còn lại đều có sự thay đổi giảm có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ($p < 0,05$). Tại Tiên Yên sự thay đổi về tỷ lệ các loại nguồn nước để rửa mặt trước và sau can thiệp là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu tại Hoàn Bồ sử dụng khăn mặt riêng tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê sau can thiệp so với đối tượng nghiên cứu tại huyện Tiên Yên (HQCT=66,7%).

- Tỷ lệ người cao tuổi có chậu rửa mặt riêng ở Hoàn Bồ trước can thiệp là 32,9%; sau can thiệp là 44,9% (sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Tuy nhiên, sự khác biệt này ở Tiên Yên là không có ý nghĩa thống kê.

- Tỷ lệ người cao tuổi thay đổi thói quen dùng thuốc theo hướng dẫn của nhân viên y tế tăng từ 37,2% lên 50,6% (sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Sự khác biệt này ở Tiên Yên là không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2013.
2. Nguyễn Chí Dũng (2009), Tình hình mù lòa ở thành phố Hải Phòng giai đoạn 2000-2007 và hiệu quả của can thiệp mổ đục thể thủy tinh ở Hải Phòng, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 64 (5), tr. 89-95.
3. Nguyễn Hữu Lê, Phan Trọng Dũng, Bùi Đình Long (2013), Thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của cộng đồng đối với các bệnh mù lòa có thể phòng tránh được, Tạp chí Y tế Công cộng, số 29 (29), tr. 40-47.
4. Serge Resnikoff, Donatella Pascolini, Daniel Etya ale, et al. (2004), Global data on visual impairment in the year 2002, Bulletin of the World Health Organization, 82, pp. 844-851.
5. World Health Organization (2011), Global health and Aging, National Institute on Aging, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
6. World Health Organization (2013), Universal eye health: a global action plan 2014-2019, Geneva, Switzerland.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI TẠI 3 XÃ HUYỆN MINH HÓA, TỈNH QUẢNG BÌNH

Dương Văn Tự¹, Ngô Thị Nhu², Đặng Thị Vân Quý², Đinh Thị Huyền Trang²

TÓM TẮT

Sau khi tiến hành phỏng vấn 401 bà mẹ tại 3 xã huyện Minh Hóa tỉnh Quảng Bình về kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng chúng tôi thu được kết quả: 66,7% bà mẹ có trình độ học vấn từ THPT trở lên biết tác nhân gây bệnh và chỉ chiếm 28,9% ở nhóm còn lại biết tác nhân gây bệnh. Có 86,3% bà mẹ biết bệnh tay chân miệng có biểu hiện mụn nước, vết loét ở bàn tay, chân, miệng, gối, mông. 28,9 bà mẹ biết biến chứng của tay chân miệng vào phổi, 9,0% biết biến chứng là viêm màng não, 7,5% biết là biến chứng vào tim. 28,4% bà mẹ thực hành được 4-5 hoạt động rửa tay thường xuyên và 12% bà mẹ thực hành được 4 hoạt động vệ sinh ăn uống và vệ sinh cá nhân để phòng bệnh tay chân miệng

Từ khóa: Bệnh tay chân miệng, kiến thức - thực hành.

ABSTRACT:

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF HAND-FOOT- MOUTH DISEASE PREVENTION AMONG MOTHERS WITH CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT 3 COMMUNES IN MINH HOA DISTRICT IN QUANG BINH PROVINCE

The study was among 401 mothers at 3 communes of Minhhoa district in Quangbinh on knowledge and practice of hand-foot- mouth disease prevention. The results showed that: 66.7% of mothers at the educational level of high school and above knew the pathogenic agent; only 28.9% of mothers in the opposite group knew the agent. About 86.3% of mothers knew the expression of hand-foot- mouth disease were blisters and ulcers at hand, foot, mouth, knees, buttocks. About 28.9% of mother knew the complication of disease was at lung; 9% of mothers knew the complication of meningitis; and 7% of mothers knew the complication was at heart. About 28.4% of mothers practiced 4-5 activities of frequent

hand washing and 12% of mothers practiced 4 activities of food hygiene and personal hygiene to prevent hand-foot and mouth disease.

Key words: Hand-foot-mouth disease, knowledge and practice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là bệnh nhiễm vi rút cấp tính, lây truyền theo đường tiêu hóa, thường gặp ở trẻ nhỏ và có khả năng gây thành dịch lớn. Bệnh có thể diễn biến nặng và gây biến chứng nguy hiểm như viêm não - màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong. Tại Việt Nam, bệnh tay chân miệng chính thức được đưa vào hệ thống báo cáo thường quy của Bộ Y tế từ năm 2011. Ở nước ta, bệnh tay chân miệng gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương trong cả nước, số mắc thường tăng từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12.

Tại tỉnh Quảng Bình từ năm 2013 đến năm 2016 đã có 558 trường hợp mắc bệnh, riêng ở huyện Minh Hóa có 153 trường hợp mắc bệnh tay chân miệng cao nhất so với 08 đơn vị huyện, thị xã, thành phố của toàn tỉnh. Hiện nay bệnh tay chân miệng chưa có vắc xin phòng ngừa nên truyền thông thay đổi hành vi phòng ngừa bệnh là rất quan trọng. Do đó, việc khảo sát kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi sẽ góp phần cung cấp thông tin hữu ích cho việc xây dựng chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau:

Đánh giá kiến thức, thực hành của các bà mẹ có con bị bệnh tay chân miệng và xác định các yếu tố liên quan

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 3 xã huyện Minh Hóa tỉnh Quảng Bình

1. Trung tâm Y tế tỉnh Quảng Bình
2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Những bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang sống tại 3 xã có tỷ lệ mắc cao nhất huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình. Đối tượng bà mẹ trong nghiên cứu là ngẫu nhiên, bao gồm cả những bà mẹ có con đã từng mắc và chưa mắc bệnh TCM.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các bà mẹ có con dưới 5 tuổi ở 3 xã có tỷ lệ mắc cao nhất

để đánh giá kiến thức và thực hành về bệnh và biện pháp phòng bệnh tay chân miệng.

Cỡ mẫu được tính dựa trên công thức tính cỡ mẫu, ta được cỡ mẫu nghiên cứu n= 400. Thực tế chúng tôi đã điều tra 401 bà mẹ.

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kiến thức của các bà mẹ về tác nhân gây bệnh tay chân miệng

Tác nhân lây	Dưới PTTH (n=263)		Từ PTTH trở lên (n=138)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vi khuẩn (1)	13	4,9	14	10,1
Vi rút (2) (đúng)	76	28,9	92	66,7
Ký sinh trùng (3)	5	1,9	2	1,4
Không biết (4)	169	64,3	30	21,8
p	$p_{(2)} < 0,05; p_{(4)} < 0,05$			

Kết quả bảng trên cho thấy khi hỏi các bà mẹ về tác nhân gây bệnh tay chân miệng thì chỉ có 28,9% nhóm

dưới THPT và 66,7% ở nhóm trên THPT trả lời là do vi rút; tỷ lệ không biết là 66,2% và 27,5%.

Bảng 2. Kiến thức của các bà mẹ về cách lây truyền của bệnh TCM

Cách lây nhiễm	Dưới THPT (n=263)		Từ THPT trở lên (n=138)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thực phẩm, nước uống không vệ sinh	75	28,5	51	37,0
Bàn tay bẩn	43	16,3	56	40,6
Đồ dùng, đồ chơi	62	23,6	39	28,3
Tiếp xúc trực tiếp với người bệnh	136	51,7	90	65,2
Xử lý phân trẻ không đúng	26	9,9	28	20,3
Xử lý chất nôn của trẻ không đúng	25	9,5	23	16,7
Không biết	36	13,7	9	6,5
Điểm TBKT/Điểm tối đa	1,4/6		2,1/6	

Khi hỏi các bà mẹ về các cách lây nhiễm bệnh, ở cả hai nhóm và với các ý câu trả lời với tỷ lệ dưới 50%; duy

nhất cho rằng tiếp xúc trực tiếp với người bệnh đạt từ 51,7% đến 65,2%.

Bảng 3. Kiến thức của các bà mẹ về các biểu hiện bệnh TCM

Biểu hiện bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sốt	66	16,5
Đau họng, loét họng	45	11,2
Mệt mỏi chán ăn	32	8,0
Mụn nước, vết loét ở bàn tay, chân, miệng, gò, mông	346	86,3
Không biết	27	6,7

Kết quả cho thấy tỷ lệ các bà mẹ có câu trả lời bàn tay, chân, miệng, gò, mông là 86,3%; tỷ lệ không cao nhất là có biểu hiện bệnh có mụn nước, vết loét ở biết là 6,7%.

Bảng 4. Kiến thức của bà mẹ về biến chứng TCM (n=401)

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Viêm màng não	36	9
Phổi	116	28,9
Tim	30	7,5
Sốt cao	59	14,7
Khác, không biết	235	58,6

Kiến thức của bà mẹ về biến chứng tay chân miệng chiếm 58,6%; 28,9% biết có biến chứng phổi; 14,7% biết được trình bày ở bảng 4; kết quả cho thấy tỷ lệ không biết có biến chứng sốt cao.

Bảng 5. Kiến thức của bà mẹ về khả năng phòng ngừa bệnh TCM (n=401)

Phòng bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rửa tay vệ sinh	201	50,1
Ăn uống vệ sinh	97	24,2
Che kín miệng khi ho, hắt hơi	53	13,2
Giữ vệ sinh đồ chơi trẻ em	89	22,2
Tránh tiếp xúc người bệnh	215	53,6
Sử dụng nước sạch, nhà tiêu vệ sinh	80	20,0
Vệ sinh nhà cửa sạch sẽ	87	21,7
Khác, không biết	47	11,7
Biết được từ 5 biện pháp trở lên	55	13,7

Kiến thức về phòng ngừa bệnh tay chân miệng của các bà mẹ: tỷ lệ trả lời cao nhất là tránh tiếp xúc người bệnh là 53,6%; sau đến rửa tay vệ sinh là 50,1%; ăn uống hợp vệ sinh là 24,2%. Tỷ lệ trả lời được từ 5 biện pháp trở lên chỉ chiếm 13,7%.



Bảng 6. Thực hành rửa tay thường xuyên của bà mẹ về phòng TCM (n=401)

Thời điểm rửa tay	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trước khi chế biến thức ăn	228	56,9
Trước khi cho trẻ ăn	191	47,6
Sau khi đi vệ sinh	241	60,1
Trước khi bế ẵm trẻ	112	27,9
Sau thay tã hoặc vệ sinh cho trẻ	158	39,4
Đạt được 4-5 hoạt động trên	114	28,4

Tuy nhiên khi được hỏi về các việc bà mẹ đã làm để phòng bệnh tay chân miệng như rửa tay vệ sinh trong một số hoạt động hàng ngày có 60,1% rửa tay thường xuyên sau đi vệ sinh; 56,9% có rửa tay trước khi chế biến thức ăn; 47,6% có rửa tay thường xuyên sau khi cho trẻ ăn. 28,4% bà mẹ đạt được 4 hoạt động trở lên.

Bảng 7. Thực hành vệ sinh ăn uống và vệ sinh cá nhân của bà mẹ về phòng TCM (n=401) (hoạt động thường xuyên)

Vệ sinh ăn uống	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không mớm thức ăn cho trẻ	75	18,7
Không cho trẻ ăn bốc, mút tay, ngậm đồ chơi	119	29,7
Không dùng chung khăn, vật dụng ăn uống	78	19,5
Lau sạch đồ chơi, dụng cụ học tập	82	20,4
Lau sạch tay nắm cửa, bàn ghế,...	74	18,5
Đạt được từ 4 hoạt động trở lên	48	12,0

Khi được hỏi về thực hành vệ sinh ăn uống và vệ sinh cá nhân của bà mẹ về phòng TCM, tỷ lệ trả lời cao nhất là không cho trẻ ăn bốc, mút tay, ngậm đồ chơi chiếm 29,7%; lau sạch đồ chơi, dụng cụ học tập là 20,4%; không dùng chung khăn, vật dụng ăn uống 19,5%.

Bảng 8. Thực hành về phòng TCM của các bà mẹ khi có dịch (n=401) (hoạt động thường xuyên)

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhà tiêu hợp vệ sinh	261	65,1
Thu gom phân, chất thải của trẻ đúng	221	55,1
Cho trẻ đeo khẩu trang khi ra ngoài	123	30,7
Không tiếp xúc với người bệnh	156	38,9
Phát hiện dấu hiệu bệnh đưa trẻ đi khám, thông báo cơ quan y tế	316	78,8

Thực hành của các bà mẹ về phòng chống bệnh tay chân miệng khi có dịch tay chân miệng có 78,8% bà mẹ đã cho con đi đến cơ sở y tế; 55,1% đã xử lý phân trẻ đúng; 38,9% không cho trẻ tiếp xúc với người bệnh; 30,7% cho trẻ đeo khẩu trang khi ra ngoài.

IV. BÀN LUẬN

Kiến thức của các bà mẹ

Về tác nhân gây bệnh tay chân miệng, tỷ lệ bà mẹ trả lời đúng là do vi rút chiếm 66,7% ở nhóm có trình độ học vấn từ THPT trở lên và chỉ chiếm 28,9% ở nhóm còn lại. Tỷ lệ trả lời không biết còn tới 21,8% ở nhóm trình độ học vấn từ THPT trở lên và tới 64,3% ở nhóm còn lại. Đây cũng là hạn chế về kiến thức rất cơ bản, theo chúng tôi đó là do yếu tố điều kiện kinh tế, trình độ học vấn cũng như vùng nghiên cứu. Điều này rất quan trọng nó quyết định đến vấn đề phòng bệnh cho trẻ.

Về cách lây truyền bệnh tay chân miệng thì tỷ lệ trả lời chưa thực sự tốt ở cả hai nhóm; trong đó chỉ trả lời do tiếp xúc trực tiếp người bệnh là cao nhất ở cả hai nhóm là 51,7% và 65,2%. Các nội dung khác tỷ lệ trả lời thấp, đặc biệt nhóm trình độ học vấn dưới THPT, điểm trung bình kiến thức/điểm tối đa chỉ đạt 1,4/6 ở nhóm trình độ học vấn dưới THPT và 2,1/6 ở nhóm trình độ học vấn từ THPT trở lên. Qua kết quả này cho thấy các bà mẹ còn rất hạn chế kiến thức về các cách lây truyền bệnh do đó sẽ hạn chế và có những thực hành không đúng và không đầy đủ trong cách phòng bệnh cho con mình và cho cộng đồng.

Các hoạt động vệ sinh ăn uống và vệ sinh cá nhân

của bà mẹ để phòng bệnh tay chân miệng: các bà mẹ đạt được từ 4 hoạt động trở lên chiếm 12,0%; trong đó từng hoạt động một cũng đạt rất thấp; cao nhất là không cho trẻ mút tay, ăn bốc, ngậm đồ chơi là 29,7%; có lau sạch đồ chơi dụng cụ học tập cho trẻ là 20,4%; không dùng chung khăn mặt và dụng cụ ăn uống là 19,5%. Một số hoạt động khác như thu gom phân và chất thải của trẻ đúng là 55,1%; cho trẻ đeo khẩu trang khi đi ra ngoài là 30,7%; không tiếp xúc với người bệnh là 38,9%. Chúng tôi thấy kết quả như vậy cũng hoàn toàn phù hợp với phần kiến thức, bởi vì các bà mẹ được điều tra trong nghiên cứu này có kiến thức chưa đầy đủ và hoàn toàn đúng cho nên việc thực hành của họ còn thiếu và chưa thường xuyên, mặt khác do yếu tố nghề nghiệp cũng như trình độ học vấn của bà mẹ ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành của bà mẹ.

V. KẾT LUẬN

- 66,7% bà mẹ có trình độ học vấn từ THPT trở lên biết tác nhân gây bệnh và chỉ chiếm 28,9% ở nhóm còn lại biết tác nhân gây bệnh

- 86,3% bà mẹ biết bệnh tay chân miệng có biểu hiện mụn nước, vết loét ở bàn tay, chân, miệng, gò, mông

- 28,9 bà mẹ biết biến chứng của tay chân miệng vào phổi, 9,0% biết biến chứng là viêm màng não, 7,5% biết là biến chứng vào tim

- 28,4% bà mẹ thực hành được 4-5 hoạt động rửa tay thường xuyên để phòng bệnh tay chân miệng

- 12% bà mẹ thực hành được hoạt động vệ sinh ăn uống và vệ sinh cá nhân để phòng bệnh tay chân miệng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Kiều Chinh, Nguyễn Đỗ Nguyên (2014), “Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại huyện Dương Minh Châu, tỉnh Tây Ninh năm 2013”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 18, số 6, Tr. 166-270.
2. Hoàng Đức Hạnh, Nguyễn Nhật Cẩm và cộng sự (2014), “Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại Hà Nội năm 2013”, Tạp chí Y học Dự phòng, tập XXIV, số 10 (159), Tr. 24.
3. Phan Trọng Lân, Lê Thị Thanh Hương và cộng sự (2014), “Phân tích yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của người chăm sóc chính cho trẻ dưới 5 tuổi tại xã Lê Chi huyện Gia Lâm thành phố Hà Nội, 2013”, Tạp chí Y học Dự phòng, tập XXIV, số 5 (154), Tr.52.
4. Lê Quang Minh, Nguyễn Thanh Dương (2017), “Tìm hiểu kiến thức và thực hành về phòng chống bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã Thanh Sơn huyện Kim Bảng Hà Nam năm 2015”, Tạp chí Y học Dự phòng, tập 27, số 2 (190), Tr. 46.
5. Võ Thị Tiên, Tạ Văn Trâm (2012), “Kiến thức, thái độ, hành vi của bà mẹ về phòng chống bệnh tay chân miệng”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 16, số 4, Tr. 83-92.



Kiến thức, thực hành của nhân viên y tế về quản lý chất thải y tế tại tuyến xã huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình năm 2017

Đặng Thị Thu Nga¹, Ngô Thị Nhu¹, Nguyễn Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Thực hiện khảo sát kiến thức của nhân viên y tế tại 30 trạm y tế thuộc huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình về quản lý chất thải y tế cho thấy: 28,0% là nhân viên y tế có thâm niên công tác từ dưới 10 năm; 25,4% ở nhóm có thâm niên trên 10 năm biết được chất thải y tế được chia làm 5 nhóm. 76,6% nhân viên y tế biết được túi đựng rác thải tối đa 3/4 túi, 74,9% không để lẫn chất thải y tế và chất thải thông thường. Tỷ lệ nhân viên thực hiện đúng lượng chất thải chứa trong mỗi túi chỉ đầy 3/4 túi chiếm 73,1%; thời gian vận chuyển về nơi lưu trữ đúng tần suất 1 lần 1 ngày và khi cần chiếm 64,0%; thời gian lưu giữ chất thải rắn y tế tối đa trước khi xử lý chiếm tỷ lệ thấp nhất 50,9%. 56,0% và 53,7% nhân viên y tế xử lý chất thải sắc nhọn và chất thải lây nhiễm bằng thiêu đốt trong lò; 42,3% nhân viên y tế thực hiện tiêu hủy chất thải giải phẫu ngay sau khi phát sinh.

Từ khóa: Rác y tế, trạm y tế, chất thải rắn

ABSTRACT:

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF MEDICAL STAFF ON MEDICAL WASTE MANAGEMENT AT COMMUNE LEVEL AT VU THU DISTRICT IN THAI BINH PROVINCE IN 2017

This study was among medical staff at 30 medical stations in Vuthu district Thaingbinh province on medical waste management. The results showed that: 28.0% of the staff had the seniority of less than 10 years. About 25.4% of the staff with more than 10 years seniority knew that medical waste was divided into 5 groups. About 76.6% medical staff knew that the bag for medical garbage was at most of three fourths of the bag; 74.9% knew that it was no use mixing medical waste and normal waste; 73.1% of the staff practiced of putting at most of three fourths of the medical waste into the bag; time to transfer the waste to the store with the frequency of 1 time per day and when in

need were of 64.0%. The maximum time to store the solid medical waste before processing was at lowest rate of 50.9%. About 56.0% and 53.7% of the staff treated sharp medical garbage and transmitted garbage by burning in furnace; 42.3% of the staff practiced destructing surgical waste right after incurring.

Key words: Medical waste, medical station, solid waste

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, việc quản lý chất thải y tế ngày càng được ngành Y tế cũng như xã hội quan tâm, đặc biệt là các loại chất thải có chứa mầm bệnh. Vì vậy, việc thu gom, phân loại ngay từ nguồn chất thải và xử lý ban đầu, đặc biệt là chất thải y tế nguy hại sẽ giảm được nguy cơ lây bệnh cho nhân viên y tế và tiết kiệm rất lớn chi phí cho cơ sở y tế. Để thực hiện điều này, giải pháp hiệu quả là tăng cường nhận thức và thực hành của nhân viên y tế trong quản lý và xử lý chất thải y tế. Vì vậy để góp phần đề xuất giải pháp các biện pháp nâng cao kiến thức, thực hành cho nhân viên y tế và cải thiện tình trạng quản lý chất thải rắn y tế phù hợp với điều kiện thực tế tại các trạm y tế, hạn chế mức độ ảnh hưởng của chất thải rắn y tế đối với môi trường và sức khỏe cộng đồng, chúng tôi tiến hành triển khai thực hiện nghiên cứu đề tài với mục tiêu nghiên cứu

Đánh giá kiến thức, thực hành của nhân viên y tế về quản lý chất thải rắn y tế tại địa bàn nghiên cứu

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 30 trạm y tế xã ở huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Nhân viên y tế tại trạm y tế: Đó là những nhân viên y tế đã và đang làm việc thường xuyên tại các trạm y tế xã của huyện Vũ Thư trong thời gian trên 6 tháng, tình nguyện hợp tác trong quá trình điều tra nghiên cứu (trạm

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 05/04/2018 | » Ngày phản biện: 15/04/2018 | » Ngày duyệt đăng: 21/04/2018

trường, các nhân viên y tế trực tiếp tham gia vào công tác khám chữa bệnh tại trạm).

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 để tìm hiểu kiến thức, thực hành của nhân viên y tế về quản lý (phân loại, thu gom, lưu giữ, vận chuyển, xử lý) chất thải rắn y tế theo bộ câu hỏi đã được xây dựng.

* Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu điều tra kiến thức, thực hành của nhân viên y tế: Toàn bộ cán bộ y tế tham gia công tác khám chữa bệnh

tại các trạm y tế xã thuộc huyện Vũ Thư. Qua điều tra phỏng vấn trực tiếp, chúng tôi đã điều tra 175 nhân viên y tế tại các trạm y tế tuyến xã huyện Vũ Thư

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Các số liệu của đề tài nghiên cứu sẽ được nhập máy tính và phân tích dựa trên phần mềm Epi-info 6.04 và Epi-Data, sử dụng các thuật toán thống kê trong y học
- Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Kiến thức của nhân viên y tế về số nhóm chất thải với thâm niên công tác

Nhóm chất thải	Thâm niên		≤ 10 (n=100)		> 10 (n=75)	
	SL	%	SL	%	SL	%
≤ 4 nhóm	61	61,0	46	61,3		
Đúng 5 nhóm	28	28,0	19	25,4		
> 5 nhóm	11	11,0	10	13,3		

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế biết được chất thải y tế được chia làm 5 nhóm còn rất thấp, trong đó 28,0% là nhân viên y tế có thâm niên công tác từ dưới 10 năm; 25,4% ở nhóm có thâm niên trên 10 năm. Bên

cạnh đó tỷ lệ nhân viên y tế cho rằng chất thải y tế chia làm 3 và 4 nhóm là khá cao (61,0% ở nhóm có thâm niên công tác dưới 10 năm; 61,3% ở nhóm có thâm niên trên 10 năm).

Bảng 3.2. Kiến thức phân loại rác thải đúng theo thâm niên công tác (trả lời đúng trên 70% được cho là đạt)

Thâm niên công tác	Đạt		Không đạt	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)
< 10 năm	12	50	88	58,3
≤ 10 năm	12	50	63	41,7
Tổng	24	100	151	100

Kết quả bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế trả lời đúng về phân loại rác y tế theo thời gian công tác trên 10 năm và dưới 10 năm là như nhau, là trả lời đúng

từ 70% trở lên các câu hỏi. Và tỷ lệ trả lời không đạt của nhóm dưới 10 năm là cao hơn nhóm trên 10 năm công tác.

Bảng 3.3. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về thu gom chất thải rắn y tế (n=175)

Kiến thức đúng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thùng thu gom CTYT tại nơi phát sinh	85	48,6
Lượng CTYT tối đa ¾ túi	134	76,6
Không để lẫn CTYT và CT thông thường	131	74,9

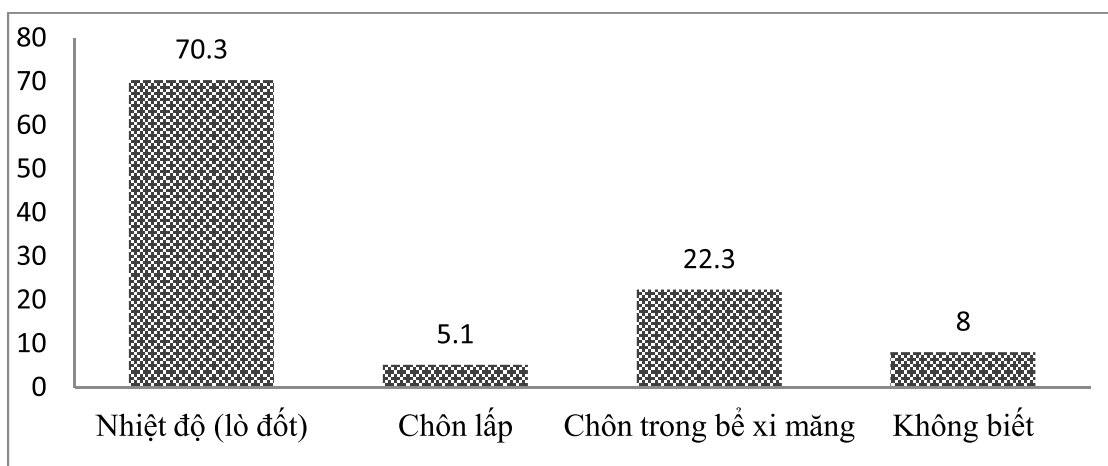
Kết quả bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế biết y tế và chất thải thông thường chiếm tỷ lệ cao (lần lượt là được túi đựng rác thải tối đa 3/4 túi, không để lẫn chất thải 76,6% và 74,9%).

Bảng 3.4. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về vận chuyển, lưu giữ chất thải y tế (n=175)

Kiến thức về vận chuyển, lưu giữ chất thải y tế		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian vận chuyển chất thải về nơi lưu giữ một lần/ngày và khi cần		102	58,3
Điều kiện vận chuyển	Kín miệng túi/thùng	141	80,6
	Xe chuyên dụng	135	77,1
	Không rơi vãi	114	65,1
Lưu giữ CTYT tại buồng riêng biệt		20	11,4
Thời gian lưu giữ CTYT	t ^o thường (≤48h)	164	93,7
	Lạnh (≤72h)	162	92,6
Khoảng cách nơi lưu giữ CTYT ≥10m		160	91,4

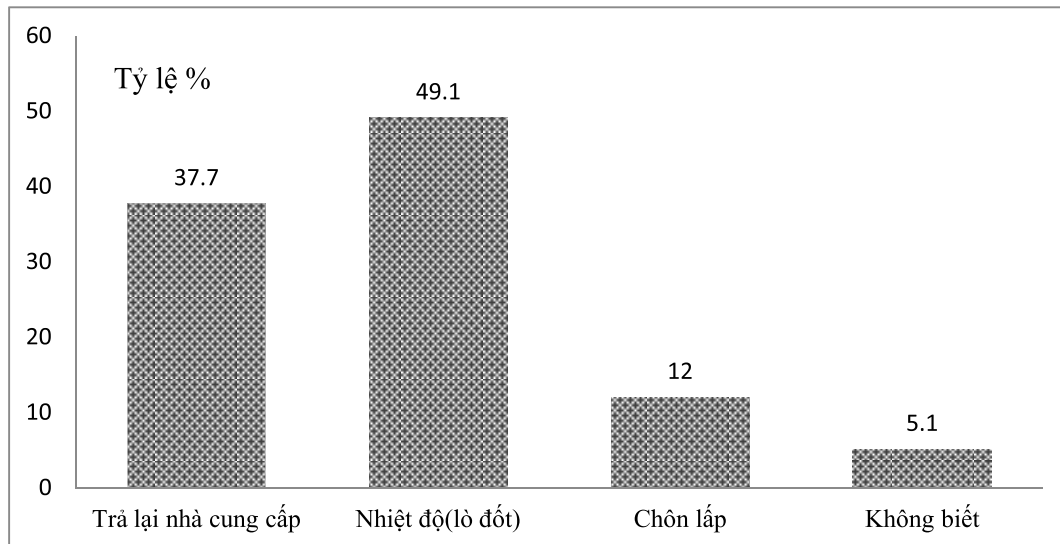
Kết quả bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng khá cao về vận chuyển và lưu giữ chất thải y tế, chỉ riêng kiến thức lưu giữ chất thải y tế tại buồng riêng biệt còn hơi thấp, chỉ chiếm 11,4%.

Biểu đồ 3.1. Kiến thức của nhân viên y tế về xử lý chất thải sắc nhọn



Biểu đồ 3.1 cho thấy 70,3% tỷ lệ nhân viên y tế biết cách xử lý bằng cách thiêu đốt trong lò chuyên dụng; 22,3% nhân viên y tế biết xử lý bằng cách chôn trong bể xi măng; chỉ 5,1% nhân viên y tế cho rằng chất thải sắc nhọn xử lý bằng chôn lấp thông thường.

Biểu đồ 3.2. Kiến thức của nhân viên y tế về xử lý chất thải hóa học nguy hại, được phẩm quá hạn



Biểu đồ 3.2 cho thấy tỷ lệ nhân viên biết cách xử lý chất thải hóa học nguy hại, hóa chất, được phẩm quá hạn thiêu đốt trong các lò chiếm tỷ lệ cao nhất 49,1%; sau đó là dùng nhiệt độ để thiêu đốt trong các lò chiếm tỷ lệ 37,7%; tỷ lệ nhân viên y tế không biết xử lý chất thải hóa học nguy hại, hóa chất, được phẩm quá hạn chiếm 5,1%.

Bảng 3.5. Thực hành đúng của nhân viên y tế về phân loại chất thải rắn y tế

Thực hành phân loại chất thải y tế	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chất thải lây nhiễm đựng trong dụng cụ màu vàng	128	73,1
Chất thải hóa học nguy hại, được phẩm quá hạn sử dụng đựng trong dụng cụ màu đen	112	64,0
Chất thải tái chế đựng trong dụng cụ màu trắng	102	58,3
Chất thải sắc nhọn đựng trong thùng kháng thủng	112	64,0

Qua bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế thực hiện phân loại đúng chất thải lây nhiễm vào dụng cụ màu vàng khá cao chiếm 73,1%. Bên cạnh đó, tỷ lệ nhân viên y tế thực hiện phân loại rác thải tái chế vào dụng cụ màu trắng chỉ chiếm 58,3%.

Bảng 3.6. Thực hành đúng của nhân viên y tế về thu gom, vận chuyển, lưu giữ chất thải rắn y tế (n = 175)

Thực hành về thu gom, vận chuyển, lưu giữ chất thải rắn y tế	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vận chuyển về nơi lưu trữ đúng tần suất	112	64,0
Lượng chất thải chứa trong túi (3/4 túi)	128	73,1
Không để lẫn CTRYT với chất thải thông thường	109	62,3
Thời gian lưu giữ CTRYT tối đa trước khi xử lý	89	50,9

Qua bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ nhân viên thực hiện đúng lượng chất thải chứa trong mỗi túi chỉ đầy 3/4 túi chiếm 73,1%; tiếp theo là thời gian vận chuyển về nơi lưu trữ đúng tần suất 1 lần 1 ngày và khi cần chiếm 64,0%; bên cạnh đó thời gian lưu giữ chất thải rắn y tế tối đa trước khi xử lý chiếm tỷ lệ thấp nhất 50,9%.



Bảng 3.7. Thực hành đúng của nhân viên y tế về xử lý chất thải rắn y tế (n = 175)

Thực hành về xử lý chất thải rắn y tế	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chất thải giải phẫu	74	42,3
Xử lý chất thải lây nhiễm	94	53,7
Xử lý chất thải sắc nhọn	98	56,0

Bảng 3.7 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế xử lý đúng chất thải y tế nói chung còn chưa cao, 56,0% và 53,7% nhân viên y tế xử lý chất thải sắc nhọn và chất thải lây nhiễm bằng thiêu đốt trong lò; 42,3% nhân viên y tế thực hiện tiêu hủy chất thải giải phẫu ngay sau khi phát sinh.

IV. BÀN LUẬN

Kiến thức phân loại chất thải y tế đúng theo thâm niên công tác vẫn còn thấp ở cả 2 nhóm trên 10 năm và dưới 10 năm. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn của tác giả Hoàng Thị Thúy: 53,0% nhân viên trả lời đúng về phân loại chất thải y tế và 70,5% nhân viên y tế trả lời đúng về phân loại chất thải lây nhiễm [36]. Kết quả của chúng tôi cũng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Trần Đại Tri Hân ở Quảng Bình, tại đây có 35,2% nhân viên y tế có kiến thức chung đúng về quản lý chất thải y tế nói chung[13].

Qua kết quả nghiên cứu về kiến thức, thực hành của nhân viên y tế về xử lý rác thải y tế cho thấy mặc dù các nhân viên y tế đã có nhận thức cũng như thái độ tích cực về những vấn đề liên quan đến công tác xử lý rác thải y tế tuy nhiên vẫn còn một số hạn chế nhất định. Thực hành của các nhân viên y tế so với kiến thức tuy có cao

hơn nhưng tỷ lệ thực hành đúng vẫn chưa thật tốt, nguyên nhân là do các yếu tố chủ quan (vẫn còn hạn chế về một số kiến thức) và các yếu tố khách quan (điều kiện trang thiết bị phục vụ cho công tác xử lý chất thải y tế tại các trạm y tế xã vẫn còn thiếu, còn thiếu sự hướng dẫn) tác động đã làm ảnh hưởng đến thực hành của nhân viên y tế.

V. KẾT LUẬN

- 28,0% là nhân viên y tế có thâm niên công tác từ dưới 10 năm; 25,4% ở nhóm có thâm niên trên 10 năm biết được chất thải y tế được chia làm 5 nhóm

- 76,6% nhân viên y tế biết được túi đựng rác thải tối đa 3/4 túi, 74,9% không để lẫn chất thải y tế và chất thải thông thường

- Tỷ lệ nhân viên thực hiện đúng lượng chất thải chứa trong mỗi túi chỉ đầy 3/4 túi chiếm 73,1%; thời gian vận chuyển về nơi lưu trữ đúng tần suất 1 lần 1 ngày và khi cần chiếm 64,0%; thời gian lưu giữ chất thải rắn y tế tối đa trước khi xử lý chiếm tỷ lệ thấp nhất 50,9%.

- 56,0% và 53,7% nhân viên y tế xử lý chất thải sắc nhọn và chất thải lây nhiễm bằng thiêu đốt trong lò; 42,3% nhân viên y tế thực hiện tiêu hủy chất thải giải phẫu ngay sau khi phát sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Đắc Thắng (2014)**, *Thực trạng và kiến thức thực hành của nhân viên y tế về quản lý chất thải y tế tại Bệnh viện Đa khoa huyện Mai Sơn tỉnh Sơn La năm 2014*, Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
- Nguyễn Thị Thu Trang (2012)**, *Thực trạng quản lý, xử lý chất thải rắn y tế tại Bệnh viện Đa khoa Nam Định và đề xuất mô hình can thiệp*, Luận văn thạc sĩ khoa học môi trường, Trường Đại học Khoa học Tự nhiên Hà Nội.
- Phạm Thị An Vinh (2012)**, *Thực trạng về quản lý chất thải rắn y tế và kiến thức, thực hành của nhân viên trạm y tế tại thành phố Nam Định năm 2012*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y dược Thái Bình.

KIẾN THỨC CỦA BÀ MẸ VỀ BỆNH TIÊU CHẢY TẠI 2 XÃ/PHƯỜNG THÀNH PHỐ THÁI BÌNH

Nguyễn Xuân Hải¹, Phí Đức Long², Ngô Thị Nhu², Đặng Thị Vân Quý², Đinh Thị Huyền Trang²

TÓM TẮT

Tiến hành thực hiện đề tài với sự tham gia của 657 bà mẹ tại xã Vũ Chính và phường Trần Lãm thành phố Thái Bình về kiến thức của bà mẹ về bệnh tiêu chảy chúng tôi thu được: Kiến thức của các bà mẹ về dấu hiệu bệnh tiêu chảy đúng chưa cao (41,8%); có 86,3% các bà mẹ cho là bệnh tiêu chảy trẻ em là nguy hiểm. Kiến thức chung của các bà mẹ về nguyên nhân mắc tiêu chảy ở trẻ còn hạn chế (điểm trung bình đạt 2,26/5); tỷ lệ trả lời cao nhất là ăn uống không vệ sinh (90,0%); uống nước chưa sôi là 58,0%; vệ sinh cho trẻ không tốt là 49%; các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp. Kiến thức chung về phòng bệnh tiêu chảy của các bà mẹ chỉ đạt điểm trung bình là 3,1/7; tỷ lệ trả lời cao nhất biện pháp ăn uống và giữ vệ sinh là 86,5%; các biện pháp khác tỷ lệ trả lời dưới 50%.

Từ khóa: Bệnh tiêu chảy, kiến thức bà mẹ.

ABSTRACT:

KNOWLEDGE OF MOTHERS ON DIARRHOEA AT 2 COMMUNES/QUARTERS AT THAIBINH CITY

This study was among 657 mothers at Vuchinh communes and Tranlam quarter in Thaibinh City on knowledge of diarrhoea. The results showed that: the rate of having right knowledge on diarrhoea signs among mothers was not high (41.8%). About 86.3% of mothers said that diarrhoea among children was dangerous. The common knowledge of mothers on the cause of diarrhoea was low (average point of 2.26/5). The highest rate of answer was due to unhygiene food (90.0%); unboiled water drinking (58.0%); not-well hygiene for children (49.0%); the rate were low for other answer as the other causes. The common knowledge of mothers on disease prevention was at average point of 3.1/7; The highest rate of answers were eating and hygiene keeping (86.5%); other solutions was at low rate (less than 50.0%).

Key words: Diarrhoea, knowledge of mother.

1. Trung tâm y tế thành phố Thái Bình
2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam trong những năm gần đây, tình hình bệnh tiêu chảy có chiều hướng gia tăng và tiêu chảy cũng là một trong mười bệnh có tỉ suất mắc và chết cao trong nhiều thập niên qua. Tại Thái Bình, trong những năm qua tình hình mắc tiêu chảy còn diễn ra phức tạp, đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi, nguy cơ tiêu chảy tái phát là rất cao do mầm bệnh vẫn tồn tại khá lâu trong môi trường và người lành mang bệnh [16]. Kiến thức, thái độ và thực hành về phòng, chống tiêu chảy của người dân chưa thực sự đầy đủ do ít được bổ sung, cập nhật kiến thức, [8] [10]. Tình trạng ô nhiễm thực phẩm, thiếu nước sạch, ô nhiễm môi trường có xu hướng gia tăng, thói quen sử dụng các thực phẩm không an toàn, là yếu tố nguy cơ bệnh tiêu chảy và cũng là nguyên nhân gây phát tán dịch một cách nhanh chóng và nghiêm trọng. Để có thêm những thông tin về thực trạng này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

Mô tả kiến thức của bà mẹ về bệnh và phòng bệnh tiêu chảy tại địa bàn nghiên cứu năm 2017

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 2 xã/phường thuộc thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Những bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang sống tại 2 xã được lựa chọn

* Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 4 năm 2018.

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

Chọn mẫu và cỡ mẫu

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

Từ công thức chúng tôi tính được cỡ mẫu là 325 bà mẹ và trên thực tế chúng tôi đã điều tra được 657 bà mẹ có con dưới 5 tuổi với xã Vũ Chính là 329 bà mẹ và phường Trần Lãm là 328 bà mẹ

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Các số liệu của đề tài nghiên cứu đã được nhập máy tính

và phân tích dựa trên phần mềm Epi-info 6.04 và Epi - Data, sử dụng các thuật toán thống kê trong y học: tỷ lệ (%), test t, χ^2 ...
- Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

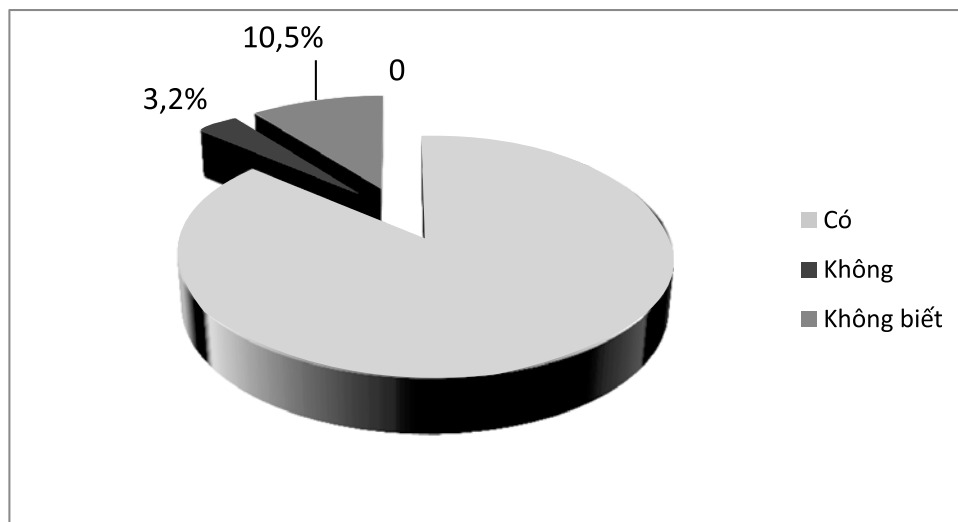
Bảng 3.1. Kiến thức của bà mẹ về dấu hiệu tiêu chảy ở trẻ

Dấu hiệu tiêu chảy	Vũ Chính (n=329)		Trần Lãm (n=328)		Chung (n=657)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Phân lỏng \geq 3 lần/ngày (đúng)	173	52,6	101	30,8	274	41,8
Phân nhiều nước, bất thường	120	36,5	172	52,4	292	44,4
Đi phân lỏng 1- 2 lần	8	2,4	17	5,2	25	3,8
Không biết	28	8,5	38	11,6	66	10,0

Bảng 3.1 cho thấy có 41,8 % số các bà mẹ được phỏng vấn trả lời đúng các dấu hiệu tiêu chuẩn; trong đó xã Vũ

Chính tỷ lệ cao hơn (52,6%) phường Trần Lãm (30,8%); vẫn còn 10% các bà mẹ không có câu trả lời, không biết.

Biểu đồ. 3.1. Kiến thức của bà mẹ về sự nguy hiểm của tiêu chảy ở trẻ (n=657)



Khi điều tra các bà mẹ về sự nguy hiểm của bệnh tiêu chảy, có 86,3% các mẹ cho rằng bệnh có thể nguy hiểm; 10,5% cho ý kiến không biết.

Bảng 3.2. Kiến thức của bà mẹ về nguyên nhân mắc tiêu chảy ở trẻ

Nguyên nhân	Vũ Chính (n=329)		Trần Lãm (n=328)		Chung (n=657)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Ăn thức ăn không vệ sinh	295	89,7	296	90,2	591	90,0
Uống nước chưa sôi	190	57,8	191	58,2	381	58,0
Trẻ bị bệnh kéo dài	62	18,8	39	11,9	101	15,4
Vệ sinh cho trẻ không tốt	181	55,0	141	43,0	322	49,0
Tiêm phòng chưa đầy đủ	48	14,6	38	11,6	86	13,1
Không biết	21	6,4	24	7,3	45	6,8
Khác	15	4,6	17	5,2	32	4,9
Điểm TBKT/Điểm TD	2,36/5		2,15/5		2,26/5	

Kết quả bảng 3.2 cho thấy kiến thức chung của các bà mẹ về nguyên nhân mắc tiêu chảy đạt là 2,26/5; câu trả lời đạt tỷ lệ cao nhất đó là do ăn uống không vệ sinh

(90,0%), sau đó đến do uống nước chưa sôi (58%); do vệ sinh cho trẻ không tốt là 49%, các lý do khác chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 3.3. Kiến thức của bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy ở trẻ

Cách phòng bệnh	Vũ Chính (n=329)		Trần Lãm (n=328)		Chung (n=657)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Giữ vệ sinh	278	84,5	256	78,0	534	81,3
Ăn uống sạch sẽ	294	89,4	274	83,5	568	86,5
Tiêm vắc xin	60	18,2	81	24,7	141	21,5
Sử dụng nước sạch	139	42,2	90	27,4	229	34,9
Sử dụng nhà tiêu hợp VS	96	29,2	70	21,3	166	25,3
Rửa tay trước ăn, sau VS	125	38,0	120	36,6	245	37,3
Giữ ấm cho trẻ	86	26,1	50	15,2	136	20,7
Không biết, khác	6	1,8	9	2,7	15	2,3
Điểm TBKT/Điểm TD	3,3/7		2,9/7		3,1/7	

Qua bảng 3.3 cho thấy kiến thức chung của các bà mẹ được hỏi về phòng bệnh tiêu chảy là 3,1/7; điểm ở xã Vũ Chính cao hơn (3,3/7) phường Trần Lãm (2,9/7); trong đó đa

số các bà mẹ trả lời là giữ vệ sinh (81,3%); ăn uống sạch sẽ (86,5%); rửa tay vệ sinh (37,3%); sử dụng nước sạch (34,9%); sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh (25,3%); giữ ấm cho trẻ là 20,7%.



Bảng 3.4. Kiến thức của bà mẹ về cách xử trí khi trẻ tiêu chảy

Cách xử trí tiêu chảy ở trẻ	Vũ Chính (n=329)		Trần Lâm (n=328)		Chung (n=657)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Uống nhiều nước	156	47,4	167	50,9	323	49,2
Ăn uống bình thường	71	21,6	79	24,1	150	22,8
Kiêng chất tanh	209	63,5	184	56,1	393	59,8
Sử dụng thuốc nam	23	7,0	51	15,5	74	11,3
Sử dụng Oresol	215	65,3	196	59,8	411	62,6
Cho ăn cháo muối	34	10,3	50	15,2	84	12,8
Đến cơ sở y tế	119	36,2	126	38,4	245	37,3
Không biết, khác	39	11,8	33	10,2	72	11,0

Khi được hỏi về kiến thức xử trí tiêu chảy, kết quả bảng 3.4 cho thấy với rất nhiều ý kiến khác nhau trong các ý trả lời: cao nhất là ý kiến cho rằng sử dụng gói ORS (62,6%); sau đến cho rằng kiêng ăn thức ăn có mùi tanh (59,8%); 37,3% các bà mẹ cho rằng nên đến cơ sở y tế; có đến 49,2% cho rằng nên uống nhiều nước và chỉ có 22,8% cho rằng ăn uống bình thường.

Bảng 3.5. Kiến thức đúng bà mẹ về cách pha và dùng gói Oresol

Cách pha Oresol	Vũ Chính (n=329)		Trần Lâm (n=328)		Chung (n=657)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Pha theo hướng dẫn	212	64,4	191	58,2	403	61,3
Pha 1 gói/1 lít nước	34	10,3	63	19,2	97	14,8
Dùng nước sôi để nguội	258	78,4	250	76,2	508	77,3
Dùng trong 24 giờ	231	70,2	234	71,3	465	70,8
Khác, không biết	28	8,5	14	4,2	42	6,4
Điểm TBKT/ĐTĐ	2,2/4		2,3/4		2,2/4	

Bảng 3.5 cho thấy khi hỏi về cách sử dụng gói ORS thì các bà mẹ có câu trả lời nhiều nhất là pha với nước sôi để nguội chiếm tỷ lệ là 77,3%; 61,3% bà mẹ cho rằng pha theo hướng dẫn; 70,8% bà mẹ cho rằng nước oresol chỉ dùng trong 24 giờ. Điểm trung bình kiến thức là 2,2/4.

Bảng 3.6. Kiến thức của bà mẹ về nước có thể thay gói Oresol

Nước thay thế ORS	Vũ Chính (n=329)		Trần Lâm (n=328)		Chung (n=657)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Gạo rang	127	38,6	78	23,8	205	31,2
Cháo muối	66	20,1	115	35,1	181	27,5
Nước đường	3	0,9	9	2,7	12	1,8
Khác, không biết	181	55,0	170	51,9	351	53,4

Kết quả bảng 3.7 cho thấy các bà mẹ biết được nước có thể thay thế ORS là gạo rang chiếm 31,2%; nước cháo muối là 27,5%; tỷ lệ không biết là 53,4%.

Bảng 3.7. Kiến thức của bà mẹ về các dấu hiệu tiêu chảy ở trẻ cần phải đến cơ sở y tế

Các dấu hiệu	Vũ Chính (n=329)		Trần Lâm (n=328)		Chung (n=657)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tiêu chảy quá nhiều lần/ngày	309	93,9	290	88,4	599	91,2
Nôn	114	34,7	134	40,9	248	37,7
Khát nước	63	19,1	59	18,0	122	18,6
Phân có máu	67	20,4	59	18,0	126	19,2
Trẻ có dấu hiệu lờ đờ	82	24,9	70	21,3	152	23,1
Mất trũng	22	6,7	42	12,8	64	9,7

Kết quả bảng 3.8 cho thấy hầu hết các bà mẹ đều cho rằng khi trẻ bị tiêu chảy quá nhiều lần trong ngày thì phải đến ngay các cơ sở y tế (91,2%);

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kiến thức của các bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy ở trẻ có tỷ lệ khá cao về các nội dung như giữ vệ sinh (81,3%); ăn uống sạch sẽ (86,5%); sử dụng nước sạch chỉ chiếm 34,9%; sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh mới đạt 25,3%; rửa tay trước khi ăn và sau khi vệ sinh đạt 37,3%; có 21,5% các bà mẹ cho rằng tiêm vắc xin cho trẻ có tác dụng phòng tiêu chảy. Qua kết quả này chúng

tôi cũng thiết nghĩ các bà mẹ đã có một kiến thức nhất định về phòng bệnh tiêu chảy nhưng thực sự chưa đầy đủ, chủ yếu vẫn là những nội dung về ăn uống, các nội dung khác tỷ lệ trả lời còn thấp; với điểm trung bình là 3,1/7 như vậy mới đạt 50%. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thanh Xuân và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ đạt về kiến thức, thực hành về bệnh tiêu chuẩn rất thấp với điểm trung bình là 8,1/30 và 1,7/6 như vậy thấp hơn nhiều so với kết quả của chúng tôi. Vấn đề này chúng tôi có thể giải thích là đối tượng nghiên cứu của tác giả là người dân còn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bà mẹ có con dưới 5 tuổi [42].



V. KẾT LUẬN

- Kiến thức của các bà mẹ về dấu hiệu bệnh tiêu chảy đúng chưa cao (41,8%); có 86,3% các bà mẹ cho là bệnh tiêu chảy trẻ em là nguy hiểm.

- Kiến thức chung của các bà mẹ về nguyên nhân mắc tiêu chảy ở trẻ còn hạn chế (điểm trung bình đạt 2,26/5); tỷ lệ trả lời cao nhất là ăn uống không vệ

sinh (90,0%); uống nước chưa sôi là 58,0%; vệ sinh cho trẻ không tốt là 49%; các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp.

- Kiến thức chung về phòng bệnh tiêu chảy của các bà mẹ chỉ đạt điểm trung bình là 3,1/7; tỷ lệ trả lời cao nhất biện pháp ăn uống và giữ vệ sinh là 86,5%; các biện pháp khác tỷ lệ trả lời dưới 50%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Hà Giang, Nguyễn Vân Trang và CS (2017), “Phát hiện tác nhân vi khuẩn và vi rút gây tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Thái Bình”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, tập XXIII, số 11, Tr 42.
2. Hoàng Thị Thu Hà, Lê Thị Thanh Xuân và CS (2015), “Kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh tiêu chảy cấp của người dân tại 2 xã của tỉnh Yên Bái năm 2013”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, tập XXV, số 6, Tr. 352.
3. Vũ Thị Bích Hậu, Nguyễn Vân Trang và CS (2013), “Tỷ lệ nhiễm và biến động kiểu gen của một số tác nhân gây tiêu chảy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thái Bình, 2010-2012”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, tập XXIII, số 3, Tr.18.
4. Lê Thị Thanh Xuân, Trần Quỳnh Anh và CS (2016), “Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh tiêu chảy cấp của người dân tại 2 xã thuộc huyện Hàm Thuận Bắc tỉnh Bình Thuận năm 2013”, *Tạp chí Y học Dự phòng* 104(6), Tr. 77-84.

THỰC HÀNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI MỘT SỐ XÃ VÙNG NÔNG THÔN, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2015

Đặng Bích Thủy¹, Đặng Thanh Nhân¹, Hà Thị Hải¹

TÓM TẮT

Nhằm mục đích nâng cao khả năng quản lý chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi ở tại một số xã vùng nông thôn, tỉnh Thái Bình. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có kết hợp phân tích, được tiến hành trên 365 người cao tuổi tại 5 xã vùng nông thôn, tỉnh Thái Bình thông qua phỏng vấn trực tiếp đối tượng.

Kết quả cho thấy, tỷ lệ người cao tuổi có thực hành chăm sóc sức khỏe chưa tốt là 65,8%. Trong đó, tỷ lệ người cao tuổi có hút thuốc lá 30,2%, có uống rượu bia 63,3%, không tập thể dục 68,4%, thường xuyên ăn mặn 75,0% và không ăn hoa quả hàng ngày là 65,0%.

Người cao tuổi góa vợ hoặc chồng, già yếu, có bệnh tật có xu hướng thực hành chăm sóc sức khỏe chưa tốt (OR>1 và CI_{95%} từ 1,13-4,54, p<0,05).

Từ khóa: Thực hành, chăm sóc sức khỏe, người cao tuổi.

SUMMARY:

PRACTICE OF THE ELDERLY ABOUT HEALTH CARE AT SOME RURAL COMMUNITIES IN THAI BINH PROVINCE, 2015

A cross-sectional study was performed to improve the ability of management and taking care of the elderly's health in in some rural communities in Thai Binh province. This study was carried out on 365 old people who lived at 5 communities in Thai Binh province

The results showed that 65.8% of the total people did not have good practice about health care, including the percentage of people smoking was 30.2%; people drinking alcohol was 63.3%, people who did not exercise was 68.4%, Salt eating habit was 75.0% and did not eat fruit was 65.4%,

The elderly was divorced/ separated, retirement and having diseases were more likely not to have good practice about health care, p<0.05.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Keywords: Practice, health care, the elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá trình lão hóa là một quá trình sinh học tự nhiên mang tính tất yếu ngoài tầm kiểm soát của con người. Dân số NCT ở nhiều nước trên thế giới đang tăng nhanh và sẽ tiếp tục tăng trong những năm tới cả về số lượng cũng như tỷ lệ trong tổng dân số [3],[5].

Ở đại đa số các quốc gia, tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên sống ở khu vực nông thôn cao hơn thành thị, lý do của hiện tượng này là do có nhiều người trẻ tuổi trong độ tuổi lao động di cư ra thành thị để tìm kiếm việc làm. Theo kết quả các nghiên cứu ở Việt Nam trong 10 năm trở lại đây, khoảng 80% người cao tuổi (NCT) có bệnh mạn tính.

Việc kiểm soát tốt các bệnh và chăm sóc sức khỏe tốt đã làm giảm tỷ lệ tử vong đồng thời làm thay đổi mô hình bệnh tật và tử vong. Để tìm hiểu vấn đề này và có cơ sở cho việc xây dựng mô hình can thiệp nâng cao sức khỏe cho NCT tại vùng nông thôn Thái Bình, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu như sau:

Mục tiêu: Mô tả thực hành chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại một số xã vùng nông thôn, tỉnh Thái Bình năm 2015

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên), sinh sống tại 5 xã vùng nông thôn Thái Bình, bao gồm xã Bình Nguyên thuộc huyện Kiến Xương; xã Trọng Quan, Phong Châu thuộc huyện Đông Hưng; xã Nguyên Xá, Minh Lãng thuộc huyện Vũ Thư. Đây là các xã nằm trong diện triển khai chương trình y tế Quốc gia phòng chống bệnh tăng huyết áp.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2015 đến tháng 12/2015

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

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; $\alpha/2$: Độ tin cậy lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$; p: tỷ lệ người cao tuổi có thực hành chăm sóc sức khỏe tốt, được lấy bằng 35,0%; d: Sai số mong muốn, có giá trị bằng 0,05. Kết quả tính được n = 365 người.

Cách chọn đối tượng: Từ các huyện Kiến Xương, Vũ Thư, Đông Hưng, tiến hành chọn chủ đích 5 xã: xã Bình Nguyên thuộc huyện Kiến Xương; xã Trọng Quan, Phong Châu thuộc huyện Đông Hưng; xã Nguyên Xá, Minh Lãng thuộc huyện Vũ Thư

Tại mỗi xã được chọn, tiến hành chọn ngẫu nhiên mỗi xã từ 70-75 người cao tuổi để điều tra. Mỗi đối tượng được chọn sẽ được cộng tác viên y tế thôn gửi

giấy mời đến Trạm y tế xã để khám bệnh và phỏng vấn theo kế hoạch.

2.4. *Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu*

- Phỏng vấn trực tiếp NCT về một số thông tin theo mẫu phiếu cấu trúc đã được chuẩn bị trước. Cán bộ tham gia nghiên cứu được tập huấn thống nhất về cách hỏi, giải thích và ghi chép thông tin.

2.5. *Xử lý số liệu:* Sử dụng phần mềm SPSS 21.0. Tính các tỷ lệ %, tính OR, CI_{95%}, sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. *Đạo đức trong nghiên cứu:* Nghiên cứu không gây bất kỳ một ảnh hưởng gì đến sức khỏe của người cao tuổi. Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích lý do, đối tượng toàn quyền từ chối khi không muốn tham gia. Các thông tin của đối tượng được hoàn toàn giữ bí mật và kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm	SL (n=365)	%
Giới tính:		
Nam	160	43,8
Nữ	205	56,2
Nhóm tuổi:		
60-69	174	47,7
70-79	143	39,2
≥ 80	48	13,1
Tình trạng hôn nhân:		
Đang có vợ/chồng	273	74,8
Góa	62	17,0
Khác	30	8,2
Hiện tại sống cùng với:		
Con cháu	115	31,5
Vợ/chồng	155	42,5
Một mình	95	26,0
Công việc hiện tại:		
Nghỉ ngơi	260	71,2
Làm việc kiếm tiền	105	28,8
Có bảo hiểm y tế	247	67,8

Qua kết quả bảng 1 cho thấy: Trong tổng số 365 người cao tuổi **được điều tra**, có 43,8% là nam giới và 56,2% là nữ giới. Nhóm tuổi từ 60-69 tuổi chiếm 47,7%; từ 70-70 tuổi chiếm 39,2% và từ 80 tuổi trở lên là 13,1%.

Qua kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, có 26,0% người cao tuổi sống độc thân và có 28,8% người cao tuổi còn tham gia lao động để kiếm tiền. Tỷ lệ tham gia đóng bảo hiểm y tế chiếm 67,8%.

Bảng 2. Tỷ lệ người cao tuổi tự đánh giá về thực hành chăm sóc sức khỏe của bản thân.

Mức độ đánh giá	Nam (n=160)		Nữ (n=205)		Chung (n=365)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tốt	47	29,4	78	38,0*	125	34,2
Trung bình	78	48,7	89	43,4	167	45,8
Kém	35	21,9	38	18,5	73	20,0

*Chú thích: *: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05)*

Qua kết quả ở bảng 2 cho thấy, có 34,2% người cao tuổi tự đánh giá có thực hành chăm sóc sức khỏe tốt, nữ cao hơn nam giới (38,0 so với 29,%) với p<0,05. Có

65,8% người cao tuổi thực hành chăm sóc sức khỏe của bản thân ở mức chưa tốt.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sức khỏe ở mức chưa tốt của người cao tuổi

Yếu tố	Chăm sóc sức khỏe				OR CI _{95%}	p
	Chưa tốt		Tốt			
	SL	%	SL	%		
Giới:						
Nam	112	46,7	48	38,4	1,4 1,26-2,31	<0,05
Nữ	128	53,3	77	61,6		
Nhóm tuổi:						
>=70	123	51,2	68	54,4	1,13 1,17-2,14	<0,05
60-69	117	48,8	57	45,6		
Góa vợ/chồng, độc thân:						
Có	75	31,3	20	16,0	2,38 2,31-4,54	<0,05
Không	165	68,7	105	84,0		
TS mắc bệnh:						
Có	98	40,8	42	33,6	1,36 1,06-2,61	<0,05
Không	142	59,2	83	66,4		

Qua kết quả bảng 3 cho thấy, có một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sức khỏe ở mức chưa tốt của người cao tuổi đó là nam giới, tuổi già yếu (từ 70 trở lên), sống

độc thân và tiền sử bản thân có bệnh với OR>1 và CI_{95%} từ 1,13-4,54, p<0,05.



Bảng 4. Một số thói quen không có lợi cho sức khỏe của người cao tuổi

Thói quen	60-69 tuổi (n=174)		70-79 tuổi (n=143)		≥ 80 tuổi (n=48)		Chung (n=365)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Hút thuốc lá/lào:									
Có	67	38,5	35	24,5	8	16,6	110	30,2	<0,05
Không	107	61,5	108	75,5	40	83,4	255	69,8	
Uống bia rượu:									
Có	107	61,5	109	76,2	15	31,2	231	63,3	<0,05
Không	67	38,5	34	23,8	33	68,8	134	36,7	
Luyện tập thể dục:									
Có	81	46,6	28	19,6	6	12,5	115	31,6	<0,05
Không	93	53,4	115	80,4	42	87,5	250	68,4	

Qua kết quả bảng 4 cho biết về tỷ lệ một số thói quen có hại cho sức khỏe: 30,2% người cao tuổi có hút thuốc lá/lào; 63,3% có uống bia rượu và có 68,4% người cao tuổi không luyện tập thể dục. Các thói quen này có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi với $p < 0,05$.

Bảng 5. Một số thói quen về chăm sóc dinh dưỡng của người cao tuổi

Thói quen	60-69 tuổi (n=174)		70-79 tuổi (n=143)		≥ 80 tuổi (n=48)		Chung (n=365)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Ăn mặn:									
Có	142	81,6	107	74,8	25	52,1	274	75,0	>0,05
Không	32	18,4	36	25,2	23	47,9	91	24,9	
Ăn nhiều món ăn rán:									
Có	78	44,8	80	55,9	7	14,6	165	45,2	<0,05
Không	96	55,2	63	44,1	41	85,4	200	54,8	
Ăn hoa quả hàng ngày:									
Có	63	36,2	36	25,2	29	60,4	128	35,0	<0,05
Không	111	63,8	107	74,8	19	39,6	237	65,0	

Qua kết quả bảng 5 cho thấy, trong tổng số người cao tuổi được điều tra, có 75,0% số người có thói quen ăn mặn và có xu hướng giảm dần theo nhóm tuổi (81,6% so với 74,8% và 52,1%); 45,2% người cao tuổi thích ăn món rán và có tới 65,0% số người không ăn hoa quả hàng ngày. Các thói quen này cũng có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Theo các tài liệu gần đây của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), yếu tố hành vi, lối sống ảnh hưởng rất lớn tới

việc hình thành và phát triển các bệnh mạn tính nhất là ở người cao tuổi. Một phần ba các bệnh tật liên quan đến hành vi lối sống, các bệnh này chủ yếu là các bệnh mạn tính [7].

Theo nghiên cứu của Lê Vũ Anh và cộng sự tiến hành đánh giá ban đầu trên 958 NCT làm cơ sở cho việc xây dựng mô hình can thiệp nâng cao sức khỏe cho NCT thông qua sự tham gia tích cực tại Tiền Hải, Thái Bình năm 2010 cho kết quả là 34,7% NCT cho rằng sức khỏe kém, rất kém là 9,5%, tỷ lệ NCT cho rằng mình có sức

khỏe bình thường chiếm 47,5%, tỷ lệ NCT tự đánh giá có sức khỏe tốt chiếm 8,1% [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy có 34,2% người cao tuổi tự đánh giá có thực hành chăm sóc sức khỏe tốt, nữ cao hơn nam giới (38,0 so với 29,%) với $p < 0,05$. Có 65,8% người cao tuổi thực hành chăm sóc sức khỏe của bản thân ở mức chưa tốt. Có một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sức khỏe ở mức chưa tốt của người cao tuổi đó là nam giới, tuổi già yếu (từ 70 trở lên), sống độc thân và tiền sử bản thân có bệnh với $OR > 1$ và $CI_{95\%}$ từ 1,13-4,54, $p < 0,05$.

Mặc dù lợi ích của hoạt động thể lực thường xuyên đã có những bằng chứng rất rõ ràng, song đối với NCT có nhiều yếu tố cản trở nhận thức và thực hiện đúng theo chỉ dẫn. Năm 2001, K. M. Cooper và cộng sự tiến hành nghiên cứu những rào cản trong việc thực hiện các hoạt động thể lực ở người 60 – 80 tuổi cho thấy ở NCT đau, mệt mỏi, suy giảm chức năng của các giác quan là rất phổ biến và là yếu tố làm cản trở NCT tham gia các hoạt động thể lực [4]. Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho biết có 68,4% người cao tuổi không luyện tập thể dục, có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi với $p < 0,05$.

Các hành vi nguy cơ ảnh hưởng tới sức khỏe NCT ở tất cả các quốc gia trên thế giới được xác định là: Hút

thuốc lá; sử dụng rượu bia quá mức (lạm dụng rượu, bia), ít hoạt động thể lực, dinh dưỡng không hợp lý và thừa cân béo phì [7]. Kết quả của chúng tôi cũng cho biết tỷ lệ một số thói quen có hại cho sức khỏe: 30,2% người cao tuổi có hút thuốc lá/lào; 63,3% có uống bia rượu; có 75,0% số người có thói quen ăn; 45,2% người cao tuổi thích ăn món rán và có tới 65,0% số người không ăn hoa quả hàng ngày.

Những bằng chứng khoa học hiện nay cho thấy muốn có cuộc sống khỏe mạnh, con người cần phải biết sử dụng thực phẩm một cách hợp lý đồng thời phải tích cực hoạt động thể lực [6].

IV. KẾT LUẬN

Qua điều tra 365 người cao tuổi, kết quả cho thấy:

- Tỷ lệ người cao tuổi có thực hành chăm sóc sức khỏe chưa tốt là 65,8%. Tỷ lệ người cao tuổi có hút thuốc lá 30,2%, có uống rượu bia 63,3%, không tập thể dục 68,4%, thường xuyên ăn mặn 75,0% và không ăn hoa quả hàng ngày là 65,0%; có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi với $p < 0,05$.

- Người cao tuổi góa vợ hoặc chồng, già yếu, có bệnh tật có xu hướng thực hành chăm sóc sức khỏe chưa tốt (với $OR > 1$ và $CI_{95\%}$ từ 1,13-4,54, $p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Vũ Anh và các cộng sự (2010), Xây dựng mô hình nâng cao sức khỏe người cao tuổi thông qua sự tham gia tích cực trong một chương trình can thiệp y tế công cộng ở Tiền Hải, Thái Bình, Báo cáo toàn văn Hội nghị khoa học toàn quốc Hội Y tế Công cộng Việt Nam lần thứ VI, chủ biên, Nha Trang, Khánh Hòa, tr. 128-141.

2. Hội Y tế Công cộng Việt Nam (2010), Nâng cao sức khỏe người cao tuổi thông qua sự tham gia chủ động, tích cực vào các hoạt động của cộng đồng, <http://www.vpha.org.vn/index.php/Table/Suc-khoe-nguoi-cao-tuoi/>.

3. Nguyễn Thị Xuyên (2010), “Già hóa dân số và chính sách chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi Việt Nam”, Tạp chí Y học Thực hành. 5(715), tr. 56-58.

4. K. M. Cooper, et al. (2001), “Health barriers to walking for exercise in elderly primary care”, Geriatr Nurs. 22(5), pp. 258-62.

5. United Nations - Department of Economic and Social Affairs Office of the High Commissioner for Human Rights (2010), Current status of the Social situation, Wellbeing, Participation in Development and Rights of Older persons Worldwide, accessed 14/3/2011, from www.un.org/esa/socdev/ageing/.../current-status-older-persons.pdf. 129

6. WHO (2009), Global Health Risks, Mortality and burden of disease attributable to selected major risks, WHO Press, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.

7. WHO (2011), Global status report on noncommunicable diseases 2010, WHO press, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. 145

THỰC HÀNH CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ THÔN BẢN VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH ĐẠI TẠI HUYỆN THANH CHƯƠNG, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2017

Hoàng Thị Thương¹, Đặng Bích Thủy², Trần Thị Khuyên²

TÓM TẮT

Nhằm mục đích mô tả thực hành của nhân viên y tế thôn bản về phòng chống bệnh dại tại huyện Thanh Chương, tỉnh Nghệ An năm 2017, bằng phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang trên 223 nhân viên y tế thôn bản, kết quả thu được như sau:

Trong số 177/223 nhân viên y tế thôn bản đã từng gặp trường hợp người dân bị chó cắn, có 91,0% nhân viên đã tiến hành sơ cứu vết thương, 70,1% nhân viên đã tư vấn tiêm phòng bệnh dại cho người dân. Tỷ lệ xử trí ban đầu đúng (rửa vết thương bằng xà phòng, dầu gội, dầu tắm) chiếm 93,2% và có 67,7 % nhân viên y tế thôn bản đã sát khuẩn vết thương bằng cồn, rượu. Có 93,0% nhân viên y tế thôn bản đã hướng dẫn theo dõi cách ly, nhốt chó vào lồng riêng

Trong nghiên cứu này, chưa tìm thấy sự khác biệt giữa vùng miền và thâm niên công tác với việc xử trí ban đầu đúng khi gặp trường hợp người dân bị chó/mèo cắn.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, bệnh dại, nhân viên y tế thôn bản, Nghệ An

SUMMARY:

PRACTICE OF HAMLET HEALTH WORKER ON DISEASES RABIES IN THANH CHUONG DISTRICT, NGHE AN PROVINCE 2017

Aim to describe the practice of hamlet health worker on rabies prevention in Thanh Chuong district, Nghe An province in 2017, by the epidemiological method described by the cross-sectional survey of 223 hamlet health worker, the results were as follows:

Of the 177/223 hamlet health worker who have encountered cases of dog bites, 91.0% of staff conducted first aid, 70.1% of staff consulted rabies vaccination for people. The initial management rate is correct (wash the wound with soap, oil, bath oil) accounted for 93.2% and

67.7% of the hamlet health worker had wounds with alcohol and alcohol. 93.0% of hamlet health worker have been trained to monitor isolation, keeping dogs in cages.

In this study, no difference was found between the area and the seniority with the initial management when the patient was bitten by a dog.

Keywords: Knowledge, practice, rabies, hamlet health worker, Nghe An

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh dại là một bệnh viêm não-màng não cấp tính do vi rút dại, thuộc nhóm Lyssavirus, họ Rhabdoviridae gây ra. Bệnh từ động vật lây truyền sang người qua chất tiết và hầu hết là nước bọt của động vật có vi rút dại thông qua các vết cắn, cào, liếm.[7]

Theo báo cáo của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, năm 2016, cả nước đã ghi nhận 333.037 người bị chó cắn (giảm hơn 60 ngàn người so với năm 2015) phải đi điều trị dự phòng và đã có 64 người tử vong do bệnh dại (giảm 14 ca so với năm 2015). Các trường hợp tử vong xảy ra tại 23 tỉnh, thành phố.

Trong những năm gần đây Nghệ An liên tiếp xuất hiện các ổ dịch dại do chó cắn người hàng loạt và có nhiều trường hợp tử vong. Theo báo cáo Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Nghệ An, tính tới thời điểm nghiên cứu từ đầu năm 2017, tỉnh đã ghi nhận 4 trường hợp tử vong. Tất cả số người tử vong đều không tiêm vắc xin, huyết thanh phòng dại mà tự điều trị bằng thuốc lá, thuốc Nam...

Đội ngũ nhân viên y tế thôn bản (YTTB) là cánh tay đắc lực của trạm y tế xã, phường để thực hiện các hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho nhân dân trong đó có công tác phòng chống bệnh dại. Các nghiên cứu về thực trạng y tế thôn bản đã được triển khai tại một số tỉnh nhưng hầu hết là về nhu cầu đào tạo và nâng cao công tác truyền thông. Tuy nhiên thiếu những nghiên cứu sâu, cụ

1. Trung tâm TT-GDSK tỉnh Nghệ An

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 02/04/2018 | » Ngày phản biện: 09/04/2018 | » Ngày duyệt đăng: 14/04/2018

thể về vai trò và sự tham gia nhân viên YTTB trong công tác phòng chống bệnh dại.

Xuất phát từ tình hình trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Thực hành của nhân viên y tế thôn bản về phòng chống bệnh dại tại huyện Thanh Chương, tỉnh Nghệ An năm 2017”** với mục tiêu nghiên cứu như sau:

Mô tả thực hành của nhân viên y tế thôn bản về phòng chống bệnh dại tại huyện Thanh Chương, tỉnh Nghệ An năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Địa điểm nghiên cứu: 18 xã thuộc huyện Thanh Chương, tỉnh Nghệ An, bao gồm 9 xã vùng miền đồng bằng, 9 xã vùng miền núi.

- Đối tượng nghiên cứu: Nhân viên y tế thôn bản hiện đang sinh sống, làm việc tại địa bàn nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 8/2017 – 3/2018

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 nghiên cứu

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

Trong đó:

- n: cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

- $Z_{1-\alpha/2}$: độ tin cậy 95% ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$)

- P: tỷ lệ nhân viên YTTB có thực hành đúng trong công tác phòng chống bệnh dại ($p=0,5$ để có cỡ mẫu cần chọn lớn nhất).

- d: sai số tuyệt đối lựa chọn ($d=0,066$).

Thay các giá trị trên vào công thức tính ta có $n = 220$, thực tế điều tra được 223 nhân viên y tế thôn bản.

b/ Phương pháp chọn mẫu

Huyện Thanh Chương gồm có 1 thị trấn và 39 xã với tổng số 40 trạm y tế và 503 nhân viên YTTB. Trung bình mỗi xã có 12-13 nhân viên YTTB. Lập danh sách các xã thuộc khu vực miền xuôi và các xã thuộc khu vực miền ngược. Tiến hành chọn ngẫu nhiên 9 xã thuộc khu vực miền xuôi và 9 xã thuộc khu vực miền ngược, tại mỗi xã điều tra toàn bộ nhân viên y tế thôn bản hiện đang làm việc tại 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 đã được chuẩn bị trước. Điều tra viên đều được tập huấn thống nhất một phương pháp hỏi ghi.

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 và nhập vào máy vi tính bằng phần mềm EPI-DATA, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 22.0 để phân tích 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

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi của đối tượng theo giới tính

Nhóm tuổi	Nam (n = 118)		Nữ (n = 105)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
20 - 39 tuổi	31	26,3	64	61,0
40- 60 tuổi	79	66,9	37	35,2
Trên 60 tuổi	8	6,8	4	3,8

Qua kết quả ở bảng trên cho thấy: Tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản ở nam giới tập trung ở độ tuổi 40-60 tuổi chiếm 66,9%, ở

nữ giới tập trung ở độ tuổi 20-39 tuổi chiếm 61,0%. Trên 60 tuổi đối tượng nam chiếm 6,8% và đối tượng nữ chiếm 3,8%

Bảng 3.2. Xử trí của nhân viên YTTB khi gặp trường hợp người dân bị chó/mèo cắn (n=177)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sơ cứu vết thương	161	91,0
Tư vấn tiêm phòng dại	124	70,1
Không làm gì	5	2,8

Qua kết quả bảng trên cho thấy: Trong số 177 nhân viên YTTB đã từng gặp trường hợp người dân bị chó cắn có 91,0% nhân viên YTTB tiến hành sơ cứu vết thương cho người dân và chỉ có 70,1% số nhân

viên YTTB là tư vấn tiêm phòng bệnh dại. Những trường hợp không làm gì do nhân viên YTTB nghĩ là chó nhà cắn ko ảnh hưởng hoặc do vết thương nhẹ không chảy máu.

Bảng 3.3. Thực hành của nhân viên YTTB về việc sơ cứu vết thương cho người dân khi bị chó/mèo cắn (n=177)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rửa vết thương bằng xà phòng, dầu gội, dầu tắm	150	93,2
Sát khuẩn bằng cồn rượu	109	67,7
Rạch rộng vết thương	38	23,6
Nặn máu	52	32,3
Băng bó vết thương	81	50,3

Qua kết quả bảng trên cho thấy: Hầu hết các nhân viên YTTB đều biết cách sơ cứu vết thương đúng với việc rửa vết thương bằng xà phòng, dầu gội, dầu tắm với tỷ lệ 93,2%; sát khuẩn vết thương bằng

cồn rượu với 67,7%. Tuy nhiên tỷ lệ nhân viên YTTB sơ cứu chưa đúng vẫn còn cao: băng bó vết thương chiếm 50,3%; rạch rộng vết thương với 23,6%, nặn máu với 32,3%.

Bảng 3.4. Nội dung hướng dẫn người nhà bệnh nhân của nhân viên y tế thôn bản về cách theo dõi chó/mèo cắn người (n=177)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cách ly	Có, nhốt vào lồng riêng	160	93,0
	Không, thả rông bình thường	3	1,7
Theo dõi	Trên 10 ngày	136	79,1
	Dưới 10 ngày	21	12,2

Qua kết quả bảng trên cho thấy: Tỷ lệ nhân viên YTTB hướng dẫn đúng về cách theo dõi chó/mèo chiếm tỷ lệ cao: cách ly động vật cắn người, nhốt vào lồng riêng với 93,0% và theo dõi trên 10

ngày với 79,1%. Vẫn còn một số ít nhân viên YTTB không biết cách theo dõi chó/mèo cắn người đúng cách: thả rông bình thường 1,7%; theo dõi dưới 10 ngày 12,2%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ nhân viên YTTB xử trí ban đầu đúng khi gặp người dân bị chó/mèo cắn theo vùng

Thông tin	n	Miền đồng bằng (n=80)		Miền núi (n=97)		So sánh
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Sơ cứu vết thương	161	72	44,7	89	55,3	p>0,05
Tư vấn tiêm phòng dại	124	48	38,7	76	61,3	p>0,05
Rửa vết thương bằng xà phòng, dầu gội, dầu tắm	150	64	42,7	86	57,3	p>0,05

Qua kết quả bảng trên cho thấy: Về việc xử trí ban đầu khi gặp trường hợp bị chó/mèo cắn thì nhân viên YTTB ở miền đồng bằng và miền núi không có nhiều sự chênh lệch với việc sơ cứu vết thương ở miền đồng bằng là 44,7%; miền núi là 55,3%; tư vấn tiêm phòng dại

ở miền đồng bằng là 38,7%, miền núi là 61,3%; rửa vết thương bằng xà phòng, dầu gội, dầu tắm ở miền đồng bằng là 42,7% và miền ngược là 57,3%. Không có mối liên quan giữa vùng miền với việc xử trí vết thương của người dân bị chó/mèo cắn.

Bảng 3.6. Tỷ lệ nhân viên YTTB xử trí ban đầu đúng khi gặp người dân bị chó/mèo cắn theo thâm niên nghề nghiệp

Thông tin	n	<=10 năm (n= 103)		> 10 năm (n= 120)		So sánh
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Sơ cứu vết thương	161	73	45,3	88	54,7	p>0,05
Tư vấn tiêm phòng dại	124	54	43,5	70	56,5	p>0,05
Rửa vết thương bằng xà phòng, dầu gội, dầu tắm	150	68	45,3	82	54,7	p>0,05

Qua kết quả bảng trên cho thấy: Tỷ lệ nhân viên YTTB có thâm niên công tác dưới 10 năm tiến hành sơ cứu vết thương chiếm 54,3% và tư vấn tiêm phòng dại chiếm 43,5%, rửa vết thương bằng xà phòng, dầu gội, dầu tắm chiếm 45,3%; nhân viên YTTB công tác trên 10 năm sơ cứu vết thương chiếm 54,7% và tư vấn tiêm phòng dại chiếm 54,5%, rửa vết thương bằng xà phòng, dầu gội, dầu tắm chiếm 54,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này kết quả cho thấy: Hầu hết nhân viên YTTB hiểu biết đúng về đường lây truyền bệnh dại chiếm 93,3% qua vết cắn của động vật bị dại. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Naveen Kumar Singh chiếm 90,38% [6].

Trong số 177 nhân viên YTTB đã từng gặp trường hợp người dân bị chó/mèo cắn có 91,0% nhân viên YTTB tiến hành sơ cứu vết thương cho người dân và chỉ có 70,1%

nhân viên YTTB là tư vấn tiêm phòng bệnh dại. Khi bị chó mèo cắn cắn thì ngay lập tức phải xử trí sơ cứu ban đầu theo hướng dẫn của Bộ Y tế là: “Xối rửa kỹ tất cả các vết cắn/cào trong 15 phút với nước và xà phòng, hoặc nước sạch, sau đó sát khuẩn bằng cồn 45-70 độ hoặc cồn i-ốt để làm giảm thiểu lượng vi rút dại tại vết cắn. Có thể sử dụng các chất khử trùng thông thường như rượu, cồn, xà phòng các loại, dầu gội, dầu tắm để rửa vết thương ngay sau khi bị cắn”. Kết quả tại bảng 3.3 cho thấy có 93,2% nhân viên YTTB thực hiện xử trí ban đầu đúng là rửa vết thương bằng xà phòng, dầu gội, dầu tắm, có 67,7% nhân viên YTTB đã sát khuẩn bằng cồn, rượu. Tỷ lệ đối tượng xử trí đúng trong nghiên cứu của Bùi Văn Ủy là 60,4%[5], trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thủy là 68,1%[4], trong nghiên cứu của Trần Thị Anh là 70,3%[1]. Kết quả của các nghiên cứu có sự khác biệt là do đối tượng của các nghiên cứu khác thực hiện điều tra người dân, trong nghiên cứu này là trên đối tượng nhân viên YTTB.



Trong số những nhân viên YTTB đã từng gặp trường hợp người dân bị chó/mèo cắn thì có 172 người hướng dẫn theo dõi động vật cắn người. Kết quả NC tại Bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ nhân viên YTTB hướng dẫn theo dõi cách ly nhốt chó vào lồng riêng khá cao 93% tuy nhiên thời gian theo dõi trên 10 ngày chỉ có 70,1%. Thời gian theo dõi do Bộ Y tế hướng dẫn dựa trên cơ sở là thời gian có khả năng lây truyền bệnh dại từ ĐV sang người trước khi con vật có biểu hiện bệnh, cụ thể trong phụ lục hướng dẫn tại Quyết định số 1622/QĐ-BYT về “Hướng dẫn giám sát, phòng chống bệnh dại trên người”[2] thì thời gian cần theo dõi là trong vòng 10 ngày. Để có một mốc thời gian cụ thể cho đối tượng phân biệt nghiên cứu này sử dụng mốc dưới 10 ngày và trên 10 ngày để khảo sát kiến thức thực hành này của đối tượng. Hiện tại vẫn thiếu những nghiên cứu cụ thể về vai trò của nhân viên YTTB trong phòng chống bệnh dại nên không có nhiều cơ sở để so sánh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cũng cho thấy: Tỷ lệ nhân viên YTTB có thâm niên công tác dưới 10 năm tiến hành sơ cứu vết thương chiếm 54,3% và tư vấn tiêm phòng dại chiếm 43,5%, rửa vết thương bằng xà

phòng, dầu gội, dầu tắm chiếm 45,3%; nhân viên YTTB công tác trên 10 năm sơ cứu vết thương chiếm 54,7% và tư vấn tiêm phòng dại chiếm 54,5%, rửa vết thương bằng xà phòng, dầu gội, dầu tắm chiếm 54,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 223 nhân viên y tế thôn bản về thực hành phòng chống bệnh dại kết quả cho thấy:

- Trong số 177/223 nhân viên y tế thôn bản đã từng gặp trường hợp người dân bị chó cắn, có 91,0% nhân viên đã tiến hành sơ cứu vết thương, 70,1% nhân viên đã tư vấn tiêm phòng bệnh dại cho người dân. Tỷ lệ xử trí ban đầu đúng (rửa vết thương bằng xà phòng, dầu gội, dầu tắm) chiếm 93,2% và có 67,7 % nhân viên y tế thôn bản đã sát khuẩn vết thương bằng cồn, rượu.

- Có 93,0% nhân viên y tế thôn bản đã hướng dẫn theo dõi cách ly, nhốt chó vào lồng riêng.

- Chưa tìm thấy sự khác biệt giữa vùng miền và thâm niên công tác với việc xử trí ban đầu đúng khi gặp trường hợp người dân bị chó/mèo cắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Anh (2013), Kiến thức, thái độ, thực hành phòng, chống bệnh dại của những đối tượng đến tiêm chủng Vaccin phòng dại tại Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2013, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. Bộ Y tế (2014), Quyết định số 1622/QĐ-BYT về Hướng dẫn giám sát, Phòng chống bệnh dại trên người, Hà Nội.
3. Cục Thú y - Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn (2016), Báo cáo chuyên đề Công tác thú y năm 2016 và kế hoạch công tác thú y năm 2017, Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Thanh Thủy (2010), Thực trạng công tác phòng chống bệnh dại và kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh dại của cán bộ y tế, cán bộ thú y và người dân tại Phú Thọ năm 2009 – 2010, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng.
5. Bùi Văn Ủy (2015), Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng, chống bệnh dại của người dân nuôi chó và một số yếu tố liên quan tại hai xã Sơn Đông và Từ Du, huyện Lập Thạch, Vĩnh phúc năm 2015, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Trường Đại học Y tế Công cộng, Vĩnh Phúc.
6. Naveen Kumar Singh and partner (2013), Clinical knowledge and attitudes of clinicians toward rabies caused by animal bites, Vol. 2, 9685-9690.
7. James E. Childs và Leslie A. Real (2007), “4 - Epidemiology A2 - Jackson, Alan C”, trong William H. Wunner, Rabies (Second Edition), Academic Press, Oxford, tr. 123-199.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA BÀ MẸ VỀ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ TRẺ EM TẠI BA XÃ HUYỆN TIỀN HẢI TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

Trần Duy Huân¹, Ngô Thị Nhu², Bùi Minh Tiến², Đặng Thị Ngọc Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá kiến thức, thực hành của bà mẹ về dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em (CSSKBMTE) tại ba xã huyện Tiền Hải năm 2017. Kết quả nghiên cứu cho thấy 90% các bà mẹ có kiến thức đúng về các loại vắc xin trong chương trình tiêm chủng mở rộng. Trong các loại vắc xin cần thiết phải tiêm khi mang thai uốn ván chiếm tỷ lệ cao nhất (97%). Các dấu hiệu bất thường khi mang thai cần đến ngay cơ sở y tế mà bà mẹ biết là đau bụng ra máu (>90%); mất dấu hiệu thai nghén và phù đột ngột (>70%). Về kiến thức chăm sóc trẻ sơ sinh của các bà mẹ khá tốt: có trên 90% số bà mẹ nêu được phải lau khô, ủ ấm, chăm sóc rốn trẻ và tiêm phòng ngay cho trẻ; 64% cho rằng cần khám trước khi ra về.

Tất cả các bà mẹ đều đi khám thai và tỷ lệ bà mẹ đi tiêm phòng uốn ván là 98,9%. Hầu hết các bà mẹ đều tiêm phòng cho con trong 24 giờ đầu (99,1%) và cho con bú ngay trong 24 giờ đầu là 92,1%. Bà mẹ có theo dõi cân nặng của trẻ trong lần sinh gần đây nhất chiếm 98,0%.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, bà mẹ trẻ em, Tiền Hải

SUMMARY:

KNOWLEDGE, PRACTICE OF MOTHERS ABOUT MATERNAL AND CHILD CARE SERVICES IN THREE COMMUNES IN TIEN HAI DISTRICT, THAI BINH PROVINCE IN 2017

The descriptive, cross-sectional study was implemented to assess the knowledge and practice of mothers about maternal and child care services in three communes in Tien Hai District in 2017. The results showed that the majority of mothers knew the list of vaccines used in Expanded Program on Immunization (EPI) and selected Tetanus vaccine which is the most popular vaccines specifically recommended during pregnancy (90% and 97% respectively). The signs of complications

and emergencies during pregnancy chosen by mothers were abdominal pain, vaginal bleeding (above 90%) and loss of pregnancy symptoms or swelling suddenly (over 70%). Regarding take care of newborn babies, over 90% of participants knew keeping the baby clean and warm, caring for the umbilical cord and immunizing immediately; 64% of them believed that medical examination before they went home was necessary.

All of mothers visited the health center during their pregnancies and 98.9% of them having immunized for tetanus. The majority of newborn babies were vaccinated and breastfed immediately in the first 24 hours (99.1% and 92.1% respectively). 98% of mothers kept track of children's weight in their recently births.

Keywords: Knowledge, Practice, mother and child, Tien Hai.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trước, trong và sau khi sinh là giải pháp đơn giản, hiệu quả với chi phí thấp làm giảm tai biến sản khoa, giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh. Để đạt hiệu quả trong việc chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em nói chung cũng như sức khỏe sinh sản nói riêng của bà mẹ, việc hiểu được nội dung hoạt động của việc chăm sóc sức khỏe sinh sản sẽ giúp các bà mẹ có nhận thức và hành vi đúng đắn khi CSSK bà mẹ - trẻ em.

Tuy nhiên có tới 44,3% bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại An Giang không theo dõi cân nặng của mình trong quá trình mang thai; 13,9% không khám thai trong suốt thai kỳ. Số bà mẹ được tiêm vắc xin phòng uốn ván chiếm tỷ lệ 95,9% và 59,7% bà mẹ đã uống viên sắt bổ sung trong chế độ ăn uống [2]. Điểm kiến thức trung bình của phụ nữ tại 5 tỉnh Tây Nguyên về dấu hiệu nguy hiểm đối với phụ nữ mang thai là rất thấp chỉ đạt 20 điểm, cao nhất là ở Đắk Lắk là 24,9 điểm, thấp nhất là ở Kon Tum là 15,2

1. TTYT huyện Tiền Hải

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

điểm. Đối với phụ nữ sau sinh là 18,1 điểm [5]. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức và thực hành cho trẻ bú trong vòng 1 giờ đầu sau khi sinh là 83,0% và 57,6%. Có 19% bà mẹ vắt bỏ sữa non trước khi cho trẻ bú lần đầu. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức và thực hành đúng về trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu là 80,8% và 12,2%. Có 19,4% trẻ được ăn bổ sung sau 6 tháng tuổi và 80% trẻ ăn bổ sung sớm trước 6 tháng [8].

Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: **“Đánh giá kiến thức, thực hành của bà mẹ có con dưới 2 tuổi về dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ - trẻ em tại ba xã huyện Tiền Hải năm 2017.”**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Địa điểm nghiên cứu: Huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình

- Đối tượng nghiên cứu: Bà mẹ có con dưới 2 tuổi đang sinh sống và làm việc tại các xã nghiên cứu tính từ thời điểm điều tra.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 10/2016-5/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu dịch tễ học dựa trên cuộc điều tra cắt ngang.

2.2.2. Kỹ thuật chọn mẫu và cỡ mẫu

* Chọn mẫu:

- Chọn xã: Chúng tôi chọn chủ định 3 xã thuộc 3 khu vực đại diện cho 3 vùng của huyện.

- Chọn đối tượng nghiên cứu là bà mẹ có con dưới 2 tuổi: Chúng tôi tiến hành lập danh sách các bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại 3 xã nghiên cứu, với danh sách được lập chúng tôi có là 457 đối tượng có thể tham gia điều tra, do đó chúng tôi tiến hành điều tra toàn bộ các bà mẹ đã được lập danh sách.

* Cỡ mẫu: Chọn 3 xã đại diện cho 3 khu Đông, Nam và Tây Tiền Hải.

Cỡ mẫu cho điều tra bà mẹ được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu nghiên cứu

p là tỉ lệ người dân có kiến thức đúng về CSSK bà mẹ - trẻ em, chúng tôi chọn p=0,5 để có cỡ mẫu lớn nhất

q = 1 - p

α : ngưỡng xác suất thống kê chọn bằng 0,05 nên Z = 1,96

d: độ sai số mong muốn, chúng tôi chọn là 0,046

Qua tính toán cỡ mẫu của chúng tôi n= 454 và trên thực tế chúng tôi điều tra được 457 bà mẹ.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phòng vấn kiến thức, thực hành của bà mẹ bằng bảng câu hỏi đã chuẩn bị trước.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý trên phần mềm Epi info 6.04, SPSS 16.0 và phương pháp thống kê trong y học. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

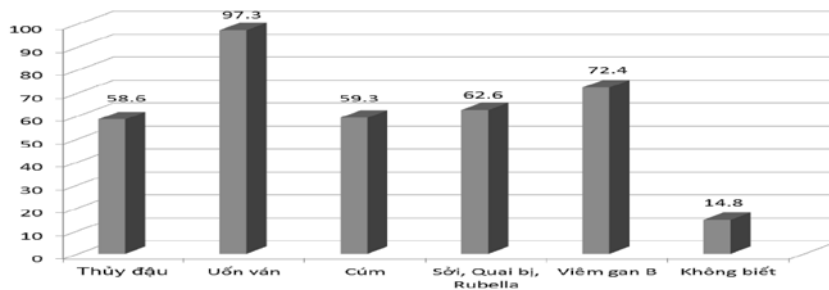
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kiến thức đúng của bà mẹ về vắc xin trong chương trình TCMR

Kiến thức vắc xin	Số lượng (n = 457)	Tỷ lệ(%)
Phòng lao	447	97,8
Viêm gan B	453	99,1
Quinvaxem	438	95,8
Bại liệt	432	94,5
Sởi	431	94,3
Viêm não Nhật Bản	427	93,4
Uốn ván	424	92,7

Kết quả bảng 1 cho thấy kiến thức của các bà mẹ về các loại vắc xin trong chương trình TCMR chiếm tỷ lệ cao trên 90%.

Biểu đồ 1. Kiến thức đúng của bà mẹ tiêm vắc xin khi mang thai



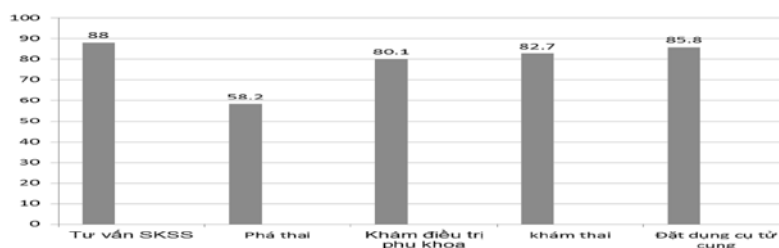
Biểu đồ 1 trình bày kiến thức đúng của bà mẹ về các loại vắc xin cần thiết phải tiêm khi mang thai: cao nhất là uốn ván (97%); viêm gan B (72,4%); Sởi - Quai bị - Rubella, Thủy đậu và Cúm (58,6% - 62,6%). Còn trên 14,8% số bà mẹ không biết, không trả lời câu hỏi.

Bảng 2. Kiến thức đúng của bà mẹ về tác dụng của tiêm vắc xin khi mang thai

Tác dụng của vắc xin	Số lượng (n = 457)	Tỷ lệ (%)
Đề mẹ khỏe mạnh	278	60,8
Tránh dị tật cho con	332	72,6
Phòng biến chứng trong và sau sinh	438	95,8
Tránh lây bệnh sang cho con	312	68,2

Khi được hỏi về tác dụng của tiêm vắc xin khi mang thai: 95,8% số bà mẹ trả lời là phòng biến chứng trong và sau sinh; 72,6% cho là tránh dị tật khi sinh; 68,2% cho rằng vắc xin có tác dụng tránh lây bệnh sang cho con.

Biểu đồ 2. Kiến thức đúng của bà mẹ về những hoạt động trong chăm sóc sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình (n=457)



Khi được hỏi về những nội dung và hoạt động trong chăm sóc sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình, số bà mẹ trả lời biết các nội dung đúng chiếm tỷ lệ cao nhất là tư vấn sức khỏe (88,0%) và thấp nhất là phá thai (58,2%).

Bảng 3. Kiến thức của bà mẹ về những dấu hiệu bất thường khi mang thai cần đến ngay cơ sở y tế

Kiến thức	Số lượng (n = 457)	Tỷ lệ (%)
Ra máu âm đạo	447	97,8
Chất dịch hôi ngứa	304	66,5
Phù đột ngột	376	82,3
Đau bụng ra máu	423	92,6
Mất dấu hiệu thai nghén	351	76,8



Bảng 3 trình bày về kiến thức của các bà mẹ về những dấu hiệu bất thường khi mang thai phải đến cơ sở y tế: trên 90% cho là khi đau bụng ra máu; trên 70% trả lời là mất dấu hiệu thai nghén và phù đột ngột.

Bảng 4. Kiến thức của bà mẹ về cách chăm sóc trẻ sơ sinh

Cách chăm sóc	Số lượng (n = 457)	Tỷ lệ (%)
Lau khô, ủ ấm	442	96,7
Hồi sức	239	52,3
Hút nhót	371	81,2
Chăm sóc rốn sau sinh	416	91,0
Tiêm phòng	431	94,3
Khám trước khi ra về	294	64,3

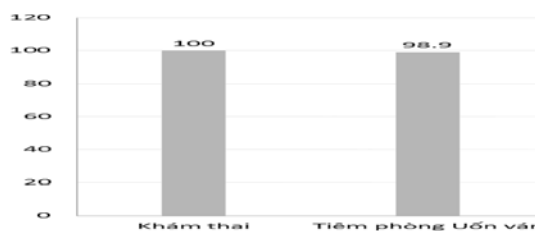
Kiến thức của các bà mẹ về chăm sóc trẻ sơ sinh có trên 90% số bà mẹ nêu được phải lau khô, ủ ấm, chăm sóc rốn trẻ và tiêm phòng ngay cho trẻ; 64% cho rằng cần khám trước khi ra về.

Bảng 5. Kiến thức của bà mẹ về nội dung cần tư vấn sau sinh

Nội dung cần tư vấn	Số lượng (n = 457)	Tỷ lệ (%)
Cho bú sớm, đúng cách, hoàn toàn trong 6 tháng đầu	450	98,5
Giữ ấm, vệ sinh rốn trẻ	427	93,4
Dinh dưỡng cho bà mẹ thời kỳ cho bú	398	87,1
Biến chứng sau sinh	399	87,3
Dấu hiệu bất thường cần khám và điều trị	385	84,2
Hướng dẫn lịch tiêm chủng	399	87,3
Tư vấn KHHGD	302	66,1

Bảng 5 trình bày kiến thức của các bà mẹ cần tư vấn sau sinh: 98,5% cho rằng cần cho bú sớm, đúng cách, hoàn toàn trong 6 tháng đầu; 93,4% giữ ấm, chăm sóc vệ sinh rốn trẻ; dinh dưỡng cho bà mẹ thời kỳ cho bú và hướng dẫn lịch tiêm chủng là 87%.

Biểu đồ 3. Tỷ lệ đối tượng đi khám thai và tiêm phòng uốn ván trong lần sinh gần nhất (n=457)



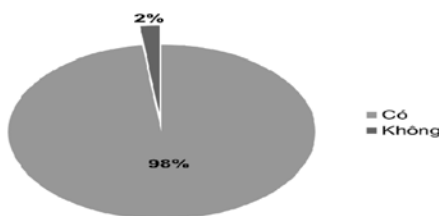
Biểu đồ 3 cho thấy trong lần sinh gần nhất 100% bà mẹ đều đi khám thai và tỷ lệ bà mẹ đi tiêm phòng uốn ván là 98,9%.

Bảng 6. Tỷ lệ đối tượng cho con tiêm phòng và cho con bú trong 24 giờ đầu trong lần sinh gần nhất (n=457)

Thông tin	Số lượng (n = 457)	Tỷ lệ (%)
Có tiêm phòng	453	99,1
Cho con bú	421	92,1

Hầu hết các bà mẹ đều tiêm phòng cho con trong 24 giờ đầu (99,1%) và cho con bú ngay trong 24 giờ đầu là 92,1%

Biểu đồ 7. Tỷ lệ đối tượng có theo dõi cân nặng cho trẻ trong lần sinh gần nhất (n=457)



Kết quả biểu đồ 4 cho thấy hầu hết các bà mẹ có theo dõi cân nặng của trẻ trong lần sinh gần đây nhất chiếm 98,0%.

IV. BÀN LUẬN

Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trước, trong và sau khi sinh là giải pháp đơn giản, hiệu quả với chi phí thấp làm giảm tai biến sản khoa, giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh. Nghiên cứu kiến thức của bà mẹ về các loại vaccine cần thiết phải tiêm khi mang thai cho thấy cao nhất là uốn ván (97%). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Dương Thị Quỳnh Châu [1]: 94,5% phụ nữ cho rằng cần tiêm phòng uốn ván; 91,0% biết mức độ nguy hiểm của bệnh uốn ván sơ sinh. Là vaccine duy nhất được tổ chức tiêm tại trạm y tế xã cho phụ nữ có thai nên tỷ lệ bà mẹ hiểu biết đúng về vaccine uốn ván cao nhất là phù hợp thực tế. Tuy nhiên còn 14,8% số bà mẹ không biết, không trả lời câu hỏi. Đây là điều mà cán bộ y tế cần quan tâm và tăng cường lồng ghép vào các hoạt động truyền thông về CSSKBMTE nhằm nâng cao nhận thức cũng như hành vi của phụ nữ trong việc chủ động tiêm chủng đầy đủ khi mang thai.

Thai nghén là giai đoạn có thể dẫn tới những ảnh hưởng tới sức khỏe như bệnh tật, các biến chứng lâu dài, thậm chí tử vong. Hiểu biết đúng các dấu hiệu nguy hiểm sẽ giúp bà mẹ chủ động phát hiện và tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ kịp thời đặc biệt là ở các vùng nông thôn. Kết quả nghiên cứu về những dấu hiệu khi mang thai phải đến ngay cơ sở y tế cho thấy trên 97,8% cho là khi đau bụng ra máu; 82,3% phù đột ngột và 76,8% trả lời là mất dấu hiệu thai nghén (Bảng 3). Còn nhiều bà mẹ chưa có kiến thức

nhận biết những dấu hiệu của nhiễm độc thai nghén như phù, đau đầu, nhìn mờ, co giật, mặc dù đây là một bệnh lý rất nguy hiểm liên quan đến thai nghén. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Thu Hà tại tỉnh Điện Biên [4], điều này có thể giải thích là do đối tượng nghiên cứu của tác giả chủ yếu là phụ nữ thuộc các nhóm dân tộc thiểu số, điều kiện kinh tế còn khó khăn, và một phần do phong tục nên có sự hạn chế về kiến thức khi mang thai nghén. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Huy và cộng sự [6]. Như vậy ngày nhận thức của các bà mẹ về các dấu hiệu bất thường càng cao hơn.

Chăm sóc sau sinh là một trong những giải pháp quan trọng để phát hiện, xử trí sớm các tai biến góp phần giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh. Khi nghiên cứu về kiến thức của các bà mẹ về chăm sóc trẻ sơ sinh thì có trên 90% số bà mẹ biết phải lau khô, ủ ấm, chăm sóc rốn trẻ và tiêm phòng ngay cho trẻ; 64% cho rằng cần khám trước khi ra về. Bên cạnh đó khi được hỏi về vấn đề cần tư vấn sau sinh cho thấy 93,4% cần tư vấn giữ ấm, chăm sóc vệ sinh rốn trẻ; dinh dưỡng cho bà mẹ thời kỳ cho bú và hướng dẫn lịch tiêm chủng là 87%. Điều này sẽ giúp các bà mẹ chăm sóc trẻ tốt hơn giảm một phần tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh.

Nuôi con bằng sữa mẹ, nhất là cho bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu là phương pháp tốt nhất đối với trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh, có ảnh hưởng quan trọng đến tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em [9]. Kết quả nghiên cứu cho thấy 92,1% bà mẹ cho trẻ bú ngay trong vòng 24 giờ đầu. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Tâm và cộng sự tại huyện Phú Tân, tỉnh An Giang cho



thấy tỷ lệ các bà mẹ cho trẻ bú sớm sau sinh trong 1 vòng giờ đầu là 75,7% [7].

Thời kỳ trẻ bắt đầu ăn bổ sung là thời kỳ trẻ có nguy cơ cao bị suy dinh dưỡng. Do đó việc theo dõi cân nặng của trẻ rất quan trọng giúp các bà mẹ có thể theo dõi sự phát triển của con mình. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Đinh Đạo về tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại vùng dân tộc thiểu số thuộc huyện Bắc Trà My cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân là 36,5% trong đó 28,3% là độ I; 6,8% là độ II; 1,4% là độ III. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi là 62,8% trong đó 43,0% độ I; 19,8% là độ II. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể gầy còm là 8,4% [3]. Kết quả biểu đồ 4 cho thấy hầu hết các bà mẹ có theo dõi cân nặng của trẻ trong lần sinh gần đây nhất chiếm 98,0%.

V. KẾT LUẬN

- Hầu hết (90%) các bà mẹ có kiến thức đúng về các loại vắc xin trong chương trình tiêm chủng mở rộng.

- Kiến thức đúng của bà mẹ về các loại vắc xin cần thiết phải tiêm khi mang thai: cao nhất là Uốn ván (97%); Viêm gan B (69,4% - 76,4%); Sởi - Quai bị - Rubella (56,2% - 76,4%).

- 90% bà mẹ cho là khi đau bụng ra máu khi mang thai phải đến cơ sở y tế; trên 70% trả lời là mất dấu hiệu thai nghén và phù đột ngột.

- Về kiến thức chăm sóc trẻ sơ sinh của các bà mẹ khá tốt: có trên 90% số bà mẹ nêu được phải lau khô, ủ ấm, chăm sóc rốn trẻ và tiêm phòng ngay cho trẻ; 64% cho rằng cần khám trước khi ra về.

- 100% bà mẹ đều đi khám thai và tỷ lệ bà mẹ đi tiêm phòng uốn ván là 98,9%.

- Hầu hết các bà mẹ đều tiêm phòng cho con trong 24 giờ đầu (99,1%) và cho con bú ngay trong 24 giờ đầu là 92,1%. Số bà mẹ có theo dõi cân nặng của trẻ trong lần sinh gần đây nhất chiếm 98,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Thị Quỳnh Châu (2014), *Thực trạng hoạt động của cán bộ y tế và kiến thức thực hành phòng bệnh uốn ván sơ sinh của phụ nữ có thai tại 4 xã huyện Điện Biên*, Luận án Bác sỹ Chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
2. Nguyễn Văn Chinh, Nguyễn Văn Lành (2016), “Kiến thức và thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã Bình Hòa, huyện Châu Thành, tỉnh An Giang, năm 2013”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, số 1 (174), tr.117
3. Đinh Đạo (2014), *Nghiên cứu thực trạng và kết quả can thiệp phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi người dân tộc thiểu số tại huyện Bắc Trà My tỉnh Quảng Nam*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. Ngô Thị Thu Hà (2013), *Kiến thức và thực hành về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em của phụ nữ từ 15-19 tuổi đang nuôi con dưới 3 tuổi tại tỉnh Điện Biên năm 2012*, Luận văn thạc sỹ Y tế Công tế Công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
5. Nguyễn Minh Hưng, Trịnh Thanh Hùng, Nguyễn Văn Ba và cộng sự (2016), “Thực trạng trang thiết bị của trạm y tế xã và kiến thức về chăm sóc sức khỏe bà mẹ-trẻ em tại các tỉnh khu vực Tây Nguyên năm 2014-2015”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, số 31, tr.40-43.
6. Nguyễn Văn Huy, Nguyễn Hoàng Long, Nguyễn Văn Tiến (2016), “Nhu cầu chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại trạm y tế xã ở một số tỉnh Việt Nam năm 2014”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, số 4(177), tr.161.
7. Nguyễn Thị Tâm, Văn Hiến Tài (2015), “Nghiên cứu tình hình nuôi con bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu của các bà mẹ có con từ 6-24 tháng tuổi và một số yếu tố liên quan tại huyện Phú Tân, tỉnh An Giang năm 2012”, *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014*, tr.5-13.
8. Nguyễn Anh Vũ, Lê Thị Hương, Phạm Thị Thúy Hòa và cộng sự (2013), “Kiến thức và thực hành nuôi dưỡng, chăm sóc trẻ của bà mẹ và tình trạng dinh dưỡng của trẻ em từ 12 - 24 tháng tuổi tại huyện Tiên Lữ năm 2011”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, số 82 (2), tr.148-154.
9. Oddy WH (2017), “Breastfeeding, Childhood Asthma, and Allergic Disease”, *Ann Nutr Metab*, vol 70, pp.26-36.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ VÔ KHUẨN TRONG KHI TIÊM TẠI TRẠM Y TẾ XÃ/PHƯỜNG THÀNH PHỐ PHỦ LÝ TỈNH HÀ NAM NĂM 2016

Ngô Thị Nhu¹, Đặng Thị Ngọc Anh¹, Chu Thị Hồng Huệ²

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 163 nhân viên y tế (NVYT) với mục tiêu: Đánh giá kiến thức và thực hành về tiêm an toàn của nhân viên y tế tại 21 trạm y tế xã/phường thành phố Phủ Lý, tỉnh Hà Nam.

Kết quả nghiên cứu cho biết tỷ lệ NVYT dùng BKT vô khuẩn cao (>90%), tuy nhiên tỷ lệ biết việc mang găng sạch khi tiêm mới đạt 53,4%, chỉ có 20,5% nhân viên y tế cho rằng cần sử dụng khẩu trang trong khi tiêm hoặc khi tiếp xúc với máu/dịch tiết.

Đối với thực hành, tỷ lệ NVYT mang găng là 88,2%; 64,6% rửa tay/sát khuẩn tay nhanh trước khi trước khi chuẩn bị thuốc. Vẫn còn 27,8% không dùng xe tiêm/khay tiêm mà cầm BKT có thuốc sang buồng bệnh để tiêm cho người bệnh, không có bất kỳ điều dưỡng viên nào thực hành đủ 15 tiêu chuẩn tiêm an toàn, 61,2% điều dưỡng viên thực hành tiêm ở mức khá, 32,8% ở mức trung bình và 5,1% ở mức kém.

Từ khóa: Vô khuẩn, tiêm, NVYT, trạm y tế xã/phường, kiến thức, thực hành.

SUMMARY:

KNOWLEDGE, PRACTICE OF HEALTH CARE WORKERS ABOUT STERILIZATION DURING INJECTION AT COMMUNE/WARD HEALTH STATIONS IN PHU LY CITY, HA NAM PROVINCE IN 2016

The descriptive, cross-sectional study was implemented among 163 Health Care Workers (HCWs) with the aim of assessing the knowledge and practice of HCWs about sterilization during injection at 21 Commune/Ward Health Stations (CHSs) in Phu Ly city, Ha Nam Province from August 2016 to May 2017.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình
2. Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

The results showed that 90% of HCWs used sterile syringes, 53,4% of the participants knew the necessity of having clean gloves during injection, whereas only 20,5% of HCWs were aware that it was unnecessary to wear clean gloves when injecting and contacting with blood or body fluids.

Regarding safe injection practice, the percentage of HCWs wearing gloves and washing hands/sterilizing hands quickly were 88,2% and 64,6% respectively. 27,8% of HCWs did not use injection trolley or medication tray while they were injecting. None conformed to all 15 principles of injection safety. 61,2% of HCWs practiced injections properly, 32,8% at an average level, 5,1% at a low level.

Keywords: Sterilization, injection, health care workers, commune/ward health stations, knowledge, practice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêm là một thủ thuật phổ biến trong cả 2 lĩnh vực điều trị và dự phòng. Vấn đề vô khuẩn trong khi tiêm đóng vai trò rất quan trọng trong việc giảm các nguy cơ lây nhiễm từ đôi bàn tay, những vật dụng không được kiểm soát để đảm bảo các mũi tiêm được thực hiện một cách an toàn. Theo khuyến cáo của WHO, mỗi cán bộ y tế cần tuân thủ rửa tay thường quy tại 5 thời điểm và phải đảm bảo 5 đúng trong quá trình sử dụng thuốc[1,2,3]. Mỗi một NVYT cần phải biết và thực hiện đúng những biện pháp thực hiện vô khuẩn trong quá trình chăm sóc người bệnh để tránh tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện. Tuy nhiên chỉ có 10,9% mũi tiêm đạt 17/17 tiêu chí đánh giá, 43,9% không rửa tay trước khi tiêm[5].

Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kiến thức và

thực hành về vô khuẩn trong khi tiêm của nhân viên y tế 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 NVYT trực tiếp tham gia các mũi tiêm.

- 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 dựa trên cuộc điều tra cắt ngang.

2.2.2. Kỹ thuật chọn mẫu và cỡ mẫu

* Chọn mẫu: Chọn NVYT trực tiếp tham gia các mũi

tiêm hàng ngày

* Cỡ mẫu: 88 NVYT (Bác sĩ, dược sĩ là đối tượng tham gia gián tiếp. Y sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh là ba đối tượng trực tiếp tham gia các mũi tiêm hàng ngày. 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

- Phỏng vấn kiến thức của NVYT về TAT theo bảng câu hỏi đã chuẩn bị trước.

- Quan sát trực tiếp NVYT thực hiện các quy trình tiêm chủng hoặc quy trình tiêm thuốc điều trị trên người bệnh bằng bảng kiểm được thiết kế và chuẩn bị sẵn.

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. Kiến thức về vô khuẩn khi tiêm

Kiến thức	SL	Tỷ lệ (%)
Dùng BKT vô khuẩn	80	90,9
Không tái sử dụng bơm tiêm	86	97,7
Không sử dụng bơm kim tiêm quá hạn	84	95,4
Cần thiết phải sử dụng xe tiêm, khay tiêm	50	56,8
Hấp sấy dụng cụ tiêm hàng ngày	69	78,4
Rửa tay/sát khuẩn tay nhanh trước khi chuẩn bị dụng cụ	64	72,7
Rửa tay/sát khuẩn nhanh trước khi tiêm	70	79,5
Mang găng sạch	47	53,4
Mang khẩu trang	8	20,5

Kết quả ở bảng 1 cho thấy các kiến thức về vô khuẩn đã được NVYT quan tâm, các tiêu chí không sử dụng bơm kim tiêm quá hạn, không tái sử dụng bơm tiêm, dùng BKT vô khuẩn được NVYT chú trọng (>90%), tuy nhiên kiến

thức về phòng hộ cá nhân không cao, việc mang găng sạch khi tiêm tỷ lệ biết mới đạt 53,4%, đa số cho rằng không cần mang khẩu trang khi tiêm, số mang khẩu trang chỉ chiếm 20,5%.

Bảng 2. Kiến thức của nhân viên y tế về đảm bảo an toàn cho người bệnh

Nội dung	SL	Tỷ lệ (%)
Pha thuốc nơi sạch	50	56,8
Không lấy sẵn thuốc vào BKT	48	54,5
Không dùng kim lấy thuốc cho nhiều lọ khác nhau	65	73,9
Mang đủ cơ sở hộp chống sốc khi tiêm	80	90,9

Kết quả bảng 2 cho thấy, 90,9% NVYT biết mang đủ cơ số hộp chống sốc, 73,9% NVYT biết không dùng kim lấy thuốc cho nhiều lọ khác nhau, tuy nhiên vẫn có một số

tiêu chí pha thuốc nơi sạch, không lấy sẵn thuốc vào BKT tỷ lệ trả lời thấp (55%).

Bảng 3. Thực hành vô khuẩn trong tiêm (n=144)

Cách xử trí	SL	Tỷ lệ (%)
Dùng bơm kim tiêm vô khuẩn	144	100
Có sử dụng xe tiêm, khay tiêm	104	72,2
Sử dụng bộ dụng cụ hấp sấy hàng ngày	0	-
Rửa tay, sát khuẩn tay nhanh trước khi chuẩn bị thuốc	93	64,6
Rửa tay, sát khuẩn tay nhanh trước khi tiêm	69	47,9
Mang găng khi tiêm.	127	88,2

Kết quả bảng 3 cho thấy, 100% số mũi tiêm đều sử dụng BKT vô khuẩn để tiêm cho người bệnh, 72,2% sử dụng xe tiêm/khay tiêm khi đi tiêm. Không có bất kỳ mũi tiêm nào được sử dụng bộ dụng cụ tiêm được hấp sấy

hàng ngày. Mang găng khi tiêm (88,2%), tính trên tổng số mũi tiêm (144), nhiều NVYT rửa tay/sát khuẩn tay nhanh trước khi chuẩn bị thuốc (64,6%) và trước khi đưa kim qua da (47,9%).

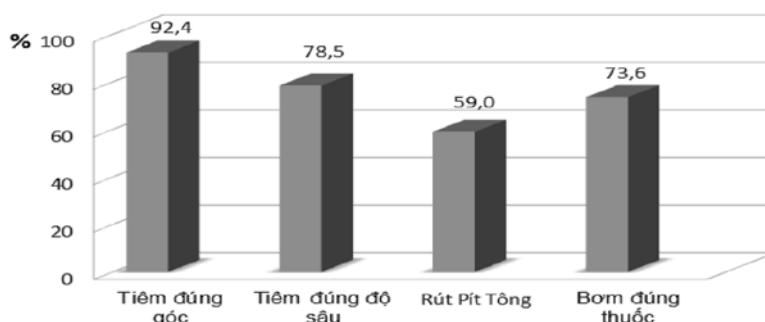
Bảng 4. Thực hành tiêm đảm bảo an toàn cho người bệnh (n=144)

Thực hành	SL	(%)
Tiêm thuốc đúng chỉ định	144	100
Mang hộp chống sốc phân vệ đủ cơ số khi đi tiêm	120	83,3
Không lưu kim lấy thuốc trên lọ thuốc để sử dụng nhiều lần	110	76,4
Không lấy sẵn một loạt thuốc rồi tiêm lần lượt cho NB	101	70,1
Không dùng chung một BKT cho nhiều mũi tiêm trên một NB	139	96,5

Kết quả bảng 4 cho thấy 100% số mũi tiêm đã thực hiện theo đúng chỉ định tiêm (5 đúng). Tuy nhiên, vẫn còn 16,7% số mũi tiêm không có hộp chống sốc phân vệ đi kèm hoặc mang hộp chống sốc nhưng không đủ cơ số theo quy định, 29,9% số mũi tiêm đã được lấy

sẵn thuốc vào bơm tiêm rồi mang đi tiêm lần lượt cho người bệnh, 3,5% dùng chung một bơm kim tiêm cho nhiều mũi tiêm trên cùng một người bệnh. Đặc biệt, có tới 23,6% có kim lấy thuốc trên lọ thuốc để sử dụng nhiều lần.

Biểu đồ 1. Quan sát thực hành kỹ thuật tiêm (n=144)



Kết quả quan sát thực hành kỹ thuật tiêm của NVYT cho thấy, trong số 4 kỹ thuật tiêm, hai kỹ thuật thực hành đúng là tiêm đúng góc kim so với mặt da và tiêm đúng độ

sâu đạt tỷ lệ cao (92,4% và 78,5%). Trong khi đó chỉ có 59,0% có rút pit tông kiểm tra trước khi bơm thuốc, 73,6% bơm thuốc đảm bảo 2 nhanh 1 chậm.

Bảng 5. Đánh giá thực hành tiêm an toàn của nhân viên y tế (n=144)

Điểm đạt	Xếp loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 50 điểm	Kém	67	46,5
51 - 75 điểm	Trung bình	75	52,1
76 - 99 điểm	Khá	2	1,4
100 điểm	Tốt	0	-

Khi sử dụng 144 bảng kiểm để đánh giá kỹ năng thực hành các mũi tiêm của NVYT, kết quả tổng hợp cho thấy: Không có mũi tiêm nào đạt đủ 15 tiêu chí vì vậy không có mũi tiêm nào đạt 100 điểm, chỉ có 2 mũi tiêm đạt 76-99 điểm (1,4%), đa số đạt 51-75 điểm chỉ được xếp vào loại trung bình (52,1%) số mũi tiêm xếp loại kém <50 điểm chiếm tỷ lệ khá cao (46,5%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức của nhân viên y tế về vô khuẩn khi tiêm

Kết quả ở bảng 1 cho thấy các kiến thức về vô khuẩn đã được NVYT quan tâm, các tiêu chí không sử dụng bơm kim tiêm quá hạn, không tái sử dụng bơm tiêm, dùng BKT vô khuẩn được NVYT chú trọng (>90%), tuy nhiên kiến thức về phòng ngừa chuẩn không cao, việc mang găng sạch khi tiêm tỷ lệ biết mới đạt 53,4%, đa số cho rằng không cần mang khẩu trang khi tiêm, số mang khẩu trang chỉ chiếm 20,5%. So với nghiên cứu của Lê Thị Thúy Nhân có 73,0% biết vấn đề mang khẩu trang là một trong những biện pháp vô khuẩn trong tiêm, các biện pháp khác đại đa số các điều dưỡng viên đều biết đến (dao động từ 93,0% đến 100,0%) [4]. Đặc biệt, đa số điều dưỡng viên đều biết rằng cần rửa tay/sát khuẩn tay nhanh trước khi chuẩn bị dụng cụ tiêm, trước khi đâm kim qua da người bệnh và sau mỗi mũi tiêm.

Bộ Y tế đã đưa ra các quy định phải rửa tay hoặc sát khuẩn nhanh trước khi chuẩn bị dụng cụ, trước khi tiêm, phải sử dụng xe tiêm khi đi tiêm, phải vệ sinh xe tiêm trước và sau khi tiêm, phải sử dụng khay tiêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ NVYT biết cần phải rửa tay/sát khuẩn tay nhanh trước khi chuẩn bị dụng cụ, trước khi tiêm thuốc >69,3%. Việc cần thiết phải sử dụng xe tiêm, khay tiêm và vệ sinh xe tỷ lệ biết thấp hơn khoảng 56,8%.

4.2. Thực hành của nhân viên y tế về vô khuẩn khi tiêm

Kết quả bảng 3 cho thấy, 100% số mũi tiêm đều sử dụng BKT vô khuẩn để tiêm cho người bệnh, 72,2% sử dụng xe tiêm/khay tiêm khi đi tiêm. Nhiều NVYT mang găng khi tiêm (88,2%). Không có bất kỳ mũi tiêm nào được sử dụng bộ dụng cụ tiêm được hấp sấy hàng ngày, như vậy điều này sẽ ảnh hưởng đến người bệnh, đến cán bộ y tế và có thể dẫn đến tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện.

Theo khuyến cáo của WHO, mỗi cán bộ y tế cần tuân thủ rửa tay thường quy tại 5 thời điểm [3]. Trong thực hành tiêm nhân viên y tế phải rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ, sau khi tiêm, còn trước khi chuẩn bị thuốc, trước khi đâm kim tiêm qua da người bệnh, sau mỗi mũi tiêm thì cán bộ y tế có thể sát khuẩn tay nhanh thay cho rửa tay thường quy. Tuy vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy số NVYT được quan sát thực hiện rửa tay/sát khuẩn tay nhanh trước khi chuẩn bị thuốc, trước khi đâm kim qua da người bệnh (64,6% và 47,9%). Kết quả về thực hành rửa tay/sát khuẩn tay nhanh trong tiêm an toàn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với nghiên cứu của Hà Thị Kim Phượng với tỷ lệ khá cao NVYT không thực hành rửa tay/sát khuẩn tay nhanh (72% và 94% NVYT không rửa tay/sát khuẩn tay nhanh trước khi chuẩn bị thuốc, trước khi đưa kim qua da theo thứ tự) [6].

Theo hướng dẫn của WHO, trong khi sử dụng thuốc phải đảm bảo đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều lượng, đúng đường dùng và đúng thời gian (5 đúng) [1, 2]. Kết quả quan sát cho thấy 100% mũi tiêm được dùng đúng chỉ định. Tuy nhiên, vẫn còn 16,7% số mũi tiêm không có hộp chống sốc phân vệ đi kèm hoặc mang hộp chống sốc nhưng không đủ cơ số theo quy định, 29,9%

số mũi tiêm đã được lấy sẵn thuốc vào bơm tiêm rồi mang đi tiêm lần lượt cho người bệnh, 3,5% dùng chung một bơm kim tiêm cho nhiều mũi tiêm trên cùng một người bệnh. Đặc biệt, có tới 23,6% có kim lấy thuốc trên lọ thuốc để sử dụng nhiều lần. Kết quả quan sát thực hành kỹ thuật tiêm của 144 mũi tiêm cho thấy, trong số 4 kỹ thuật tiêm, hai kỹ thuật có tỷ lệ cao, thực hành đúng là tiêm đúng góc kim so với mặt da và tiêm đúng độ sâu (92,4% và 78,5%). Trong khi đó chỉ có 59% thực hiện rút pit tông kiểm tra trước khi bơm thuốc, 73,6% thực hiện bơm thuốc đảm bảo 2 nhanh 1 chậm. Kết quả đánh giá toàn bộ quá trình thực hành tiêm cho thấy, tỷ lệ các mũi tiêm điểm <50 ở mức kém vẫn còn 67/144 mũi tiêm, đa số các mũi tiêm mới chỉ ở mức trung bình với điểm thực hành tiêm 51 - 75 điểm chiếm 75/144 mũi tiêm. Không có bất kỳ NVYT nào đạt 100 điểm do không có mũi tiêm nào có bộ dụng cụ hấp sấy hàng ngày.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ NVYT biết không sử dụng bơm kim tiêm quá hạn, không tái sử dụng bơm tiêm, dùng BKT vô khuẩn cao (>90%), tuy nhiên kiến thức về phòng hộ cá nhân không cao, tỷ lệ biết việc mang găng sạch khi tiêm mới đạt 53,4%, chỉ có 20,5% nhân viên y tế cho rằng cần sử dụng khẩu trang trong khi tiêm hoặc khi tiếp xúc với máu/dịch tiết. Việc pha thuốc nơi sạch, không lấy sẵn thuốc vào BKT tỷ lệ trả lời thấp (55%).

- Không có nhân viên y tế nào sử dụng bộ dụng cụ hấp sấy hàng ngày. 88,2% nhân viên y tế mang găng, 64,6% rửa tay/sát khuẩn tay nhanh trước khi chuẩn bị thuốc. Vẫn còn 27,8% không dùng xe tiêm/khay tiêm mà cầm BKT có thuốc sang buồng bệnh để tiêm cho người bệnh.

- Không có bất kỳ điều dưỡng viên nào thực hành đủ 15 tiêu chuẩn tiêm an toàn, 61,2% điều dưỡng viên thực hành tiêm ở mức khá, 32,8% ở mức trung bình và 5,1% ở mức kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2005), *Tài liệu tập huấn sử dụng thuốc hợp lý trong chăm sóc người bệnh*, Hà Nội, 2005.
2. Bộ Y tế (2011), *Thông tư Hướng dẫn công tác Điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện*, số 07/2011/TT-BYT, ngày 26/01/2011.
3. Cục Quản lý Khám chữa bệnh (2010), *Chương trình đào tạo liên tục an toàn người bệnh*, tháng 2/2014.
4. 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.
5. Triệu Quốc Nhượng (2014), *“Đánh giá thực trạng tiêm an toàn”*, Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau.
6. Hà Thị Kim Phượng (2014), *Thực trạng tiêm an toàn tại 3 bệnh viện trực thuộc Sở Y tế Hà Nội*. Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, trường Đại học Y tế Công cộng.



THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN YÊN DŨNG - BẮC GIANG NĂM 2016

Lê Minh Hải¹, Phạm Phương Liên²

TÓM TẮT

1) Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị nội trú tại BVĐK huyện Yên Dũng năm 2016;

2) Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu áp dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Số liệu được hồi cứu từ dữ liệu trong phần mềm của khoa Dược và khảo sát 800 bệnh án được rút ngẫu nhiên từ các bệnh án nội trú từ 1/1/2016-31/12/2016 của Bệnh viện.

3) Các kết quả chính: Kháng sinh (KS) nội chiếm 56% tính theo giá trị DDD (DDD – Defined Dose Daily - là liều trung bình duy trì hằng ngày với chỉ định chính của một thuốc KS); giá trị DDD/100 ngày-giường của các thuốc KS trong bệnh viện là 99,9; nhóm KS được sử dụng nhiều nhất là beta-lactam (88,2%); tỷ lệ bệnh án được kê đơn KS là 67%, trong đó 71,1% số bệnh án kê đơn một loại KS; 57,4% số bệnh án có chỉ định kháng sinh từ 5-7 ngày; 40,7% bệnh án có kê kháng sinh từ 7-10 ngày; 1,9% bệnh án chỉ định kháng sinh trên 10 ngày, chủ yếu ở khoa ngoại.

4) Kết luận: Nhìn chung BVĐK Yên Dũng đã tuân thủ tốt các khuyến cáo của Bộ Y tế trong sử dụng KS về số lượng; chủng loại và thời gian sử dụng. Tuy nhiên, còn tồn tại một số vấn đề cần cải thiện, đó là: tỷ lệ KS nội được sử dụng trong bệnh viện còn thấp và có một tỷ lệ nhỏ bệnh án dùng KS dài ngày (trên 10 ngày).

Từ khóa: Sử dụng kháng sinh; điều trị nội trú.

SUMMARY:

THE REAL SITUATION OF ANTIBIOTIC USE FOR INPATIENTS OF YEN DUNG GENERAL HOSPITAL, BAC GIANG PROVINCE IN 2016

Objective: To describe the real situation of antibiotic use for inpatients of Yen Dung General Hospital, Bac Giang province in 2016

Methods: This is a cross-sectional study. Data was collected from two sources: 1-medicine management

software; 2- Reviewing 800 medical records that were randomly withdrawn from all medical records of inpatients in Yen Dung General Hospital during the time between 1/1/2016 and 31/12/2016.

Main findings: Domestic antibiotics account for 56% (based on DDD indicator); the value of “DDD/100 dates-hospital beds” indicator of Yen Dung General Hospital is 99,9; the antibiotic group that has been used the most is beta-lactam (88,2%); the rate of medical reports that have antibiotics is 67%, of which 71,1% medical reports having one kind of antibiotics; 54,7% of medical reports that were prescribed antibiotics during 5-7 days; the rate of medical reports that were prescribed antibiotics during 7-10 days is 40,7%; there are 1,9% of inpatients who had to use antibiotics over 10 days (mostly in the surgical ward of the hospital).

Conclusions: In general, Yen Dung General Hospital has well complied with the Ministry of Health’s recommendations on the use of antibiotics including the indicators related to quantity; type and duration of antibiotic use. However, the rate of domestic antibiotics that have been used in Yen Dung hospitals is lower than Ministry of Health’s recommended index and there is a small percentage of medical reports that were prescribed a long-term antibiotic therapy (over 10 days).

Key words: Antibiotic using; Inpatient treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong giai đoạn hiện nay, KS đã trở thành vấn đề cấp bách trên toàn cầu, đặc biệt là tại các nước đang phát triển. Tổ chức Y tế thế giới đã xếp Việt Nam vào danh sách các nước có tỷ lệ kháng KS cao trên thế giới (1). Vì vậy, các nỗ lực nhằm tăng cường sử dụng KS an toàn, hợp lý là một trong các vấn đề ưu tiên hàng đầu của ngành Y tế Việt

1. Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Dũng, Bắc Giang

Điện thoại: 01639431888, Email: leminhhaibg@gmail.com

2. Trường Đại học Y tế Công cộng

» Ngày nhận bài: 20/12/2018 | » Ngày phản biện: 22/02/2018 | » Ngày duyệt đăng: 10/03/2018

Nam. Do đó, việc đánh giá thực trạng sử dụng KS hiện nay là hết sức cần thiết nhằm đưa ra các khuyến nghị góp phần nâng cao hiệu quả sử dụng thuốc.

Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Dũng – Bắc Giang là bệnh viện tuyến huyện trực thuộc Sở Y tế Bắc Giang. Trong danh mục thuốc của bệnh viện nhóm thuốc KS luôn chiếm tỷ trọng lớn. BVĐK Yên Dũng luôn quan tâm đến việc tuân thủ các qui định của Bộ Y tế về sử dụng KS nhằm nâng cao hiệu quả điều trị của bệnh viện. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào mô tả chi tiết thực trạng sử dụng KS tại bệnh viện căn cứ theo các tiêu chí của BHYT. Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đạt được mục tiêu: mô tả thực trạng sử dụng KS trong điều trị nội trú tại BVĐK huyện Yên Dũng năm 2016.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang, định lượng

Địa điểm nghiên cứu

BVĐK huyện Yên Dũng, Bắc Giang

Thời gian nghiên cứu

3/2017 - 7/2017

Đối tượng nghiên cứu

Thông tin được thu thập từ số liệu thống kê tình hình sử dụng thuốc nội trú của BVĐK huyện Yên Dũng – Bắc Giang năm 2016 (lưu trữ trong phần mềm quản lý của khoa Dược) và hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị nội trú tại 07 khoa lâm sàng trong khoảng thời gian từ 01/01/2016 đến 31/12/2016.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng công thức tính cỡ mẫu xác định một tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu (số hồ sơ bệnh án)

$z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy; chọn mức độ tin cậy 95% ,

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

- p: Tỷ lệ bệnh án có sử dụng KS, ước tính $p=60\%$ - tham khảo nghiên cứu tại BVĐK Tứ Kỳ, Hải Dương (2)

- d: Mức sai số mong muốn; chọn $d = 0,05$

- de: Hệ số thiết kế, chọn $de=2$

Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 738. Trên thực tế, chúng tôi đã tiến hành rút ngẫu nhiên 800 bệnh án từ 13.068 bệnh án nội trú của bệnh viện trong thời gian từ 1/1/2016 đến 31/12/2016.

Biến số nghiên cứu chính

Tham khảo bộ tiêu chí đánh giá việc quản lý, sử dụng KS trong bệnh viện, ban hành kèm theo Quyết định 772/QĐ –BYT (3), chúng tôi xác định các biến số chính của nghiên cứu như sau:

Nhóm biến số thu thập từ dữ liệu máy tính: Các loại KS sử dụng; số lượng KS đã sử dụng; chi phí cho KS; liều xác định hàng ngày (DDD – Defined Dose Daily - là liều trung bình duy trì hằng ngày với chỉ định chính của một thuốc KS).

Nhóm biến số thu thập từ hồ sơ bệnh án: Tỷ lệ bệnh án có chỉ định KS; số KS được sử dụng cho mỗi bệnh nhân; kết hợp KS; thời gian dùng KS...

Kỹ thuật, công cụ thu thập số liệu:

Hồi cứu thông tin từ dữ liệu trong phần mềm quản lý thuốc của khoa Dược

Sử dụng bảng kiểm để trích lục các thông tin từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án được nhập vào phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức – Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua theo Quyết định số 136/2017/YTCC-HD3 ngày 24/03/2017.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu đã tiến hành phân tích thực trạng sử dụng thuốc KS cho bệnh nhân nội trú trong khoảng thời gian từ 01/01/2016 đến 31/12/2016 tại BVĐK huyện Yên Dũng thông qua số liệu lưu trữ trong phần mềm quản lý thuốc của khoa Dược. Một số kết quả chính thu được như sau:

Bảng 1. Cơ cấu về số lượng và giá trị tiêu thụ KS theo nguồn gốc xuất xứ

STT	Nội dung	DDD		Giá trị (VNĐ)	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Kháng sinh nội	29.840	52,8	1.739.713.119	65,1
2	Kháng sinh ngoại	26.638	47,2	934.398.641	34,9
	Tổng	56.478	100	2.674.111.761	100

Kết quả bảng trên cho thấy, nếu tính theo giá trị DDD, KS nội chiếm 52,8% trong tổng số KS được sử dụng tại Bệnh viện Yên Dũng; tính theo giá trị tiền, tỷ lệ này là 65%.

Bảng 2. Số lượng KS sử dụng tại các khoa tính theo DDD/100 ngày-giường

STT	Khoa	Ngày điều trị nội trú	Số lượng kháng sinh tính theo DDD	DDD/100 ngày giường
1	Nội	9.975	7.304	73,2
2	Nhi	10.717	4.790	44,7
3	Ngoại	13.600	15.325	112,7
4	Sản	10.202	12.267	120,2
5	HSTC- CD	4.360	3.527	80,9
6	Liên chuyên khoa	4.619	8.835	191,3
7	Truyền nhiễm	3.066	4.430	144,5
	Tổng	56.539	56.478	99,9

Số liệu trên bảng 2 cho thấy giá trị DDD/100 ngày điều trị đối với thuốc KS trên toàn BVĐK Yên Dũng là 99,9. Giá trị này cao nhất ở khoa Liên chuyên khoa (191,3), tiếp theo là khoa Truyền nhiễm (144,5); thấp nhất ở khoa Nhi (44,7).

Bảng 3. Cơ cấu kháng sinh theo nhóm

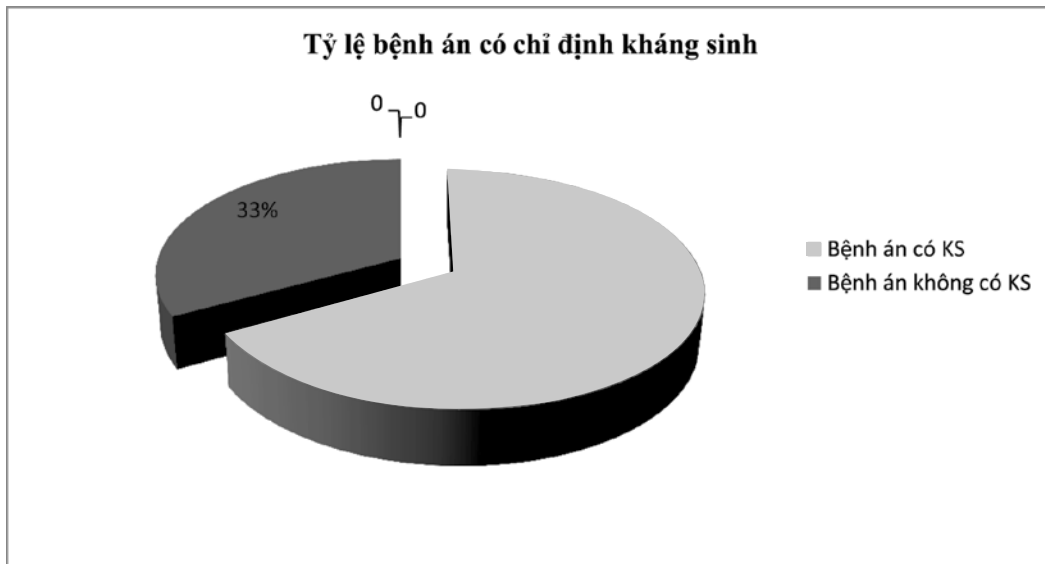
STT	Nhóm kháng sinh	DDD	Tỷ lệ %	Giá trị (VNĐ)	Tỷ lệ %
1	Betalactam	49.819	88.2	2.236.694.549	83,6
2	Nitroimidazol	3.576	6.3	202.070.570	7,6
3	Quinolon	1.133	2.0	150.624.798	5,6
4	Aminosid	759	1.3	74.080.364	2,8
5	Macrolid	493	0.9	1.776.432	0,1
6	Khác	698	1.3	8.865.047	0,3
	Tổng	56.478	100	2.674.111.761	100

Kết quả bảng trên cho thấy, nhóm Beta-lactam được dùng rất phổ biến tại BVĐK Yên Dũng, chiếm trên 80% theo cả hai giá trị DDD và theo tổng số tiền. Nhóm KS được dùng ít nhất là nhóm Macrolid (dưới 1%).

Bên cạnh việc phân tích tình hình sử dụng KS thông

qua hệ thống dữ liệu lưu trữ tại phần mềm của khoa Dược, chúng tôi đã tiến hành khảo sát 800 bệnh án được rút ngẫu nhiên từ 13.068 bệnh án nội trú của bệnh viện trong thời gian từ 01/01/2016 đến 31/12/2016, một số kết quả chính thu được như sau:

Biểu đồ 1: Phân bố tỷ lệ bệnh án có hoặc không chỉ định kháng sinh



Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ bệnh án có sử dụng KS tại Bệnh viện Yên Dũng năm 2016 là 67%.

Bảng 4. Số loại kháng sinh được kê trong bệnh án

Số kháng sinh	Số bệnh án	Tỷ lệ %
1 Kháng sinh	379	71,1
- KS đơn thành phần	210	39,4
- KS đa thành phần	169	31,7
2 Kháng sinh	66	12,4
3 Kháng sinh	88	16,5
Tổng	533	100,0

Kết quả bảng 4 cho thấy, 71,1% số lượng bệnh án nội trú tại BVĐK Yên Dũng có kê đơn 1 loại KS; số bệnh án có kết hợp 2; 3 loại KS lần lượt là 12,4% và 16,5%.

Bảng 5. Thời gian sử dụng kháng sinh

Khoa điều trị	Thời gian sử dụng						Tổng số BA
	5- <7 ngày		7-10 ngày		>10 ngày		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Ngoại	58	42,0	71	51,5	9	6,5	138
Sản	53	50,0	53	50,0	0	0,0	106
Nội	23	39,7	34	58,6	1	1,7	58
HSTC- CĐ	28	62,2	17	37,8	0	0,0	45
Nhi	94	81,7	21	18,3	0	0,0	115
Liên chuyên khoa	44	75,9	14	24,1	0	0,0	58
Truyền nhiễm	6	46,2	7	53,8	0	0,0	13
Tổng	306	57,4	217	40,7	10	1,9	533

Kết quả bảng 5 chỉ ra rằng: 57,4% số bệnh án có chỉ định KS từ 5-7 ngày; 40,7% có kê KS từ 7-10 ngày. Đặc biệt lưu ý là có 10 bệnh án có chỉ định dùng KS trên 10 ngày (9 bệnh án tại khoa Ngoại và 1 bệnh án tại khoa Nội), chiếm 1,9%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành khảo sát dữ liệu thống kê được lưu trữ trong phần mềm quản lý thuốc và 800 hồ sơ bệnh án nội trú được rút ngẫu nhiên tại BVĐK huyện Yên Dũng. Nghiên cứu đã sử dụng nguồn số liệu và phương pháp thu thập số liệu khách quan, đáng tin cậy. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhìn chung BVĐK Yên Dũng đã tuân thủ tương đối tốt các qui định và khuyến cáo của BHYT về sử dụng kháng sinh (4, 5). Tuy nhiên, còn một số thiếu sót cần được lưu ý và có biện pháp điều chỉnh để cải thiện tốt hơn việc sử dụng KS tại bệnh viện. Cụ thể các kết quả thu được từ nghiên cứu như sau:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ dùng KS nội trú tại BVĐK Yên Dũng là 52,8% (tính theo DDD) và 65% (tính theo giá trị tiền). Tỷ lệ này còn thấp so với khuyến cáo của BHYT. Với mục tiêu nhằm tiết kiệm chi phí cho thuốc trong khám chữa bệnh và thúc đẩy phát triển nền công nghiệp Dược Việt Nam, BHYT đã triển khai Đề án “Người Việt Nam ưu tiên dùng hàng Việt Nam”(6). Trong đề án này, BHYT đã đưa ra khuyến cáo tỷ lệ thuốc nội trú sử dụng trong các bệnh viện tuyến huyện cần đạt 75% vào năm 2020. Vì vậy, trong thời gian tới, bệnh viện cần tăng cường dùng KS nội trú để đáp ứng khuyến nghị của BHYT.

Để đánh giá và so sánh mức độ sử dụng thuốc nói chung và thuốc KS nói riêng tại các cơ sở điều trị, tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo sử dụng chỉ số DDD (Defined Dose Daily). DDD được định nghĩa là “liều trung bình duy trì hằng ngày với chỉ định chính của một thuốc”. Chỉ số DDD hoặc “DDD/100 ngày – giường” là các đơn vị đo lường độc lập với giá thành và dạng trình bày của thuốc, vì vậy có thể dùng để đánh giá mức độ tiêu thụ thuốc và so sánh mức độ này giữa các cơ sở y tế (7). Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi đã tính toán chỉ số DDD/100 ngày –giường đối với thuốc KS tại BVĐK Yên Dũng. Kết quả cho thấy chỉ số DDD/100 ngày-giường tại BVĐK Yên Dũng là 99,9. Chỉ số này thấp hơn so với kết quả của một số nghiên cứu khác như: nghiên cứu tại BVĐK Ninh Thuận năm 2013 cho kết quả DDD/100 ngày giường là 123,4 (8); nghiên cứu tại 15 bệnh viện trực thuộc BHYT năm 2009 đã chỉ ra mức trung bình của chỉ số này của các bệnh viện là 274,7 (9). BVĐK Yên Dũng là bệnh viện tuyến huyện, các bệnh nhân đến điều trị chủ yếu ở mức độ nhẹ, điều này có thể giải thích một phần cho thực trạng chỉ số DDD/100 ngày-giường của BVĐK Yên Dũng thấp hơn so với các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương.

Phân tích cơ cấu KS theo nhóm cho thấy nhóm beta-lactam được dùng phổ biến nhất trong số các nhóm KS (trên 80%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu tại một số bệnh viện khác như Bệnh viện C, tỉnh Thái Nguyên (10), BVĐK Trung ương Quảng Nam (11). Việc kê đơn phổ biến kháng sinh nhóm beta-lactam cũng phù hợp với xu hướng chung của thế giới: theo kết quả nghiên cứu tại Bắc Ailen năm 2009 cho thấy 75% kháng sinh sử dụng thuộc nhóm beta –lactam (12).

Tỷ lệ bệnh án có sử dụng KS tại BVĐK Yên Dũng là 67%. Kết quả này tương đối tương đồng với kết quả nghiên cứu về tình hình sử dụng KS của một số bệnh viện tại Việt Nam năm 2008, 67,5% số bệnh án nội trú có chỉ định KS (13).

Về thời gian dùng KS, trên 90% bệnh án đã chỉ định số ngày dùng KS từ 5-10 ngày, chỉ một tỷ lệ rất nhỏ (1,9%) bệnh án có số ngày sử dụng KS trên 10 ngày. Thời gian sử dụng KS như trên là phù hợp với khuyến cáo của BHYT đối với các trường hợp nhiễm khuẩn nhẹ. Qua tìm hiểu, chúng tôi được biết một số ít trường hợp dùng KS dài ngày ở khoa Ngoại do bệnh nhân sốt kéo dài sau phẫu thuật. Vì vậy, hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện cần theo dõi và xây dựng phác đồ dùng KS dự phòng trong phẫu thuật thủ thuật, tránh tình trạng phải dùng KS kéo dài sau phẫu thuật.

Tóm lại, trong nghiên cứu này bằng các phương pháp thu thập thông tin khoa học, chính xác và tin cậy, chúng tôi đã thu được các kết quả mô tả chi tiết tình hình sử dụng KS tại BVĐK Yên Dũng dựa trên bộ tiêu chí đánh giá việc sử dụng KS của BHYT. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế là chưa đánh giá được chính xác mức độ phù hợp về các KS được chỉ định trong từng bệnh án cụ thể do số lượng bệnh án lớn và việc đánh giá này cần có một hội đồng chuyên môn, vượt quá khả năng của nhóm nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nhìn chung, thực trạng sử dụng KS tại BVĐK Yên Dũng đã đáp ứng được các khuyến cáo của BHYT về số lượng, chủng loại và thời gian sử dụng KS: DDD/100 ngày-giường của các thuốc KS là 99,9; KS nhóm beta-lactam chiếm trên 80%; 57,4% số bệnh án có chỉ định KS từ 5-7 ngày, 40,7% bệnh án có kê kháng sinh từ 7-10 ngày. Tuy nhiên, còn một số điểm hạn chế cần được cải thiện bao gồm: tỷ lệ sử dụng KS nội thấp hơn so với khuyến cáo (56,5% tính theo DDD, so với khuyến cáo là 70%); một số bệnh nhân tại khoa Ngoại phải sử dụng KS kéo dài (trên 10 ngày) sau phẫu thuật do chưa có phác đồ dùng KS dự phòng hợp lý.

Căn cứ vào các kết quả trên, chúng tôi khuyến nghị BVĐK Yên Dũng cần tăng cường sử dụng KS nội để giảm chi phí điều trị và xây dựng phác đồ dùng KS dự phòng trước phẫu thuật hợp lý để tránh tình trạng bệnh nhân phải dùng KS dài ngày sau phẫu thuật.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc và các khoa/phòng tại BVĐK huyện Yên Dũng, đặc biệt là khoa Dược và phòng Kế hoạch tổng hợp đã tạo điều kiện cho chúng tôi thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu này đạt kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lương Ngọc Khuê. *Báo cáo triển khai thực hiện kế hoạch quốc gia về phòng chống kháng thuốc*, 2016.
2. Đặng Văn Hùng. *Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Đa khoa huyện Từ Kỳ tỉnh Hải Dương*. Luận văn Dược sỹ Chuyên khoa I; Đại học Dược Hà Nội, 2014.
3. Bộ Y tế. *Quyết định 772/QĐ - BHYT về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện"*, 2016.
4. Bộ Y tế. *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, 2015.
5. Bộ Y tế. *Báo cáo Hội nghị tổng kết giai đoạn 1 và phát động giai đoạn 2 Đề án "Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam"* [Internet]. 2017 [truy cập ngày 20/8/2017].
6. WHO's first global report on antibiotic resistance reveals serious, worldwide threat to public health [Internet]. 2014 [cited 10/4/2017].
7. Nguyễn Văn Nguyên. *Thực trạng sử dụng kháng sinh và một số yếu tố ảnh hưởng tại một số khoa lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ năm 2011 đến năm 2013*. Luận văn thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng, 2013.
8. Bộ Y tế. *Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009*, 2009.
9. Hoàng Thị Kim Dung. *Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện C, tỉnh Thái Nguyên năm 2014*. Luận văn thạc sỹ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2015.
10. Vũ Tuấn. *Phân tích hoạt động sử dụng thuốc kháng sinh trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Quảng Nam năm 2013*. Luận văn thạc sỹ, Đại học Dược Hà Nội, 2014.
11. Al NMe. Antibiotic Prescribing Patterns at Six Hospitals in Lesotho 2011 [cited 2017 10/2]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21028en/s21028en.pdf>.
12. Antibiotic use in Vietnamese hospitals: A multicenter point-prevalence study [Internet]. 2008 [cited 15/4/2017].

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG BỆNH VIÊM NHA CHU MẠN TÍNH TRONG LẦN KHÁM ĐẦU TIÊN TẠI KHOA NHA CHU-BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2016-2017

Nguyễn Thị Xuân Mai¹, Nguyễn Quỳnh Trúc², Võ Thị Xuân Hạnh³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề. Viêm nha chu (VNC) là một bệnh phổ biến, bệnh diễn tiến từ từ, phá hủy mô nha chu làm cho răng lung lay, phải nhổ bỏ, làm mất chức năng ăn nhai và thẩm mỹ [2].

Mục tiêu. Xác định tỷ lệ các mức độ bệnh viêm nha chu mạn tính (nhẹ, trung bình, nặng) ở 3 lần điều trị và các yếu tố liên quan với tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đến điều trị tại khoa Nha Chu-Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp. Thiết kế nghiên cứu mô tả

Kết quả. Trong tổng số 277 bệnh nhân VNC đến khám lần đầu tại Bệnh viện (nam giới chiếm 57,8% với độ tuổi trung bình là 44,4±8,4 tuổi), tỷ lệ bệnh nhân viêm nha chu mức độ nặng là 53%, mức độ trung bình 31,8% và mức độ nhẹ là 15,2%. Nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ viêm nha chu mạn với giới tính, nhóm tuổi, vùng cư trú và nghề nghiệp bệnh nhân ($p > 0,05$). Các chỉ số lâm sàng PI, GI, PPD, CAL giảm có ý nghĩa thống kê giữa lần tái khám 2 so với lần khám đầu và lần tái khám 1 ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị (đi đủ 3 lần) là 46,6%. Yếu tố vùng miền cư trú (sống ngoài thành phố) và nghề nghiệp (nghề tự do, buôn bán) bệnh nhân có mối liên quan có ý nghĩa thống kê tới sự tuân thủ điều trị kém ($p < 0,05$).

Kết luận. Kết quả nghiên cứu là thông tin quan trọng làm cơ sở theo dõi hiệu quả điều trị trên lâm sàng, đồng thời gợi ý các khuyến cáo trong tư vấn giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân, nhằm nâng cao ý thức chăm sóc răng miệng của người bệnh.

Từ khóa: Tình trạng, viêm nha chu, Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF MOLECULAR STATUS IN THE FIRST CLASS OF CHINESE HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY, 2016-2017

Question. Periodontal disease (VNC) is a common disease, which progresses slowly, destroying periodontal tissue, causing tooth decay, spasms, loss of appetite and aesthetic function [2].

Target. To determine the characteristics of periodontal disease in the first visit and some factors related to periodontitis.

Method. A descriptive study of chronic periodontal inflammatory disease and treatment adherence at Ho Chi Minh City dental clinic on 277 patients who underwent periodontal examination and treatment at the Department of Periodontology in Ho Chi Minh City. The level of VNC assessed by the gingivitis (GI) index and the periodontal pocket depth (PPD). Treatment compliance was determined by a follow-up visit three times during the treatment and improvement of plaque index (PI).

Result. Of the 277 patients who were admitted to the hospital for the first time (57.8% for men with an average age of 44.4 ± 8.4 years), the incidence of severe periodontitis was 53 %, the average level is 31.8% and the mild level is 15.2%. The study showed no statistically significant difference between the level of periodontal inflammation and sex, age, residence and occupation ($p > 0.05$). Clinical indicators for PI, GI, PPD, and CAL were statistically significantly decreased between follow-up 2 vs first visit and follow-up 1 ($p < 0.05$). The proportion of patients adhering to treatment (3 times) was 46.6%. Regional factors (living outside the city) and occupation (self-employment,

1 Bệnh viện Răng Hàm Mặt TPHCM, SĐT: 0903860000, email: maibs277@gmail.com

2 Đại học Y Dược TPHCM

3 Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

» Ngày nhận bài: 20/02/2018 | » Ngày phản biện: 08/03/2018 | » Ngày duyệt đăng: 15/03/2018

trafficking) were statistically significant associations for poor adherence ($p < 0.05$).

Conclude. The results of this study are important information that will serve as a basis for monitoring the effectiveness of treatment in clinical settings, and suggests recommendations in health education counseling for patients to improve their sense of dental care. patient.

Key words: Periodontal disease, Ho Chi Minh City.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nha chu (VNC) là một bệnh phổ biến, bệnh diễn tiến từ từ, phá hủy mô nha chu làm cho răng lung lay, phải nhổ bỏ, làm mất chức năng ăn nhai và thẩm mỹ [2]. Ngoài ra bệnh còn liên quan đến một số bệnh toàn thân như tim mạch, tiểu đường, sinh non,... ảnh hưởng rất nhiều đến cuộc sống của người bệnh [4],[3]. Sự tăng sinh và xâm nhiễm của một hay một nhóm vi khuẩn là khởi điểm của VNC. VNC mạn tính có đặc trưng là bệnh tiến triển chậm với các giai đoạn khác nhau, thường người bệnh hay bỏ qua những giai đoạn sớm của bệnh như viêm nướu, chảy máu nướu. Nhiều nghiên cứu trên thế giới như Atsushi Saito năm 2009 tại Nhật [5], Oliveira Costa F và cộng sự (2011) tại Ý [6], Liu và cộng sự (2013) [8] cho thấy sau khi điều trị bệnh VNC mạn tính 03 tháng, người bệnh vệ sinh răng miệng tốt sẽ duy trì được kết quả điều trị cao [7],[1]. Tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh người bệnh có hợp tác trong điều trị hay không mới chỉ dừng lại ở việc khuyên tuân thủ theo các bước điều trị, đây chỉ là công việc điều trị bệnh đơn thuần.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu tất cả bệnh nhân được chẩn đoán VNC mạn tính đến chăm sóc và điều trị tại Khoa Nha chu, Bệnh viện Răng Hàm Mặt TP.HCM trong thời gian nghiên cứu tiến hành từ 01/6/2016 – 01/06/2017.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh

Thời gian nghiên cứu: 06/2016 – 06/2017.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

Cách chọn mẫu: Chọn bệnh nhân đến khám và điều trị khoảng thời gian từ từ 01/6/2016 – 01/6/2017 tại Khoa Nha chu, Bệnh viện Răng Hàm Mặt TP.HCM phù hợp với tiêu chí chọn mẫu.

Phương pháp nghiên cứu

Tiêu chí chọn mẫu :

Bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa Nha chu, Bệnh viện Răng Hàm Mặt TP.HCM độ tuổi từ 30 đến 60. Bệnh nhân còn tối thiểu 20 răng; trong đó có răng cửa giữa hàm trên và răng hàm lớn thứ nhất. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Các chỉ số nghiên cứu

Khám, đánh giá các chỉ số lâm sàng để chẩn đoán xác định bệnh viêm nha chu mạn tính: Chỉ số Màng bám răng (PI), chỉ số viêm nướu (GI), độ sâu túi nha chu (PPD), mất bám dính lâm sàng (CAL), răng lung lay độ.

Chụp phim X quang toàn cảnh (Panorex kỹ thuật số), và đọc kết quả.

Phân tích và xử lý số liệu nghiên cứu

Nhập dữ liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý dữ liệu bằng phần mềm Stata 12.0.

Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài đã được Hội đồng khoa học trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch thông qua trước khi triển khai nghiên cứu. Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo vệ theo đúng quy định của Hội đồng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân nữ điều trị nha chu là 42,2% thấp hơn nam 57,8%. Về nhóm tuổi, tỷ lệ bệnh nhân nhóm 30-45 tuổi cao nhất 56,7%.

Trong nghiên cứu nhóm bệnh nhân làm nghề công nhân viên tỷ lệ cao nhất 36,8%.

3.2. Tình trạng bệnh viêm nha chu của bệnh nhân trong lần khám đầu tiên



Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân khám lần đầu (T₀)

Đặc điểm lâm sàng lần khám đầu (n=277)		Tỉ lệ %	$\bar{X} \pm SD$
Chỉ số mảng bám (PI)	Kém (2-3 điểm)	82,3	2,27 ± 0,69 (điểm)
	Trung bình (1-1,9 điểm)	17,7	
	Tốt (0,1-0,9 điểm)	0	
	Rất tốt (0 điểm)	0	
Chỉ số nước (GI)	Nặng (2-3 điểm)	84,8	2,05 ± 0,5 (điểm)
	Trung bình (1-1,9 điểm)	15,2	
	Tốt (0,1-0,9 điểm)	0	
	Rất tốt (0 điểm)	0	
Độ sâu túi nha chu (PPD)	PPD ≥ 6mm	49,1	5,35 ± 1,34 (mm)
	PPD 4 – 5mm	40,1	
	PPD ≤ 3mm	10,8	
Mất bám dính lâm sàng (CAL)	CAL ≥ 5mm	53	5,09 ± 2,49 (mm)
	CAL 3 – 4mm	31,8	
	CAL 1 – 2mm	15,2	
Dạng tiêu xương trên phim (Panorex KTS)	Ngang	59,9	44,1 ± 8,4 tuổi
	Chéo	3,3	41,1 ± 4,9 tuổi
	Ngang + Chéo	36,8	45,2 ± 8,7 tuổi

Kết quả trên 277 bệnh nhân trong lần khám và điều trị tại thời điểm đầu tiên cho thấy: Tình trạng vệ sinh răng miệng kém, viêm nướu nhiều, túi nha chu sâu và mất bám dính lâm sàng nhiều, thể hiện viêm nha chu ở mức độ

nặng, không có bệnh nhân nào có chỉ số PI, GI đạt mức độ tốt và rất tốt.

3.3. So sánh tình trạng bệnh viêm nha chu mạn tính giữa các lần khám (n=129)

Bảng 3.4. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa các lần khám

Chỉ số	Lần khám đầu (T ₀)	Tái khám lần 1 (T ₁)	Tái khám lần 2 (T ₂)	P ₀₋₁	P ₀₋₂	P ₁₋₂
PI	2,43 ± 0,67	1,11 ± 0,83	0,86 ± 0,8	<0,001	<0,001	<0,001
GI	2,16 ± 0,74	0,88 ± 0,73	0,41 ± 0,51	<0,001	<0,001	<0,001
PPD	5,59 ± 1,35	4,52 ± 1,42	3,74 ± 1,4	<0,001	<0,001	<0,001
CAL	5,41 ± 2,82	5,41 ± 2,82	5,37 ± 2,85	0,319	0,008	0,01

Phép kiểm T – bắt cặp

Sau điều trị 1 tuần, tại lần tái khám 1 (T₁) các chỉ số PI, GI, PPD giảm có ý nghĩa thống kê so với lần khám đầu (T₀) (p < 0,001), trong khi chỉ số CAL thay đổi không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Sau 3 tháng điều trị, tại lần tái khám 2 (T₂), các chỉ số PI, GI, PPD, CAL giảm có ý nghĩa thống kê so với lần tái khám 1 (T₁) và lần khám đầu tiên (T₀), (p < 0,05).

Tình trạng vệ sinh răng miệng ngày càng được cải thiện, PI rất tốt (0 điểm) tăng từ 0% ở T₀ tới 30,2% ở T₂, PI kém (2-3 điểm) giảm dần từ 88,4% ở T₀ tới 19,4% T₂.

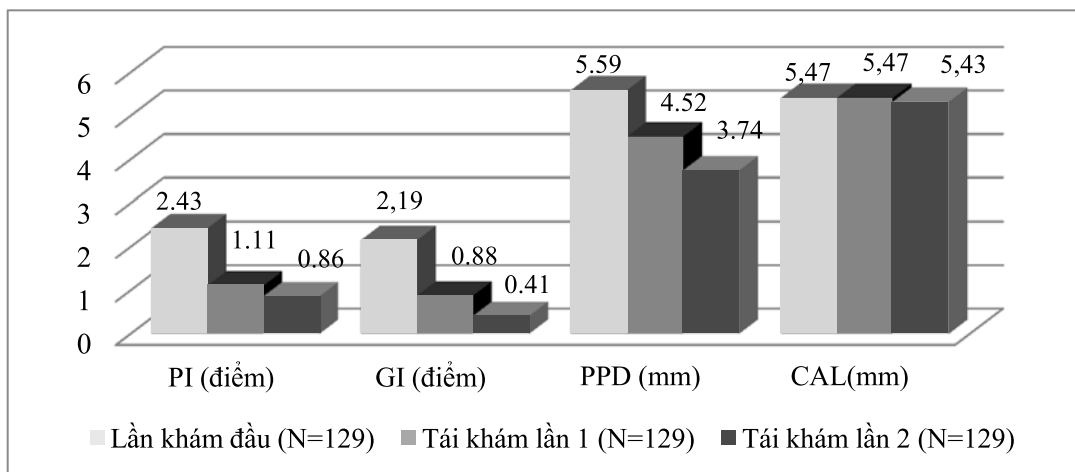
Tình trạng viêm nướu cũng được cải thiện rõ ràng sau 3 lần khám. Tỷ lệ viêm nướu mức độ nặng (2-3 điểm) giảm đáng kể từ 83,7% ở T₀ xuống 19,4% ở T₁ và xuống

1,6% ở T_2 . Tỷ lệ nước bọt bình thường tăng từ 0% ở T_0 lên 29,5% ở T_1 và lên 57,4% ở T_2 .

Mức độ mất bám dính lâm sàng hầu như không thay đổi ở thời điểm T_0 và T_1 . Có sự thay tăng nhẹ CAL 1-2mm từ 15,5% ở T_1 lên 17,1 ở T_2 và giảm nhẹ tỷ lệ CAL ≥ 5 mm từ 59,7% ở lần T_1 xuống 58,9% ở lần T_2 có ý nghĩa thống kê.

So sánh điểm của các chỉ số lâm sàng PI, GI, PPD: Điểm giảm dần từ lần khám đầu tiên tới lần tái khám 2 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chỉ số CAL không khác biệt giữa lần khám đầu so với lần tái khám 1 nhưng giảm có ý nghĩa thống kê tại lần tái khám 2 ($p < 0,05$).

Biểu đồ 3.1. So sánh đặc điểm lâm sàng tại các thời điểm T_0 , T_1 và T_2



3.4. Mối liên quan giữa đặc điểm dân số xã hội với mức độ VNC mạn.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa đặc điểm dân số – xã hội với mức độ bệnh VNC mạn:

Đặc điểm	n	Mức độ viêm nha chu			p
		Nhẹ	Trung bình	Nặng	
Giới tính					
Nam	160	22(13,7)	46(28,8)	92(57,5)	0,225
Nữ	117	20(17,1)	42(35,9)	55(47,0)	
Nhóm tuổi					
30-45 tuổi	160	30(18,8)	53(33,1)	77(48,1)	0,075
46-60 tuổi	117	12(10,3)	35(29,9)	70(59,8)	
Vùng					
Trung tâm	88	18(20,5)	33(37,5)	37(42,0)	0,217
Vùng ven	89	13(14,6)	30(33,7)	46(51,7)	
Ngoại thành	23	3(13,0)	5(21,8)	15(65,2)	
Tỉnh khác	77	8(10,4)	20(26,0)	49(63,6)	
Nghề nghiệp					
Công nhân viên	102	19(18,6)	40(39,2)	43(42,2)	0,136
Lao động tự do	81	11(13,6)	20(24,7)	50(61,7)	
Nội trợ	60	8(13,3)	18(30,0)	34(56,7)	
Buôn bán	34	4(11,8)	10(29,4)	20(58,8)	

Phép kiểm chi bình phương



Mức độ nặng nhẹ của bệnh viêm nha chu mạn tuy có thay đổi nhưng không có ý nghĩa thống kê giữa trong mỗi nhóm giới tính, độ tuổi, nghề nghiệp hay vùng miền ($p > 0,05$).

3.5. Đặc điểm về tuân thủ điều trị của bệnh nhân
3.4.1. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ - không tuân thủ điều trị.

Bảng 3.6. Đặc điểm về số lần điều trị của bệnh nhân (N=277)

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	Tần số	Tỷ lệ (%)
1 lần	277	100,0
2 lần	234	84,5
3 lần	129	46,6

Theo số liệu thu thập từ 01/6/2016-01/6-2017 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân đến điều trị tại khoa Nha Chu lần thứ 2 là 84,5%. Tỷ lệ bệnh nhân đến điều trị đủ 3 lần (tuân thủ

điều trị) là 46,6%

3.4.2. Mối liên quan giữa đặc điểm dân số - xã hội với tuân thủ điều trị

Bảng 3.7. Một số yếu tố đặc điểm dân số xã hội với tuân thủ điều trị

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	n	Tuân thủ điều trị		P
		Có (n = 129)	Không (n=148)	
Vùng				
Trung tâm	88	55 (62,5)	33 (37,5)	<0,001
Vùng ven	89	45 (50,6)	44 (49,4)	
Ngoại thành	23	8 (34,8)	15 (65,2)	
Tỉnh khác	77	21 (27,3)	56 (72,7)	
Nghề nghiệp				
Công nhân viên	102	58 (56,9)	44 (43,1)	<0,001
Lao động tự do	81	26 (32,1)	55(67,9)	
Nội trợ	60	38 (63,3)	22 (36,7)	
<i>Phép kiểm chi bình phương</i>				

Yếu tố vùng miền cư trú và nghề nghiệp bệnh nhân liên quan tới sự tuân thủ điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trong khi đó yếu tố giới tính và nhóm tuổi không liên quan tới sự tuân thủ điều trị ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi thực hiện theo dõi trên 277 bệnh nhân đến khám và điều trị nha chu tại khoa Nha Chu thuộc Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh từ

ngày 01/6/2016 đến 01/6/2017. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ điều trị nha chu là 42,2% thấp hơn nam 57,8%. Điều này được giải thích do đối tượng bệnh nhân đến điều trị tại khoa Nha Chu đa số đều gặp phải vấn đề bệnh lý nặng. Trong khi đó, nữ giới thường có thói quen chăm sóc răng miệng tốt hơn so với nam giới, do đó số lượng nữ giới điều trị nha chu trong nghiên cứu thấp hơn nam.

Trong tổng 277 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 44,4±8,4 tuổi, phù hợp với lứa tuổi bị bệnh VNC mạn tính theo phân loại của Hiệp hội Nha Chu Mỹ (AAP), về vùng cư trú, không những tiếp nhận bệnh nhân vùng trung tâm thành phố, vùng ven hay ngoại thành mà bệnh viện RHM TP còn tiếp nhận bệnh nhân các tỉnh khác lân cận TP.HCM như Bình Dương, Bà

Rịa – Vũng Tàu, Tiền Giang... và xa hơn nữa là Thanh Hóa, Hà Tĩnh.

Trong lần khám đầu tiên, không có bệnh nhân nào có điểm số PI, GI tốt hoặc rất tốt. Hầu hết đều gặp tình trạng vệ sinh răng miệng kém (82,3%), viêm nướu nặng (84,8%). Kết quả về chỉ số mảng bám răng, chỉ số nướu trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Phùng Tiến Hải (2008), Nguyễn Thị Hồng Minh năm 2010, số bệnh nhân có chỉ số mảng bám 3 điểm chiếm 2/3 tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Các triệu chứng lâm sàng thể hiện qua các chỉ số mảng bám răng (PI), chỉ số nướu (GI), độ sâu túi nha chu (PPD), mất bám dính lâm sàng (CAL) trong nghiên cứu này tương tự với một số nghiên cứu của của Joshi (2007), M.R. Vivekananda (2010) trong bảng 4.1.

Bảng 4.1. So sánh các chỉ số lâm sàng giữa các nghiên cứu

	PI (Điểm)	GI (Điểm)	PPD (mm)	CAL (mm)
NC của chúng tôi	2,27 ± 0,69	2,05± 0,5	5,35 ± 1,34	5,09 ± 2,49
Nguyễn Thị Hồng Minh (2010)			4,95 ± 0,87	5,78 ± 1,67
Joshi (2007)	1,15 ± 0,75	2 ± 0,0	5,7 ± 0,73	5,8 ± 1,69
MR.Vivekananda(2010)	1.79 ±0.36	1.85 ± 0.22	5,26 ± 0,03	3.93 ±0.93

Dựa trên phim Panorex kỹ thuật số, tỷ lệ bệnh nhân có tiêu xương dạng ngang 59,9% chiếm tỷ lệ cao nhất, thể hiện tiêu xương lâu. Tỷ lệ bệnh nhân bị tiêu xương kết hợp 36,8%, thể hiện bệnh viêm nha chu mạn tính trong giai đoạn hoạt động.

Về mức độ bệnh VNC mạn, tỷ lệ cao nhất bệnh nhân viêm nha chu mức độ nặng 53%, tiếp theo là mức độ trung bình 31,8% và mức độ nhẹ là 15,2%, điều này chứng tỏ vẫn còn nhiều bệnh nhân chưa quan tâm nhiều tới sức khỏe răng miệng nói riêng và sức khỏe toàn thân nói chung, chỉ đi khám và điều trị khi bệnh lý nặng và xảy ra nhiều biến chứng cũng như ảnh hưởng rõ ràng tới chức năng ăn nhai.

Trong tổng số 277 bệnh nhân, tỷ lệ tuân thủ điều trị (đi đủ 3 lần) là 46,6% và có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nghề nghiệp và vùng miền cư trú (p < 0,05). Như vậy khoảng cách về địa lý càng lớn cũng là 1 trong những lí do bệnh nhân không trở lại tái khám theo quy trình điều trị hay theo định kì. Về yếu tố nghề nghiệp, nhóm công nhân viên chức có tỷ lệ tuân thủ cao hơn cho thấy một phần nào điều kiện về kinh tế, thời gian hay sự

nhận thức về sức khỏe cao hơn, quan tâm tới chất lượng cuộc sống hơn những nhóm ngành nghề khác. Trong 129 bệnh nhân đi đủ 3 lần, các chỉ số lâm sàng PI, GI, PPD, CAL giảm có ý nghĩa thống kê giữa lần tái khám 2 so với lần tái khám 1 và lần khám đầu tiên (p < 0,05). Chứng tỏ bệnh nhân có thực hiện tốt vệ sinh răng miệng theo hướng dẫn của nhân viên nha khoa, cũng như loại bỏ thói quen xấu, tình trạng nướu răng dần được cải thiện, săn chắc hơn, góp phần làm giảm độ sâu túi nha chu và tăng tái bám dính lâm sàng. Ngoài ra cũng cho thấy rằng hiệu quả của điều trị viêm nha chu mạn không những phụ thuộc vào can thiệp của bác sĩ, máy móc hay thuốc mà còn phụ thuộc rất nhiều vào ý thức, sự hợp tác và tuân thủ của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu là thông tin quan trọng làm cơ sở theo dõi hiệu quả điều trị trên lâm sàng, đồng thời gợi ý các khuyến cáo trong tư vấn giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân, nhằm nâng cao ý thức chăm sóc răng miệng của người bệnh.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hồng Minh (2010) *Nghiên cứu các vi khuẩn gây bệnh viêm quanh răng và ứng dụng điều trị trên lâm sàng*, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội,
2. Periodontol J (2003) “Diagnosis of periodontal diseases”. *American Academy of Periodontology* 74, pp. 1237-1247.
3. Campus G (2005) “Diabetes and periodontal disease: A case-control study”. *The Journal of Periodontology*, 76 (3), pp.418-425.
4. Nakano K (2008) “Distribution of Porphyromonas gingivalis fimA genotypes in cardiovascular specimens from Japanese patients”. *Oral Microbiol Immunol*, 23 (2), pp. 170-172.
5. Atsushi Saito et al (2009) “Assessment of oral self-care in patients with periodontitis: a pilot. Tokyo, Japan “. *BMC Oral Health*, pp.27-36.
6. Oliveira Costa F et al (2011) “Progression of periodontitis in a sample of regular and irregular compliers under maintenance therapy: a 3-year follow-up study”. *The Journal of Periodontology*, pp.32-45.
7. Jacob P (2011) “Prevalence of periodontitis in the Indian population: A literature review”. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 15 (1), pp.29–34.
8. et al Liu ZX (2013) “Comparative analysis of the relationship between of chronic periodontitis patients’ compliance and clinical efficacy”. pp.32-56.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ THAY THỂ CÁC CHẤT GÂY NGHIỆN DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG METHADONE TẠI THÁI BÌNH

Phạm Văn Diệu¹, Phạm Nam Thái², Vũ Phong Túc³

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả được tiến hành trên 450 người bệnh với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị thay thế các chất gây nghiện dạng thuốc phiện bằng Methadone tại Thái Bình từ 6/2016 đến 12/2017 chúng tôi thu được kết quả như sau: Hiệu quả rõ rệt về giảm sử dụng ma túy bất hợp pháp ở những người bệnh tham gia điều trị Methadone: tỷ lệ sử dụng ma túy giảm từ 100% trước khi điều trị xuống còn 8,4% tại thời điểm 18 tháng sau nghiên cứu (CSHQ: 91,6% và $p < 0,001$). Tỷ lệ có hành vi phạm pháp luật có tiền án, tiền sự giảm từ 35,8% trước điều trị xuống 3,8% tại thời điểm 18 tháng sau nghiên cứu (CSHQ: 89,4%; $p < 0,001$); tỷ lệ có hành vi bạo lực gia đình giảm từ 13,8% xuống 0,27% sau 18 tháng nghiên cứu (CSHQ: 98%; $p < 0,001$). Tỷ lệ người bệnh có việc làm sau 18 tháng nghiên cứu là 91,9% cao hơn so với thời điểm trước khi điều trị (79,1%) với CSHQ=16,2%, trong đó tỷ lệ có việc làm ổn định sau 18 tháng nghiên cứu (57,6%) tăng lên so với trước điều trị là 11,3%, tỷ lệ người bệnh không có việc làm đã giảm từ 20,9% trước điều trị xuống còn 8,1% sau 18 tháng nghiên cứu.

Từ khóa: Methadone.

ABSTRACT:

EFFECTIVENESS OF METHADONE MAINTENANCE TREATMENT AMONG OPIOID DEPENDENCE PATIENTS IN THAI BINH PROVINCE

The descriptive study was implemented among 450 patients which aimed to describe the effectiveness of methadone maintenance treatment among opioid dependence patients in Thai Binh province from 2016 to 2017.

The results show that the significant effectiveness on reducing opium use among the patients: The percentage of opium use dropped from 100% before treatment to 8.4%

at 18 months post-study with effectiveness index (EI): 91.6% and $p < 0.001$. The percentage of violating a law and having criminal record has been reduced from 35.8% before treatment to 3.8% at 18 months post-study (EI: 89.4%; $p < 0.001$). The percentage of domestic violence has decreased from 13.8% to 0.27% after 18 months of the study (EI: 98%, $p < 0.001$). The percentage of patients who had job after 18 months of the study was higher than the time before treatment (91.9% versus 79.1% with EI: 16.2%). The percentage of unemployed patients has decreased from 20.9% before treatment to 8.1% after 18 months of study.

Key words: Methadone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị nghiện và dự phòng tái nghiện ma túy là thách thức lớn của nhiều quốc gia trên thế giới. 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. Công tác điều trị nghiện thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone 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 các huyện/thành phố. Để đánh giá công tác điều trị bằng Methadone chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu theo phương pháp nghiên cứu mô tả với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị thay thế các chất gây nghiện dạng thuốc phiện bằng Methadone tại Thái Bình.

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 Methadone.

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

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2016 đến tháng 12/2017.

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện ở 9 cơ sở điều trị Methadone tại 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

Thu thập thông tin theo phương pháp mô tả, triển khai nghiên cứu, thu thập các chỉ số nghiên cứu theo từng giai

đoạn từ lúc bắt đầu nghiên cứu, sau 12 tháng và 18 tháng.

Sử dụng các phương pháp phân tích thống kê so sánh các chỉ số được thu thập sau 18 tháng sử dụng Methadone dưới sự giám sát của nhóm nghiên cứu để:

Phân tích các chỉ số về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đối chiếu với chỉ số chung trong và ngoài nước, chỉ phí hiệu quả đối với việc sử dụng Methadone. Sự thay đổi của tình trạng sử dụng ma túy bao gồm hành vi sử dụng chung bơm kim tiêm; sự thay đổi hành vi tình dục, bao gồm loại bạn tình và tỷ lệ sử dụng bao cao su; nâng cao hành vi/sự tương tác xã hội bao gồm việc giảm sự tham gia vào các hoạt động tội phạm và sự thành công trong việc hòa nhập với xã hội; sức khỏe thể chất và tâm thần của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tình trạng bệnh nhân tham gia nghiên cứu sau 18 tháng

Tình trạng điều trị	Trước điều trị (1)		Sau 12 tháng (2)		Sau 18 tháng (3)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tham gia nghiên cứu	450	100	383	85,1	370	82,2
Kết thúc nghiên cứu	0	0	67	14,9	80	17,8

Qua kết quả tại bảng 3.1 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân tham gia nghiên cứu sau 12 tháng là 85,1% và sau 18 tháng là 82,2%. Tỷ lệ bệnh nhân kết thúc nghiên cứu từ 14,9% đến 17,8%.

Bảng 3.2. Hiệu quả điều trị trong giảm hành vi vi phạm pháp luật và bạo lực gia đình

Chỉ tiêu đánh giá	Trước điều trị (1) (n =450)		Sau 12 tháng (2) (n =383)		Sau 18 tháng (3) (n =370)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tiền án, tiền sự	161	35,8	11	2,9	14	3,8
CSHQ; p	CSHQ ₍₁₋₂₎ : 91,1%; CSHQ ₍₁₋₃₎ : 89,4%; p < 0,001					
Có hành vi bạo lực	62	13,8	1	0,26	1	0,27
CSHQ; p	CSHQ ₍₁₋₂₎ : 98,1%; CSHQ ₍₁₋₃₎ : 98,0%; p < 0,001					

Tỷ lệ bệnh nhân có hành vi vi phạm pháp luật (có tiền án và tiền sự) từ 35,8% trước điều trị methadone đã giảm xuống 2,9% sau 12 tháng nghiên cứu và 3,8% sau 18 tháng nghiên cứu. Sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ là rất có ý nghĩa thống kê (p<0,001); CSHQ đạt 91,1%

và 89,4%.

Tỷ lệ bệnh nhân có hành vi bạo lực gia đình từ 13.8% trước điều trị đã giảm xuống 0,26% sau 12 tháng và 0,27% sau 18 tháng. Sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ là rất có ý nghĩa thống kê (p<0,001); CSHQ đạt 98,1% và 98,0%.

Bảng 3.3. Kết quả theo dõi xét nghiệm nước tiểu dương tính với ma túy theo thời gian

Thời gian nghiên cứu	Test dương tính	Tỷ lệ %
Trước điều trị	450/450	100
Bắt đầu	91/450	20,2
Sau 3 tháng	75/432	17,4
Sau 6 tháng	55/392	14,0
Sau 9 tháng	42/387	10,9
Sau 12 tháng	35/383	9,1
Sau 18 tháng	31/370	8,4
CSHQ (sau 18 tháng): 91,6%, p<0,001		

Kết quả theo dõi xét nghiệm nước tiểu của bệnh nhân dương tính với ma túy đã giảm từ 100% trước điều trị xuống 8,4% sau 18 tháng nghiên cứu với CSHQ: 91,6%, và p<0,001.

Bảng 3.4. Hiệu quả điều trị trong giảm bệnh nhân dùng chung bơm kim tiêm

Tình trạng	Trước điều trị (1)		Sau 12 tháng (2)		Sau 18 tháng (3)	
	(n=351)		(n=52)		(n=17)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Có dùng chung	21	6,0	2	3,8	0	0
CSHQ; p	CSHQ ₍₁₋₂₎ : 36,6%, CSHQ ₍₁₋₃₎ : 100%; p <0,001					

Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân dùng chung BKT khi tiêm chích ma túy giảm rõ rệt khi điều trị methadone, cụ thể giảm từ 6% trước điều trị xuống còn 3,8% sau 12 tháng nghiên cứu và không còn trường hợp bệnh nhân nào dùng chung bơm kim tiêm sau 18 tháng.

Bảng 3.5. Hiệu quả của bệnh nhân tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế và dịch vụ hỗ trợ xã hội

Chỉ tiêu	Trước điều trị (1)		Sau 12 tháng (2)		Sau 18 tháng (3)	
	(n =450)		(n =383)		(n =370)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế	274	61,0	296	77,3	307	83,0
CSHQ; p	CSHQ ₍₁₋₂₎ : 91,1%; CSHQ ₍₁₋₃₎ : 89,4%; p< 0.001					
Có hành vi bạo lực	68	15,1	66	17,2	52	14,1
CSHQ; p	CSHQ ₍₁₋₂₎ : 98.1%; CSHQ ₍₁₋₃₎ : 98%; p< 0.001					

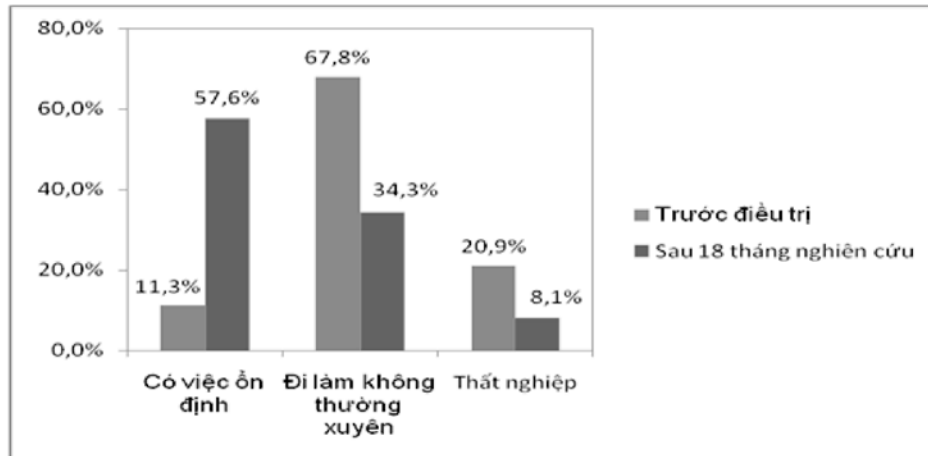


Tỷ lệ bệnh nhân tiếp cận và sử dụng DVYT, như can thiệp giảm tác hại, truyền thông thay đổi hành vi tương đối cao, từ 61% trước điều trị, sau đó tiếp cận điều trị Methadone là 77% sau 12 tháng nghiên cứu và sau đó các dịch vụ chuyển tuyến được tăng cường lên 83% sau 18

tháng nghiên cứu.

Tỷ lệ bệnh nhân tiếp cận và sử dụng DVXH không có sự thay đổi đáng kể và vẫn ở mức độ rất thấp từ 15% trước điều trị đến 17% sau 12 tháng nghiên cứu và còn 14% sau 18 tháng nghiên cứu.

Biểu đồ 3.1: Tình trạng việc làm của đối tượng nghiên cứu



Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có việc làm sau 18 tháng nghiên cứu là 91,9% cao hơn so với thời điểm trước khi điều trị (79,1%) với CSHQ=16,2%, trong đó tỷ lệ có việc làm ổn định sau 18 tháng nghiên cứu (57,6%) tăng lên so với trước điều trị là 11,3%, tỷ lệ bệnh nhân thất nghiệp đã giảm từ 20,9% trước điều trị xuống còn 8,1% sau 18 tháng nghiên cứu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của đề tài cũng chứng minh lý thuyết Methadone làm giảm sử dụng ma túy bất hợp pháp là phù hợp với thực tiễn: tỷ lệ bệnh nhân dương tính với ma túy khi xét nghiệm nước tiểu đã giảm từ 100% trước điều trị Methadone xuống là 11% sau 12 tháng nghiên cứu và 8,4% sau 18 tháng nghiên cứu, sự khác biệt giữa trước điều trị với sau điều trị 12 tháng và 18 tháng sau nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, CSHQ đạt được sau 18 tháng là 94,5%.

Kết quả nghiên cứu của đề tài cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác về hiệu quả của điều trị Methadone đã làm giảm việc sử dụng ma túy: Kết quả nghiên cứu của Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai, nghiên cứu đầu tiên trong môi trường bệnh viện về điều trị Methadone tại Việt Nam, điều trị thí điểm Methadone tại TP. Hà Nội (với 68 người tiêm chích ma túy) và TP. Hải Phòng (với 74 người tiêm chích ma túy),

thời gian từ 1996 đến năm 2002, kết quả đã làm giảm rõ rệt hành vi sử dụng CDTP bất hợp pháp: Tỷ lệ người sử dụng ma túy giảm từ 100% xuống còn 18% sau 6 tháng và chỉ còn 9% sau 2 năm điều trị

V. KẾT LUẬN

- Có hiệu quả rõ rệt về giảm sử dụng ma túy bất hợp pháp ở những người tham gia điều trị Methadone: tỷ lệ sử dụng ma túy giảm từ 100% trước khi điều trị xuống còn 8,4% tại thời điểm 18 tháng sau nghiên cứu (CSHQ: 91,6% và $p < 0,001$).

- Điều trị Methadone làm giảm các vi phạm pháp luật trong gia đình và xã hội: Tỷ lệ có hành vi phạm pháp luật có tiền án, tiền sự giảm từ 35,8% trước điều trị xuống 3,8% tại thời điểm 18 tháng sau nghiên cứu (CSHQ: 89,4%; $p < 0,001$); tỷ lệ có hành bạo lực gia đình giảm từ 13,8% xuống 0,27% sau 18 tháng nghiên cứu (CSHQ: 98%; $p < 0,001$).

- Tỷ lệ bệnh nhân điều trị Methadone được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế và dịch vụ hỗ trợ xã hội còn thấp và không cải thiện được sau 12 tháng và 18 tháng nghiên cứu.

- Tỷ lệ bệnh nhân có việc làm sau 18 tháng nghiên cứu là 91,9% cao hơn so với thời điểm trước khi điều trị (79,1%) với CSHQ=16,2%, trong đó tỷ lệ có việc làm ổn định sau 18 tháng nghiên cứu (57,6%) tăng lên so với trước điều trị là 11,3%, tỷ lệ bệnh nhân thất nghiệp đã

giảm từ 20,9% trước điều trị xuống còn 8,1% sau 18 tháng nghiên cứu ($p < 0.05$).

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. Để chương trình điều trị Methadone đạt hiệu quả cao, cần thiết phải triển khai đồng thời các chương trình hỗ trợ cho người điều trị Methadone về định hướng nghề nghiệp, giới thiệu tạo việc làm, dạy nghề, dạy văn hóa, điều trị về tâm lý xã hội, hướng dẫn rèn luyện thể chất, nâng cao thu nhập, giảm các gánh nặng về chi phí bệnh tật, cải thiện điều kiện sống của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lại Kim Anh, Nguyễn Thanh Long, Đỗ Văn Dũng, Hoàng Đình Cảnh (2008), “Nghiên cứu hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI trên nhóm nghiện chích ma túy tại Cần Thơ, 2006-2007”, *Tạp chí Y học Thực hành*, 742-743, tr. 210-214.

2. Bộ Y tế (2010), Đánh giá bước đầu triển khai thí điểm điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại thành phố Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh, Báo cáo kết quả đề tài nghiên cứu cấp Bộ.

3. Bộ Y tế (2011), Tổng kết công tác điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại Hà Nội.

4. Nguyễn Dương Châu Giang (2015), Tuân thủ điều trị của bệnh nhân điều trị Methadone tại thành phố Đà Nẵng và một số yếu tố liên quan năm 2015, Trường Đại học Y tế Công cộng.

5. Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai (2005), Nghiên cứu thí điểm điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại Tp Hà Nội và Tp Hải Phòng, Báo cáo đề tài nghiên cứu cấp Bộ.



THỰC TRẠNG MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM KHU VỰC ĐỒNG BẰNG VEN BIỂN BẮC BỘ

Trần Kiên¹, Trần Quang Trung¹

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành điều tra toàn bộ ở các trung tâm y tế và hồi cứu các ca bệnh tại 4 tỉnh khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ năm 2014, gồm: Hải Phòng, Nam Định, Thái Bình và Ninh Bình, nhằm phân tích đặc điểm dịch tễ một số bệnh truyền nhiễm liên quan tới biến đổi khí hậu. Ở 4 tỉnh chỉ có 1 người mắc sốt rét ác tính tại Thái Bình và không có người chết do sốt rét. Tỷ lệ mắc sốt rét/100.000 dân cao nhất tại Nam Định (98,8) và thấp nhất tại Thái Bình (21,8). Mắc sốt xuất huyết Dengue trung bình/năm cao nhất tại Thái Bình (31 ca), Nam Định (19 ca) và có xu hướng giảm ở cả 4 tỉnh. Số ca sốt xuất huyết Dengue bắt đầu tăng từ tháng 9 đến tháng 11 mà đỉnh điểm cao nhất là tháng 10. Tỷ lệ mắc viêm não vi rút cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ chung của miền Bắc (năm 2011 miền Bắc tỷ lệ mắc/100.000 là 2,21 thì Thái Bình là 6,9) và có xu hướng gia tăng. Bệnh viêm gan vi rút cũng như hội chứng lỵ tản phát quanh năm, rải rác ở các địa phương của các tỉnh. Bệnh nhân mắc hội chứng cúm gặp ở hầu hết các địa phương, Thái Bình mắc nhiều nhất (72.302 trường hợp), thấp nhất là Hải Phòng (9.920 trường hợp).

Từ khóa: Đồng bằng Bắc bộ, bệnh truyền nhiễm, đặc điểm dịch tễ, ca bệnh.

ABSTRACT

THE STATUS OF SOME INFECTIOUS DISEASES IN THE COASTAL ZONE OF NORTHERN DELTA

We conducted a comprehensive survey at medical centers and a retrospective study of cases in four provinces in the coastal zone of Northern Delta in 2014, including Hai Phong, Nam Dinh, Thai Binh and Ninh Binh in order to analyze the epidemiological characteristics of some infectious diseases related to climate change. In these provinces, there was only one case report of malaria in Thai Binh and no malaria deaths. Malaria prevalence rates was highest in Nam Dinh (98.8 per 100,000) and

lowest in Thai Binh (21.8 per 100,000). The prevalence rate of dengue disease was highest in Thai Binh (31 cases per year), Nam Dinh (19 cases per year) and tended to decrease in all four provinces. The number of dengue cases began to increase from September to November with a peak in October. The prevalence rate of viral encephalitis is much higher than that of Northern Vietnam (In 2011, the incidence rate in Northern Vietnam was 2.21 per 100,000 while the rate in Thai Binh was 6.9 per 100,000) and tends to increase. Viral hepatitis as well as dysentery syndrome occurred sporadically throughout the year and was scattered in localities of the provinces. Patients with the influenza syndrome were in most localities. Influenza prevalence rates was highest in Thai Binh (72,302 cases) and lowest in Hai Phong (9,920 cases).

Keywords: Northern Delta, infectious diseases, epidemiological characteristics, case.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là nước có điều kiện địa lý tự nhiên phức tạp, thiên tai, thảm họa, dịch bệnh thường xuyên xảy ra. Biến đổi khí hậu và sự phát sinh, phát triển bệnh truyền nhiễm là một quá trình có liên quan với nhau thông qua nhiều cơ chế. Như một quy luật, sau thiên tai môi trường thường bị xáo trộn lớn, nguồn nước, đất và không khí bị ô nhiễm nặng là một trong những nguyên nhân chính gây bùng phát các vụ dịch bệnh truyền nhiễm, gồm cả các bệnh của động vật, bệnh có ổ dịch tự nhiên, bệnh từ nơi khác đến. Theo thống kê của Bộ Y tế, những năm gần đây đã xuất hiện nhiều loại dịch bệnh và có chiều hướng gia tăng như: dịch viêm đường hô hấp cấp (SARS), Rubella, cúm gia cầm, cúm A H₅N₁, sốt xuất huyết, sốt rét, bệnh dại, thương hàn, viêm não vi rút, viêm não mô cầu. Tỷ lệ mắc bệnh do dịch lây hàng năm chiếm từ 19,8%- 25,7% tổng số người mắc; tỷ lệ chết hàng năm 13,2%- 30,1% tổng số người tử vong do bệnh và tai nạn. Các đợt nóng xuất hiện ngày càng nhiều và cường độ mạnh hơn sẽ làm

1. Học viện Quân y

» Ngày nhận bài: 01/04/2018 | » Ngày phản biện: 07/04/2018 | » Ngày duyệt đăng: 15/04/2018

tăng tỷ lệ bệnh tật và tử vong, nhất là người nghèo, người già và trẻ em. Gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe cộng đồng và phát triển kinh tế- xã hội.

Xuất phát từ những vấn đề trên chúng tôi nghiên cứu thực trạng một số bệnh truyền nhiễm liên quan tới biến đổi khí hậu khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ.

Mục tiêu nghiên cứu:

Đánh giá thực trạng một số bệnh truyền nhiễm liên quan tới biến đổi khí hậu khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

1. *Đối tượng nghiên cứu:* Thông số dịch bệnh của khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ. Ca bệnh chẩn đoán mắc các bệnh truyền nhiễm.

2. *Địa điểm nghiên cứu:* Khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ, gồm: Thành phố Hải Phòng, tỉnh Thái Bình, Nam Định và Ninh Bình.

3. *Thời gian nghiên cứu:* Từ 6/2013 đến 12/2014.

4. *Nội dung nghiên cứu:* Phân tích đặc điểm dịch tễ một số bệnh liên quan tới biến đổi khí hậu tại khu vực

đồng bằng ven biển Bắc bộ.

5. *Phương pháp nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- Điều tra hồi cứu về tình trạng bệnh tật, tử vong do mắc các bệnh liên quan đến biến đổi khí hậu của 4 tỉnh/ thành phố từ sổ sách thống kê tại Trung tâm y tế dự phòng tỉnh và hồi cứu các ca bệnh.

- Điều tra thực trạng mắc bệnh tại thời điểm nghiên cứu: khám sức khỏe tổng quát, thu thập số liệu từ sổ sách tình trạng sức khỏe định kỳ của 4 tỉnh/thành phố.

* Công cụ nghiên cứu: Phiếu điều tra, giấy, sổ sách, bút để ghi chép được sử dụng để thu thập các thông tin cần thiết từ sổ sách thống kê tại Trung tâm y tế dự phòng và từ hồi cứu các ca bệnh trong thời gian từ 2004 đến 2014.

6. *Xử lý số liệu:* Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata và xử lý bằng phần mềm Stata.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Bệnh sốt rét:

Bảng 1. Tình hình số bệnh nhân sốt rét khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ

Địa phương	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013-2014	Tổng cộng
Hải Phòng	1.036	911	857	765	604	4.173
Nam Định	2.470	2.463	2.268	2.080	1.968	11.249
Thái Bình	317	221	176	205	240	1.159
Ninh Bình	1.313	1.034	965	887	316	4.515

Số bệnh nhân sốt rét từ 2005- 2013 cao nhất tại Nam Định (11.249 người) và thấp nhất tại Thái Bình (1.159 người).

Bảng 2. Tình hình mắc, chết do sốt rét khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ- 2014

Địa phương	Số người bị sốt rét	Trong đó		Tỷ lệ/100.000 người	
		Ác tính	Chết	Mắc	Chết
Toàn quốc	60.547	141	25	70,23	0,03
Vùng ĐB Sông hồng	7.135	1	0	38,47	0
Hải Phòng	604	0	0	32,72	0
Nam Định	1.968	0	0	98,87	0
Thái Bình	240	1	0	21,81	0
Ninh Bình	316	0	0	87,15	0



Trên toàn quốc số người mắc sốt rét ác tính cao (241 người), tuy nhiên 4 tỉnh đồng bằng ven biển Bắc bộ chỉ có mắc 1 người tại Thái Bình, đồng thời tại 4 tỉnh không có

người nào chết do sốt rét. Tỷ lệ mắc/100.000 dân cao nhất tại Nam Định (98,87) và thấp nhất tại Thái Bình (21,81).

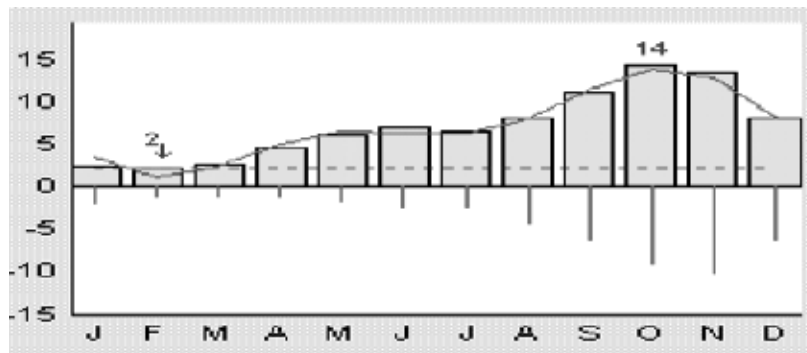
2. Bệnh sốt xuất huyết Dengue:

Bảng 3. Tình hình mắc, chết do sốt xuất huyết khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ

Địa phương	Năm 2005-2010			Năm 2011-2014		
	Mắc (TB/năm)	Chết	Mắc/100.000	Mắc (TB/năm)	Chết	Mắc/100.000
Hải Phòng	11	0	0,60	6	0	0,38
Nam Định	19	0	0,95	8	0	0,35
Thái Bình	31	0	1,66	8	0	0,48
Ninh Bình	0	0	0,00	1	0	0,96

Mắc sốt xuất huyết Dengue (2005-2010) trung bình/năm cao nhất tại Thái Bình (31 ca) và Nam Định (19 ca) và những năm 2011-2014 có xu hướng giảm ở cả 4 tỉnh.

Biểu đồ 1. Phân bố dịch tễ học sốt xuất huyết Dengue theo tháng



Thời điểm tháng 4 và tháng 5 hàng năm, số ca sốt xuất huyết Dengue bắt đầu tăng và thời điểm cao nhất của dịch bắt

đầu từ tháng 9 đến tháng 11 mà đỉnh điểm cao nhất là tháng 10.

3. Bệnh viêm não vi rút:

Bảng 4. Tình hình bệnh nhân viêm não vi rút khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ

Địa danh	Năm 2005-2010			Năm 2011-2014		
	Mắc (TB/năm)	Chết	Mắc/100.000	Mắc (TB/năm)	Chết	Mắc/100.000
Hải Phòng	35	0	1,91	55	0	2,98
Nam Định	11	0	0,55	13	0	0,65
Thái Bình	133	0	7,12	131	0	6,99
Ninh Bình	0	0	0,00	0	0	0,00

So với cả nước bệnh viêm não vi rút tại một số tỉnh thuộc khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ có tỷ lệ mắc cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ chung của miền Bắc (năm 2011 miền Bắc tỷ lệ mắc/100.000 là 2,21

thì Thái Bình là 6,99, Hải Phòng là 2,98). Đồng thời trong những năm gần đây, viêm não vi rút có xu hướng gia tăng.

4. Bệnh viêm gan vi rút:

Bảng 5. Tình hình bệnh nhân viêm gan vi rút khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ

Địa danh	Năm 2005-2010			Năm 2011-2014		
	Mắc (TB/năm)	Chết	Mắc/100.000	Mắc (TB/năm)	Chết	Mắc/100.000
Hải Phòng	284	0	15,54	275	0	14,90
Nam Định	77	0	3,87	76	0	3,82
Thái Bình	895	0	47,89	866	0	46,24
Ninh Bình	64	0	6,89	127	0	13,56

Bệnh viêm gan vi rút tản phát quanh năm, rải rác ở các địa phương của các tỉnh thuộc khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ. Nguyên nhân gây bệnh đã xác định được nhiều chủng vi rút gây viêm gan khác nhau (A, B, C...) và khác nhau về đường lây. Đặc biệt quan

tâm là viêm gan vi rút B (là một bệnh lây truyền cả qua đường máu, đường tình dục có tỷ lệ HBsAg(+) khá cao trong các cộng đồng dân cư, tuy nhiên đã có vaccin phòng bệnh).

5. Tình hình bệnh nhân mắc hội chứng lỵ:

Bảng 6. Tình hình bệnh nhân mắc hội chứng lỵ khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ

Địa danh	Năm 2005-2010			Năm 2011-2014		
	Mắc (TB/năm)	Chết	Mắc/100.000	Mắc (TB/năm)	Chết	Mắc/100.000
Hải Phòng	2.790	0	152,65	3.105	0	168,21
Nam Định	3.711	0	186,37	4.323	0	217,19
Thái Bình	8.172	0	437,29	5.969	0	318,70
Ninh Bình	2.924	0	314,92	2.620	0	279,82

Hội chứng lỵ gặp ở hầu hết các địa phương trong các tỉnh thuộc khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ, năm

2011-2014 tỉnh Thái Bình mắc nhiều nhất (5.969 trường hợp), thấp nhất là tỉnh Ninh Bình (2.620 trường hợp).



6. Tình hình bệnh nhân mắc hội chứng cúm:

Bảng 7. Tình hình bệnh nhân mắc hội chứng cúm khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ

Địa danh	Năm 2002-2010			Năm 2011		
	Mắc (TB/năm)	Chết	Mắc/100.000	Mắc (TB/năm)	Chết	Mắc/100.000
Hải Phòng	9.481	0	518,74	9.920	0	536,52
Nam Định	18.234	0	915,73	17.976	0	892,40
Thái Bình	56.086	0	3001,18	72.302	0	3824,46
Ninh Bình	18.397	0	1981,37	19.096	0	2033,03

Bệnh nhân mắc hội chứng cúm gặp ở hầu hết các địa phương trong các tỉnh thuộc khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ, năm 2011-2014 tỉnh Thái Bình mắc nhiều nhất (72.302 trường hợp), thấp nhất là Hải Phòng (9.920 trường hợp).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, số trường hợp thu dung và điều trị các bệnh liên quan đến biến đổi khí hậu ở trên có xu hướng gia tăng, đặc biệt là những năm có nhiều biến động về thời tiết, khí hậu. Số vụ dịch, số loại bệnh dịch cũng tăng cao vào các năm có nhiều biến động về khí hậu, thời tiết. Dịch bệnh truyền nhiễm có diễn biến phức tạp và có chiều hướng gia tăng, số vụ dịch lớn vào năm có thời tiết, khí hậu biến đổi bất thường. Số bệnh nhân sốt rét từ 2005- 2013 cao nhất tại Nam Định (11.249 người) và thấp nhất tại Thái Bình (1.159 người). Trên toàn quốc số người mắc sốt rét ác tính cao (241 người), tuy nhiên 4 tỉnh đồng bằng ven biển Bắc bộ chỉ có mắc 1 người tại Thái Bình, đồng thời tại 4 tỉnh không có người nào chết do sốt rét. Tỷ lệ mắc/100.000 dân cao nhất tại Nam Định (98,87) và thấp nhất tại Thái Bình (21,81). Sốt xuất huyết Dengue trung bình/năm cao nhất tại Thái Bình (31 ca) và Nam Định (19 ca) và có xu hướng giảm ở cả 4 tỉnh. Thời điểm tháng 4 và tháng 5 hàng năm, số ca sốt xuất huyết Dengue bắt đầu tăng và thời điểm cao nhất của dịch bắt đầu từ tháng 9 đến tháng 11 mà đỉnh điểm cao nhất là tháng 10. So với cả nước bệnh viêm não vi rút tại một số tỉnh thuộc khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ có tỷ lệ mắc cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ chung của miền Bắc (năm 2011 miền Bắc tỷ lệ mắc/100.000 là

2,21 thì Thái Bình là 6,99, Hải Phòng là 2,98). Đồng thời trong những năm gần đây, viêm não vi rút có xu hướng gia tăng. Bệnh viêm gan vi rút tân phát quanh năm, rải rác ở các địa phương của các tỉnh thuộc khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ. Nguyên nhân gây bệnh đã xác định được nhiều chủng vi rút gây viêm gan khác nhau (A, B, C...) và khác nhau về đường lây. Đặc biệt quan tâm là viêm gan vi rút B (là một bệnh lây truyền cả qua đường máu, đường tình dục có tỷ lệ HBsAg(+) khá cao trong các cộng đồng dân cư, tuy nhiên đã có vaccin phòng bệnh). Hội chứng lỵ gặp ở hầu hết các địa phương trong các tỉnh thuộc khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ. Năm 2011-2014 tỉnh Thái Bình mắc nhiều nhất (5.969 trường hợp), thấp nhất là tỉnh Ninh Bình (2.620 trường hợp). Bệnh nhân mắc hội chứng cúm gặp ở hầu hết các địa phương trong các tỉnh thuộc khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ, tỉnh Thái Bình mắc nhiều nhất (72.302 trường hợp), thấp nhất là Hải Phòng (9.920 trường hợp).

Biến đổi khí hậu là điều kiện thuận lợi cho sự phát sinh, phát triển bệnh truyền nhiễm, dịch bệnh gia tăng ở các vùng có khí hậu thời tiết thay đổi bất thường. Vấn đề tác động của biến đổi khí hậu đến bệnh tật và các tác động khác nhau của nó đến môi trường sống, môi trường sinh thái phức tạp của con người, ảnh hưởng không nhỏ tới phát triển kinh tế-xã hội.

V. KẾT LUẬN

- Khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ có tỷ lệ mắc sốt rét cao hơn nhiều so với chỉ tiêu chung của chương trình phòng chống sốt rét quốc gia. Tỷ lệ mắc SR/100.000 dân cao hơn chỉ tiêu quốc gia: Nam Định: 98,87, Ninh Bình: 87,15.

- Bệnh sốt Dengue/ sốt xuất huyết Dengue trong những năm gần đây diễn biến khá phức tạp. Tuy dịch không có chu kỳ rõ ràng, dịch xảy ra liên tục qua các năm với tính chất chu kỳ hàng năm với khởi phát vào cuối tháng 4 đầu tháng 5 và tăng nhanh đạt đỉnh cao nhất ở tháng 10.

- Viêm não do vi rút gây thành dịch trên địa bàn các tỉnh thuộc khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ. So với cả nước và miền Bắc, thì 4 tỉnh có tỷ lệ mắc cao hơn rất nhiều (miền Bắc tỷ lệ mắc/100.000 là 2,21 thì Thái Bình là 6,99, Hải Phòng là 2,98) và trong những năm gần đây, viêm não vi rút có xu hướng gia tăng.

- Ly là một bệnh truyền nhiễm có số mắc hàng năm cao nhất trong số các bệnh truyền nhiễm đường tiêu hóa ở các tỉnh thuộc khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ. Số mắc nhiều tập trung chủ yếu ở Nam Định, Thái Bình. Bệnh xảy ra quanh năm lẻ tẻ hoặc tản phát, có khi bùng phát thành dịch.

- Bệnh nhân mắc hội chứng cúm gặp ở hầu hết các địa phương trong các tỉnh thuộc Khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ, năm 2011-2014 tỉnh Thái Bình mắc nhiều nhất (72.302 trường hợp), thấp nhất là Hải Phòng (9.920 trường hợp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Tài nguyên và Môi trường (2009), *Kịch bản biến đổi khí hậu và nước biển dâng cho Việt Nam*.
2. Nguyễn Khắc Hiếu (2008), “Tổng quan về các kịch bản biến đổi khí hậu toàn cầu và kết quả Hội nghị Liên Hợp quốc về BĐKH ở Bali”, *Báo cáo tại Hội thảo BĐKH toàn cầu và ứng phó của Việt Nam*, Hà Nội 26-29/2/2008
3. Nguyễn Văn Thắng và nnk (2010), *Nghiên cứu ảnh hưởng của biến đổi khí hậu đến các điều kiện tự nhiên, tài nguyên thiên nhiên và đề xuất các giải pháp chiến lược phòng tránh, giảm nhẹ và thích nghi, phục vụ phát triển bền vững kinh tế xã hội ở Việt Nam*. Báo cáo tổng kết đề tài KHCN cấp Nhà nước thuộc chương trình KC08.13/06-10, Hà Nội.
4. Trần Thực, Lê Nguyên Tường (2008), *Những tác động của biến đổi khí hậu đối với nước ta*, Tạp chí Tài nguyên Môi trường, 4/2008.
5. To Van Truong, Tarek Ketelsen (2009), *Water Resources in the Mekong Delta : A History of Management, A Future of Change*.



THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC Ở HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TẠI HÀ NỘI NĂM 2017

**Nguyễn Mạnh Tiến¹, Đặng Vũ Phương Linh¹, Đặng Minh Điểm², Trịnh Xuân Thắng³,
Nguyễn Công Minh¹, Trần Thị Anh¹, Dương Hải Yến¹, Nguyễn Thành Hưng¹**

TÓM TẮT:

Theo Tổ chức Y tế thế giới (TCYTTG), hoạt động thể lực định nghĩa là bất kỳ sự chuyển động của cơ thể được thực hiện bởi hệ cơ xương, có tiêu hao năng lượng. Hoạt động thể lực có thể coi là một biện pháp hữu hiệu để nâng cao sức khỏe và phòng chống bệnh tật đối với cá nhân và cộng đồng. Thêm vào đó, hoạt động thể lực còn là một mặt giáo dục quan trọng, không thể thiếu trong sự nghiệp giáo dục và đào tạo (GD&ĐT) ở nước ta. Tuy nhiên, hiện nay chúng tôi chưa tìm thấy đề tài trong nước thực hiện về chủ đề này, trên nhóm học sinh trung học phổ thông (THPT). Vì vậy, nghiên cứu là cơ sở khoa học giúp lãnh đạo các nhà trường có thể đẩy mạnh phong trào tập luyện thể dục thể thao cho học sinh hiệu quả hơn. Nghiên cứu áp dụng thiết kế cắt ngang mô tả, với phương pháp định lượng. Thực hiện trên 425 học sinh ở 3 trường THPT trên địa bàn Hà Nội, từ tháng 03-12/2017. Kết quả cho thấy: thời lượng và trị số chuyển hóa năng lượng tương đương của các hoạt động hàng ngày chưa phân bố phù hợp. Cao nhất là hoạt động học tập/làm việc: $6,55 \pm 2,12$ giờ/ngày và $15,42 \pm 5,84$ MET-giờ/ngày. Trong khi hoạt động thể thao đạt giá trị thấp nhất là 0,03 giờ/ngày và 0,19 MET-giờ/ngày. Trung bình tổng trị số chuyển hóa năng lượng tương đương trong ngày của học sinh là $44,06 \pm 6,52$ MET-24 giờ/ngày (95% KTC: 3,42-44,71 MET-24 giờ/ngày). Tỷ lệ học sinh đạt hoạt động thể lực tính tại, cường độ nhẹ và cường độ vừa phải lần lượt là: 8,1%; 91,1% và 0,8%. Trong đó: chỉ có 0,8% số học sinh đạt mức độ hoạt động thể lực theo khuyến nghị của TCYTTG. Kết luận: gia đình và nhà trường cần tạo điều kiện, giúp học sinh nâng cao hoạt động thể lực của bản thân, để đạt lợi ích về sức khỏe và thành tích tốt trong học tập.

Từ khóa: Hoạt động thể lực, trung học phổ thông, đơn vị chuyển hóa tương đương.

ABSTRACT:

PHYSICAL ACTIVITY STATUS AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS IN HANOI, 2017

According to the WHO, physical activity (PA) is defined as any movement of the body made by musculature, which consumes energy. PA can be considered as an effective means of promoting health and preventing illness for individuals and society. In addition, PA is an important and indispensable aspect of ministry of education and training in our country. However, there are currently no domestic research on this subject, in the group of high school students. So, research is the scientific basis to help leaders of schools can promote the movement of physical exercise sports for students, effectively. Research applied cross-sectional study, with the quantitative method. Implemented over 425 students in 3 high schools in Hanoi, from 03-12/2017. The results: the duration and energy metabolite equivalents of daily activities are not well distributed. The highest was study/work: 6.55 ± 2.12 hours/day and 15.42 ± 5.84 MET-hours/day. While sports activity was lowest at 0.03 hours/day and 0.19 MET-hours/day. Average total number of equivalent energy metabolism in days of students was 44.06 ± 6.52 MET-24 hours/day (95% CI: 3.42-44.71). Percentage of students in the inactive, the light and moderate intensity PA in turn is: 8.1%, 91.1%, 0.8%. Just have 0.8% students get level of PA due to recommendation of WHO. Conclusion: the family and the school should create conditions, students improve their PA themselves, to gain the benefits of health and academic performance.

1. Trường Đại học Y tế Công cộng

Tác giả Nguyễn Mạnh Tiến 0984756290, manhtien.huph@gmail.com

2. Trường Đại học Y khoa Tokyo Việt Nam

3. Viện Nghiên cứu Karolinska, Thụy Điển

» Ngày nhận bài: 01/02/2018 | » Ngày phản biện: 08/02/2018 | » Ngày duyệt đăng: 20/02/2018

Key words: Physical activity, high school, metabolic equivalent of task.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoạt động thể lực là một mặt giáo dục quan trọng không thể thiếu trong sự nghiệp GD&ĐT, góp phần thực hiện mục tiêu “Nâng cao dân trí, đào tạo nhân lực, bồi dưỡng nhân tài” cho đất nước [1]. Trong những năm qua, đất nước ta đã có những bước phát triển vượt bậc trong tất cả các lĩnh vực, đặc biệt là lĩnh vực thể dục thể thao và công tác thể chất cho học sinh tại các nhà trường. Tuy nhiên hiện nay, hoạt động thể lực của học sinh tại các trường THPT còn nhiều yếu kém nhất định. Công tác giảng dạy thể dục thể thao vẫn còn nặng tính hình thức, hạn chế năng lực thể chất của học sinh. Chương trình môn học thể dục nội-ngoại khóa chưa phù hợp với đặc điểm tâm sinh lý của học sinh, nên chưa nâng cao được sức khỏe toàn diện... [2]. Mặt khác, qua báo cáo SAVY II vào năm 2015, chỉ có 23,8% thanh thiếu niên độ tuổi 16-19 thường xuyên tập thể dục thể thao. Và có đến 47,6% tự đánh giá sức khỏe mình ở mức trung bình, chiếm tỷ lệ cao nhất trong tự đánh giá tình trạng sức khỏe của lứa tuổi này [3]. Qua tìm hiểu, chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu trong nước thực hiện về chủ đề này. Nghiên cứu sẽ là cơ sở khoa học giúp lãnh đạo nhà trường có thể đẩy mạnh phong trào tập luyện thể dục thể thao cho học sinh một cách có hiệu quả. Do vậy, nghiên cứu thực hiện nhằm đạt mục tiêu là mô tả thực trạng hoạt động thể lực ở học sinh THPT tại Hà Nội năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, sử dụng phương pháp định lượng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Gồm học sinh lớp 10, lớp 11 và lớp 12 được lựa chọn ngẫu nhiên tại 3 trường THPT tại Hà Nội. Cụ thể là: THPT Vân Nội, THPT Ngô Gia Tự và THPT Hồng Thái. Nghiên cứu thực hiện từ tháng 03-12/2017.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Không giới hạn độ tuổi, học sinh tự nguyện đồng ý tham gia và có đủ năng lực hành vi trả lời bộ câu hỏi.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Học sinh vắng mặt tại thời điểm nghiên cứu, mắc khiếm khuyết trên cơ thể-gây hạn chế hoạt động thể lực bình thường, phụ huynh/người bảo trợ không đồng ý cho học sinh tham gia.

2.3. Cỡ mẫu

Được tính theo công thức cắt ngang một tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu nghiên cứu.

p: Tỷ lệ ước lượng hoạt động thể lực của học sinh không đạt mức khuyến nghị TCYTGG (chọn $p = 0,5$ vì chưa có nghiên cứu ở Việt Nam thực hiện chủ đề này).

d: Độ chính xác tuyệt đối mong muốn, chọn $d = 5\%$.

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số giới hạn tin cậy; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ở độ tin cậy 95% khi $\alpha=0,05$.

Thay số ta có: $n = 384$ đối tượng. Nhằm giảm sai số nên chúng tôi tăng cỡ mẫu thêm 11%, vì vậy có tổng 425 học sinh THPT tham gia nghiên cứu.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Lập danh sách các trường THPT tại Hà Nội, được thống kê trên website của Sở GD&ĐT thành phố Hà Nội [10]. Theo đó, có 295 trường hiện đang hoạt động, tính đến 10/08/2017. Tiến hành chọn ngẫu nhiên 3 trường THPT trong danh sách đã lập ở trên, bằng hàm random trong Excel. Đối với mỗi trường, chúng tôi lập danh sách số lớp học theo 3 khối (khối 10-12). Thực hiện chọn ngẫu nhiên toàn bộ học sinh của 1 lớp trong 1 khối, như danh sách bằng hàm random trong Excel. Như vậy, có tổng số 9 lớp đại diện cho 3 trường THPT tại Hà Nội, tham gia nghiên cứu.

2.5. Bộ công cụ nghiên cứu

Để mô tả hoạt động thể lực, chúng tôi tiến hành phát vấn bộ câu hỏi Active-Q Physical Activity Questionnaire cho các học sinh thỏa mãn tiêu chí nghiên cứu. Bộ câu hỏi được thiết kế bởi Viện Nghiên cứu Karolinska, Thụy Điển vào 02/10/2014 [11] và được dịch sang tiếng Việt, thử nghiệm chỉnh sửa phù hợp với văn hóa Việt Nam. Bao gồm các câu hỏi về tần suất và thời gian hoạt động thể lực, trên 5 lĩnh vực là: học tập và /hoặc làm việc; phương tiện di chuyển; giải trí; chơi thể thao và ngủ.

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm EPIdata 3.1 và phân tích bởi phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN



Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam giới	171	40,2
	Nữ giới	254	59,8
Tuổi	15 tuổi	112	26,3
	16 tuổi	158	37,2
	17 tuổi	155	36,5
Khối lớp	Lớp 10	142	33,4
	Lớp 11	143	33,6
	Lớp 12	140	33,0
Trường THPT	Vân Nội	150	35,3
	Ngô Gia Tự	140	32,9
	Hồng Thái	135	31,8
Loại hình đào tạo	Công lập	285	67,1
	Dân lập	140	32,9
Khu vực trường học	Nông thôn	285	67,1
	Thành thị	140	32,9
Tổng		425	100

Nghiên cứu tiến hành trên tổng số 425 học sinh THPT, trong đó: có 254 nữ giới (59,8%) và 171 nam giới (40,2%). Tỷ lệ học sinh nữ: nam là 1,5. Học sinh có độ tuổi từ 15 đến 17, với số lượng lần lượt là: 112, 158 và 155 học sinh. Chiếm tỷ lệ tương ứng: 26,3%, 37,2% và 36,5%. Ở cả 3 khối (lớp 10-lớp 12) thì có số lượng học sinh tham gia xấp xỉ bằng nhau. Nghiên cứu lựa chọn ngẫu nhiên 3 trường THPT, trong đó: số học sinh tại THPT Vân Nội tham gia cao nhất là 150 học sinh (35,3%) và tham gia thấp nhất là 135 học sinh của THPT Hồng Thái (31,8%). Kết quả còn cho thấy: số học sinh theo học hình thức công lập cao gấp 2 lần so với học sinh dân lập. Khi loại hình công lập có 285 học sinh (67,1%) và 140 học sinh dân lập (32,9%). Theo khu vực trường học thì có 285 học sinh học tại các trường ở nông thôn (67,1%), cao hơn 34,2% so với học sinh tại trường ở thành thị.

Số lượng đối tượng tham gia nghiên cứu, có kết quả tương đồng với tác giả Shashank Negi và cộng sự [4] và khác biệt với kết quả điều tra của Wi-Young So, Braithwaite IE và cộng sự, I. O. Senbanjo và cộng sự [5-7]. Các nghiên cứu này có số lượng học sinh tham gia lớn, hầu hết là điều tra quốc gia hoặc quốc tế về sức khỏe thanh thiếu niên. Trong các kết quả có báo cáo về giới tính, thì tác giả Wi-Young So; Shashank Negi và cộng sự [4-5] đều cho thấy không có sự tương đồng về tỷ lệ giới tính so với nghiên cứu này. Có thể lý giải là do việc lựa chọn ngẫu nhiên đối tượng học sinh tham gia.

Ở hầu hết nghiên cứu trên thế giới, đều được thực hiện trên lứa tuổi thanh thiếu niên và vị thành niên (từ 12-18 tuổi) [4-5]. Sự khác biệt này là do mỗi đề tài có những mục tiêu và nguồn lực nghiên cứu khác nhau. Chúng tôi

chỉ thực hiện trên lứa tuổi vị thành niên 15-17 tuổi, tương ứng với học sinh từ lớp 10-lớp 12.

So sánh với nghiên cứu Shashank Negi và cộng sự [4] thì có sự khác biệt về tỷ lệ học sinh tham gia ở

trường công và dân lập. Cụ thể: trong 400 học sinh thì có 170 học sinh dân lập (42,5%) và 180 học sinh công lập (45%). Có thể lý giải là do việc lựa chọn ngẫu nhiên học sinh tham gia.

Bảng 2. Thời lượng hoạt động thể lực của từng hoạt động trong ngày (đơn vị: giờ/ngày)

Hoạt động thể lực	Phân bố chuẩn		
	Tần số (n)	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Học tập/làm việc	425	6,55	± 2,12
Ngủ	424	7,26	± 1,68
Hoạt động thể lực	Phân bố không chuẩn		
	Tần số (n)	Trung vị	Khoảng
Phương tiện di chuyển	422	0,53	4,48
Giải trí	404	4,16	55,00
Chơi thể thao	412	0,03	9,97

Học sinh được hỏi về thời lượng hoạt động thể lực của từng hoạt động trong ngày và kết quả cho thấy: thời gian học tập trung bình một ngày là 6,55 (± 2,12) giờ; thời lượng ngủ trưa và ngủ đêm trung bình là 7,26 (± 1,68) giờ/ngày. Trung vị về thời gian di chuyển bằng phương tiện của bản thân là 0,53 giờ/ngày (khoảng: 4,48 giờ/ngày). Thời gian mỗi ngày dành cho hoạt động giải trí có trung vị là 4,16 giờ (khoảng: 55 giờ). Trong những hoạt động hàng ngày, thì thời lượng của học sinh khi chơi thể thao là thấp nhất: với trung vị chỉ có 0,03 giờ (khoảng: 9,97 giờ).

Qua kết quả trên, ta thấy rằng học sinh THPT dành phần lớn thời gian trong ngày vào việc học tập/đi làm thêm. Khi thời gian cho hoạt động thể thao còn thấp. Điều đó có thể giải thích, bậc học THPT là giai đoạn mà học sinh dành nhiều thời gian cho việc học tập, để kỳ vọng có thành tích tốt trong kỳ thi tốt nghiệp trung học phổ thông quốc gia. Mặt khác, chương trình học ở giai đoạn này khá nặng và chiếm nhiều thời gian so với hai bậc tiểu học và trung học cơ sở, nên đây cũng là một nguyên nhân của thực trạng này.

Bảng 3. Trị số chuyển hóa năng lượng tương đương của từng hoạt động trong ngày (đơn vị: MET-giờ/ngày)

Hoạt động thể lực	Phân bố chuẩn		
	Tần số (n)	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Học tập/làm việc	425	15,42	± 5,84
Ngủ	424	7,26	± 1,68
Hoạt động thể lực	Phân bố không chuẩn		
	Tần số (n)	Trung vị	Khoảng
Phương tiện di chuyển	422	1,49	16,89
Giải trí	403	6,83	136,04
Chơi thể thao	412	0,19	56,13



Trung bình trị số chuyển hóa năng lượng tương đương của hoạt động học tập/làm việc là 15,42 (\pm 5,84) MET-giờ/ngày; hoạt động ngủ là 7,26 (\pm 1,68) MET-giờ/ngày. Kết quả phân tích cũng cho thấy: 422 học sinh có trung vị về trị số chuyển hóa năng lượng tương đương, của hoạt động di chuyển bằng phương tiện là 1,49 (khoảng: 16,89) MET-giờ/ngày. Năng lượng sử dụng cho hoạt động giải trí là 6,83 MET-giờ/ngày và đạt giá trị

thấp nhất là hoạt động chơi thể thao, chỉ là 0,19 (khoảng: 56,13) MET-giờ/ngày.

Tương tự với kết quả ở thời lượng hoạt động thể lực, học sinh có trị số chuyển hóa năng lượng tương đương phần lớn dành cho học tập/đi làm thêm. Trong khi hoạt động thể thao có giá trị thấp nhất. Bởi vì, trị số chuyển hóa năng lượng tương đương sẽ bằng thời lượng nhân với giá trị MET tương ứng của từng hoạt động.

Bảng 4. Mức độ hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu

Mức độ hoạt động thể lực		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Xếp loại nhóm MET	Tĩnh tại (MET < 1,5)	32	8,1
	Nhẹ (1,5 ≤ MET < 3,0)	359	91,1
	Vừa phải (3,0 ≤ MET < 6,0)	3	0,8
	Mạnh (MET ≥ 6,0)	0	0
Khuyến nghị TCYTTG	Đạt (≥ 3,0 MET-1 giờ/ngày)	3	0,8
	Chưa đạt (< 3,0 MET-1 giờ/ngày)	391	99,2
Tổng		394	100

Mức độ hoạt động thể lực của học sinh được đánh giá bởi 2 phương pháp là: xếp loại nhóm MET và khuyến nghị của TCYTTG. Theo xếp loại nhóm MET thì trong 394 đối tượng: có 32 học sinh hoạt động thể lực tĩnh tại (8,1%), 359 học sinh đạt hoạt động thể lực cường độ nhẹ (91,1%), hoạt động thể lực cường độ vừa phải có 3 học sinh (0,8%) và không học sinh nào đạt hoạt động thể lực cường độ mạnh. Còn theo khuyến nghị TCYTTG thì: 3 học sinh có hoạt động thể lực đạt (0,8%) và 391 học sinh khác chưa đạt hoạt động thể lực ở mức tối thiểu (99,2%). Ngoài ra, nghiên cứu còn chỉ ra rằng: trung bình tổng trị số chuyển hóa năng lượng tương đương trong ngày của học sinh đạt 44,06 (\pm 6,52) MET-24 giờ/ngày. Và ước tính, học sinh THPT tại Hà Nội có tổng hoạt động thể lực dao động từ 43,42-44,71 MET-24 giờ/ngày.

Tỷ lệ học sinh không đạt mức hoạt động thể lực theo khuyến nghị là 99,2%, cao hơn so với tỷ lệ trung bình ở đối tượng thanh thiếu niên (11-17 tuổi) trên toàn cầu là 81%. Con số này cũng cao hơn ở tỷ lệ thanh thiếu niên ở khu vực Đông Nam Á, là 74% [8]. Từ đó, có thể thấy thực trạng hoạt động thể lực của học sinh THPT là rất đáng báo

động, khi so sánh với một số chỉ số trên thế giới thì đều có tỷ lệ cao hơn. Tuy nhiên, các kết quả trên được đánh giá theo tính chất tham khảo, bởi vì đối tượng trong nghiên cứu (15-17 tuổi) có thể sẽ đạt tỷ lệ cao hơn khi so sánh với toàn bộ lứa tuổi thanh thiếu niên (11-17 tuổi). Trên thực tế, cũng đã có một vài nghiên cứu trên thế giới đưa ra kết quả tương đồng, khi chỉ ra tỷ lệ không đạt hoạt động thể lực theo khuyến nghị ở nhóm thanh thiếu niên lên tới 90,6% [9].

IV. KẾT LUẬN

Thời lượng và trị số chuyển hóa năng lượng tương đương của các hoạt động hàng ngày chưa được phân bố phù hợp. Cao nhất là hoạt động học tập/đi làm thêm (6,55 \pm 2,12 giờ/ngày và 15,42 \pm 5,84 MET-giờ/ngày) và thấp nhất là hoạt động chơi thể thao (0,03 giờ/ngày và 0,19 MET-giờ/ngày). Trung bình tổng trị số chuyển hóa năng lượng tương đương trong ngày của học sinh là 44,06 \pm 6,52 (95% KTC: 43,42-44,71) MET-24 giờ/ngày.

Có 8,1% học sinh đạt hoạt động thể lực tĩnh tại, 91,1% hoạt động cường độ nhẹ, 0,8% hoạt động cường độ vừa phải và không có học sinh hoạt động cường độ mạnh.

Còn theo mức khuyến nghị TCYTTG thì có tới 99,2% học sinh chưa đạt hoạt động thể lực ở mức tối thiểu.

V. KHUYẾN NGHỊ

Học sinh nên tăng cường hoạt động thể lực với cường

độ vừa phải/mạnh, tối thiểu 60 phút mỗi ngày, để đem lợi ích về sức khỏe.

Gia đình và nhà trường cần phối hợp, tạo điều kiện giúp học sinh cân bằng giữa thời lượng học tập, thời gian nghỉ ngơi và hoạt động thể dục thể thao hàng ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chỉ thị số 36/CT-TU ngày 24 tháng 03 năm 1994 của Ban Bí thư Trung ương Đảng về công tác thể dục thể thao trong giai đoạn mới.
2. Đồng Hương Lan. Nghiên cứu phát triển thể chất của học sinh trung học phổ thông chuyên các tỉnh Bắc miền Trung [Luận án Tiến sĩ Khoa học giáo dục]. Trường Đại học Thể dục Thể thao Bắc Ninh; 2016.
3. Bộ Nội vụ, Quỹ Dân số Liên Hiệp quốc tại Việt Nam (UNFPA). Báo cáo Quốc gia về Thanh niên Việt Nam. Hà Nội: 2015. p. 46-52.
4. Shashank Negi, BM John, Seema Patrikar. A study of the relationship of physical activity with scholastic performance and body mass index in children 12-18 years of age. Sri Lanka Journal of Child Health 2016;45(1):18-23.
5. Wi-Young So. Association between of physical activity and academic performance in Korean adolescent students. BMC Public Health 2012;12:256.
6. Braithwaite IE, Stewart AW, Hancox RJ, Murphy R, Wall CR, Beasley R et al. Body mass index and vigorous physical activity in children and adolescents: an international cross-sectional study. Acta paediatrica 2017 Aug;106(8):1323-30.
7. I.O. Senbanjo, K.A. Oshikoya. Physical activity and body mass index of school children and adolescents in Abeokuta, Southwest Nigeria. World Journal of Pediatrics 2010 Aug;6(3):217-22.
8. WHO. Prevalence of insufficient physical activity. [Online]. Available from: URL:http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/physical_activity_text/en/.
9. de Moraes AC, Guerra PH, Menezes PR. The worldwide prevalence of insufficient physical activity in adolescents; a systematic review. Nutrición Hospitalaria 2013 May-Jun; 28(3):575-84.
10. Sở GD&ĐT thành phố Hà Nội. Danh sách các trường trung học phổ thông Hà Nội. [Online]. 2017 [cited 2017 Aug 10]. Available from: URL:<http://www.hanoi.edu.vn/Default.aspx>.
11. Department of Medical Epidemiology and Biostatistics (Karolinska Institutet). The Active-Q Physical Activity Questionnaires. [Online]. 2014 [cited 2014 Oct 02]. Available from: URL:<http://ki.se/en/meb/the-active-q-physical-activity-questionnaires>.



ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH DỰ PHÒNG BIẾN CHỨNG Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN AN THI, TỈNH HUNG YÊN NĂM 2017

Phạm Hương Lan¹, Trịnh Văn Hùng²

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Để góp phần vào công tác quản lý và điều trị bệnh nhân THA, chúng tôi tiến hành đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng biến chứng ở bệnh nhân đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện An Thi.

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng biến chứng ở bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện An Thi, tỉnh Hưng Yên năm 2017.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 276 bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện An Thi, tỉnh Hưng Yên, chưa bị biến chứng của THA, tinh thần bình thường.

Kết quả và kết luận: Tỷ lệ bệnh nhân THA điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện An Thi, tỉnh Hưng Yên có kiến thức, thái độ, thực hành đạt về dự phòng biến chứng trong bệnh THA lần lượt là 56,2%, 42,8% và 29,3%. Kiến thức, thái độ, thực hành ở bệnh nhân THA điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện An Thi, tỉnh Hưng Yên nhìn chung còn thấp.

Từ khóa: Kiến thức - thái độ - thực hành, bệnh nhân tăng huyết áp, dự phòng biến chứng, An Thi.

SUMMARY:

KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE FOR THE PREVENTIVE OF COMPLICATIONS IN OUTPATIENTS WITH HYPERTENSION WERE TREATED AT AN THI DISTRICT HEALTH CENTRE IN HUNG YEN PROVINCE IN 2017

Introduction: To contribute to the management and treatment of hypertensive patients, we conducted an

assessment of KAP for the prevention of complications in patients were treated at An Thi District Health Center. **Objective:** To evaluate KAP for the prevention of complications in outpatients with hypertension were treated at An Thi District Health Center in Hung Yen province in 2017.

Subjects and method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 276 hypertensive outpatients without complications were treated at An Thi District Health Center, Hung Yen province.

Results and conclusion: The proportion of outpatients with hypertension treated at An Thi District Health Center in Hung Yen province with KAP for the prevention of complications of hypertension was 56.2%, 42.8% and 29.3% respectively. In general, KAP for the prevention of complications of hypertension in outpatients at An Thi District Health Center in Hung Yen province was still low.

Key words: Knowledge - attitude - practice, hypertension patients, prevention of complications, An Thi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một bệnh mạn tính phổ biến nhất trên thế giới gây ra khoảng 4,5% gánh nặng bệnh tật chung toàn cầu [5] và là bệnh thường gặp ở các nước phát triển cũng như các nước đang phát triển [1],[3].

Các biến chứng của THA cũng rất đa dạng gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến toàn bộ các cơ quan, nội tạng đặc biệt là tim, não, thận, phổi, mắt, mạch ngoại vi. Tăng huyết áp là nguyên nhân chính dẫn đến các bệnh tim mạch, đột quỵ [2]. Theo ước tính của WHO, các biến chứng trong bệnh THA liên quan tới 9,4 triệu ca tử vong mỗi năm, THA gây nên 45% ca tử vong do

1. Trung tâm Y tế dự phòng Hưng Yên,
2. Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên SĐT: 0915209940

» Ngày nhận bài: 28/12/2017 | » Ngày phản biện: 01/02/2018 | » Ngày duyệt đăng: 30/02/2018

các bệnh tim mạch và ít nhất 51% số ca tử vong do đột quỵ [4].

Để góp phần vào công tác quản lý và điều trị bệnh nhân THA, chúng tôi thực hiện nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng biến chứng ở bệnh nhân đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Ân Thi. Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng biến chứng ở bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Ân Thi, tỉnh Hưng Yên năm 2017.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Ân Thi, tỉnh Hưng Yên, chưa có biến chứng của bệnh THA, tinh thần bình thường.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 3/2017 – 10/2017 tại Trung tâm Y tế huyện Ân Thi, tỉnh Hưng Yên.

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

Cỡ mẫu: Áp dụng cỡ mẫu điều tra cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu, p = 0,6; Tỷ lệ thực hành đạt của người bị THA về phòng biến chứng theo các nghiên cứu trước. d: Độ chính xác tương đối, chọn d = 0,06.

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với $\alpha = 0,05$ tương ứng với độ tin cậy là 95%. Cỡ mẫu nghiên cứu theo tính toán là: 256. Cỡ mẫu nghiên cứu thực tế là 276.

Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: Chọn tất cả các bệnh nhân đến khám tại phòng khám bệnh THA của TTYT huyện Ân Thi có đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân theo bộ câu hỏi đã thiết kế sẵn.

2.5 Phương pháp xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và sử dụng các thuật toán thống kê ứng dụng trong y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức dự phòng biến chứng trong bệnh THA của ĐTNC

Bảng 1. Kiến thức về thời gian đo huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Lựa chọn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cách theo dõi tăng huyết áp	Hàng ngày	92	33,3
	Hàng tuần	46	16,7
	Hàng tháng	138	50,3
Đánh giá kiến thức về cách theo dõi THA	Đạt	139	50,7
	Không đạt	138	50
	Tổng	276	100

Nhận xét: Có 50,3 % ĐTNC cho rằng cần đo HA hàng tháng, 16,7% ĐTNC cho rằng cần đo HA hàng tuần, 33,3% ĐTNC cho rằng cần đo HA hàng ngày. Đánh giá

kiến thức của ĐTNC về cách theo dõi tăng huyết áp dự phòng biến chứng trong bệnh THA: có 50,3% ĐTNC có kiến thức đạt và 40,7% ĐTNC có kiến thức không đạt.

Bảng 2. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về nguyên tắc điều trị và nguyên tắc dùng thuốc

Biến số	Lựa chọn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<i>Nguyên tắc điều trị THA</i>	Chỉ cần dùng thuốc	10	3,6
	Dùng thuốc kết hợp thay đổi lối sống	252	93,1
	Không biết	14	5,1
	Tổng	267	100
<i>Nguyên tắc dùng thuốc hạ áp</i>	Lâu dài, liên tục	266	96,4
	Chỉ dùng khi thấy huyết áp cao	6	2,2
	Không biết	4	1,4
	Tổng	276	100

Nhận xét: Có 93,1% ĐTNC có kiến thức đạt về nguyên tắc điều trị THA là phải dùng thuốc kết hợp thay đổi lối sống, còn lại 6,9% ĐTNC có kiến thức không đạt về nguyên tắc điều trị THA. Có 96,4% ĐTNC có kiến thức đạt về nguyên tắc dùng thuốc hạ áp là dùng lâu dài, liên tục theo chỉ định của bác sĩ và 3,6% ĐTNC có kiến thức không đạt về nguyên tắc dùng thuốc hạ áp THA.

Bảng 3. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về chỉ số tăng huyết áp

Biến số	Phân loại	Tần số	Tỷ lệ (%)
<i>Kiến thức về chỉ số THA</i>	HATT \geq 140 mmHg và/ hoặc HATTr \geq 90 mmHg	147	53,3
	Không đúng/ Không biết	129	46,7
	Tổng	276	100

Nhận xét: Có 53,3% ĐTNC có kiến thức đạt về chỉ số THA, còn lại 46,7% ĐTNC có kiến thức không đạt về chỉ số THA.

Bảng 4. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ

Biến số	Lựa chọn	Tần số	Tỷ lệ (%)
<i>Các yếu tố nguy cơ</i>	Tuổi cao	255	92,4
	Ăn mặn	231	83,7
	Uống nhiều rượu, bia	239	86,6
	Béo phì	189	68,5
	Ít vận động	189	68,5
	Hút thuốc lá, thuốc lào	236	85,5
	Gia đình có người bị THA	141	51,1
	Căng thẳng, stress	210	76,1
	Không biết	10	3,6
<i>Đánh giá kiến thức về các YTNC</i>	Đạt	187	67,8
	Không đạt	98	32,2
	Tổng	276	100

Nhận xét: Có 67,8% ĐTNC có kiến thức đạt và 32,2% ĐTNC có kiến thức không đạt về các yếu tố nguy cơ.

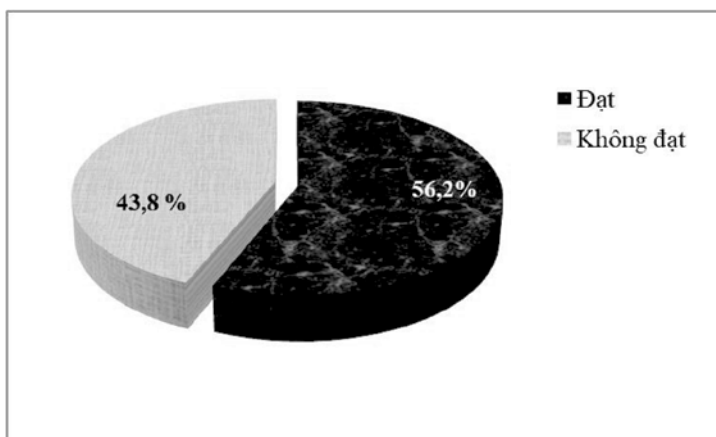
Bảng 5. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các biến chứng trong bệnh THA

Biến số	Lựa chọn	Tần số	Tỷ lệ (%)
Các biến chứng của THA	Biến chứng về não	227	82,2
	Biến chứng về tim	208	75,4
	Biến chứng về thận	164	59,4
	Biến chứng về mắt, mờ mắt	141	51,1
	Biến chứng về mạch máu	102	37
	Không biết	47	17
Đánh giá kiến thức về biến chứng	Đạt	164	59,4
	Không đạt	112	40,6
	Tổng	276	100

Nhận xét: Tỷ lệ các biến chứng mà ĐTNC biết đến nhiều nhất lần lượt là: biến chứng não (82,2%), biến chứng tim (75,4%), biến chứng thận (59,4%), biến chứng về mắt (83,7%), biến chứng về mạch máu (37%) và có

17% ĐTNC không biết về các biến chứng. Đánh giá kiến thức của ĐTNC về các biến chứng trong bệnh THA, có 59,4% ĐTNC có kiến thức đạt và 40,6% ĐTNC có kiến thức không đạt.

Biểu đồ 1. Đánh giá chung kiến thức của ĐTNC về dự phòng biến chứng trong bệnh THA



Nhận xét: Đánh giá chung kiến thức của ĐTNC về dự phòng biến chứng trong bệnh THA, có 56,2% ĐTNC có kiến thức đạt và 43,8% ĐTNC có kiến thức

không đạt.

3.2. Thái độ dự phòng biến chứng trong bệnh THA của ĐTNC



Bảng 6. Thái độ của đối tượng nghiên cứu về dự phòng biến chứng

Đánh giá thái độ dự phòng biến chứng của ĐTNC	Phân loại	Tần số	Tỷ lệ (%)
	Tốt (40 - 50 điểm)	118	42,8
	Trung bình (30 - 39 điểm)	153	55,4
	Kém (≤ 29 điểm)	5	1,8
	Tổng	276	100

Nhận xét: Có 42,8% ĐTNC có thái độ tốt về dự phòng biến chứng của THA, 55,5% ĐTNC có thái độ trung bình và 1,8% ĐTNC có thái độ kém về dự phòng biến chứng trong bệnh THA.

3.3. Thực hành dự phòng biến chứng trong bệnh THA của ĐTNC

Bảng 7. Thực hành tuân thủ điều trị tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Lựa chọn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nguyên tắc điều trị	Chỉ dùng thuốc	40	14,5
	Dùng thuốc kết hợp với thay đổi lối sống	236	85,5
Người đo HA	Nhân viên y tế	248	89,9
	Tự đo/người thân	28	10,1
Thời gian theo dõi HA	Hàng ngày	29	10,5
	Hàng tuần	13	4,7
	Hàng tháng	234	84,8
Thời gian dùng thuốc	Liên tục, lâu dài	263	95,3
	Chỉ dùng những lúc HA cao	13	4,7
Quên uống thuốc	Thỉnh thoảng	182	65,9
	Hiếm khi/không bao giờ	94	34,1

Nhận xét: Có 85,5% ĐTNC thực hiện đúng nguyên tắc điều trị là dùng thuốc với thay đổi lối sống và 14,5% ĐTNC chỉ dùng thuốc, không có ĐTNC nào chỉ thực hành là thay đổi lối sống. Có 89,9% ĐTNC thường đo huyết áp bởi nhân viên y tế và 10,1% ĐTNC thường tự đo hoặc nhờ người thân đo. Phần lớn ĐTNC đo huyết áp hàng tháng (84,8%), có 4,7% ĐTNC đo hàng tuần

và 10,5% ĐTNC đo hàng ngày. Đa số ĐTNC thực hành dùng thuốc hạ áp liên tục, lâu dài theo hướng dẫn của CBYT (95,3%), chỉ có 4,7% ĐTNC chỉ dùng những lúc huyết áp cao. Có 65,9% ĐTNC thỉnh thoảng quên uống thuốc và 34,1% ĐTNC hiếm khi hoặc không bao giờ quên uống thuốc, không có ĐTNC nào thường xuyên quên uống thuốc.

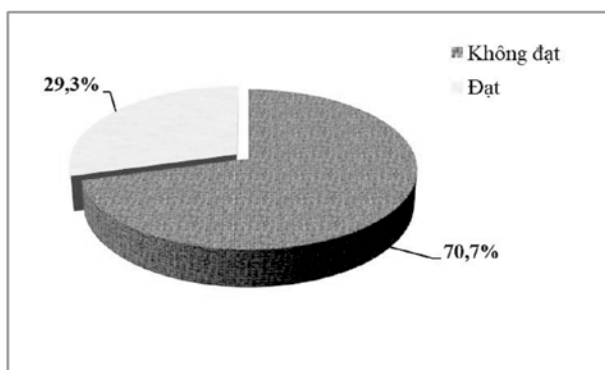
Bảng 8. Thực hành lối sống tích cực dự phòng biến chứng của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Lựa chọn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chế độ giảm ăn mặn	Đạt	147	53,3
	Không đạt	129	46,7
Chế độ ăn tăng cường rau, hoa quả	Đạt	114	41,3
	Không đạt	162	58,7
Chế độ ăn hạn chế mỡ động vật	Đạt	115	41,7
	Không đạt	161	58,3
Không hút/bỏ thuốc lá, lào	Đạt	236	85,5
	Không đạt	40	14,5
Hạn chế uống rượu, bia	Đạt	208	75,4
	Không đạt	68	24,6
Thể dục, lao động ở mức vừa phải	Đạt	71	25,7
	Không đạt	205	74,3
Kiểm tra và kiểm soát cân nặng	Đạt	32	11,6
	Không đạt	224	88,4
Kiểm tra và kiểm soát vòng bụng	Đạt	12	4,3
	Không đạt	264	95,7

Nhận xét: Có 53,3% ĐTNC thực hiện chế độ giảm ăn mặn; 41,3% ĐTNC ăn tăng cường rau, hoa quả tươi; 41,7% ĐTNC thực hiện ăn hạn chế mỡ động vật; 85,5% ĐTNC không hút hoặc bỏ hút thuốc lá, thuốc lào; 75,4% ĐTNC

thực hiện hạn chế uống rượu, bia; 25,7% ĐTNC thực hiện thể dục, lao động ở mức vừa phải, có tới 74,3% ĐTNC chưa thực hiện việc thể dục, lao động hợp lý; chỉ có 11,6% ĐTNC kiểm cân nặng và 4,3% ĐTNC kiểm soát vòng bụng hợp lý.

Biểu đồ 2. Đánh giá chung thực hành của ĐTNC về dự phòng biến chứng trong bệnh THA



Nhận xét: Đánh giá chung về thực hành dự phòng biến chứng trong bệnh THA của ĐTNC, có 29,3% ĐTNC thực hành đạt và có tới 70,7% ĐTNC thực hành không đạt.

IV. BÀN LUẬN

Về kiến thức dự phòng biến chứng của ĐTNC cho thấy, có 56,2% ĐTNC có kiến thức đạt và 43,8% ĐTNC không có kiến thức đạt. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Thanh Hòa được tiến hành trên 170 bệnh nhân THA đang được quản lý ngoại trú tại Bệnh viện E Hà Nội (2012) với 51,7% ĐTNC có kiến thức đạt về phòng biến chứng của THA và thấp hơn kết quả của Trịnh Thị Hương Giang (2013) với 82,2% người bệnh có kiến thức đạt. Từ kết quả trên cho thấy, kiến thức của người bệnh về dự phòng biến chứng trong bệnh THA còn hạn chế, đòi hỏi ngành Y tế địa phương nói chung và các BCYT nói riêng cần tăng cường công tác truyền thông và tư vấn cho người bệnh về những vấn đề liên quan đến bệnh THA và phòng tránh biến chứng của bệnh THA nhiều hơn nữa.

Về thái độ dự phòng biến chứng trong bệnh THA của ĐTNC, có 42,8% ĐTNC có thái độ tốt về dự phòng biến chứng và 57,2% ĐTNC có thái độ chưa tốt về dự phòng biến chứng trong bệnh THA. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết với nghiên cứu của Siraj Ahmad và cộng sự trên 354 bệnh nhân THA tại Ấn Độ, cho thấy có tới 77,7% ĐTNC có thái độ chưa đạt về dự phòng biến

chứng của bệnh tăng huyết áp. Từ kết quả trên cho thấy, thái độ của người bệnh về dự phòng biến chứng trong bệnh THA còn hạn chế, bệnh nhân chưa nhận thức đầy đủ về mức độ nguy hiểm của các biến chứng dẫn đến sự chủ quan, thờ ơ trong việc tuân thủ điều trị và thay đổi lối sống tích cực. Do vậy, cần phải có những chương trình truyền thông phù hợp, định kỳ để nâng cao thái độ của người bệnh THA nói riêng và của người có nguy cơ nói chung về bệnh THA, biến chứng của bệnh THA và cách phòng tránh.

Về thực hành dự phòng biến chứng của ĐTNC, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 29,3% ĐTNC có thực hành đạt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trịnh Thị Thúy Hồng với 29,4% ĐTNC có thực hành đạt. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy còn một tỷ lệ khá cao ĐTNC vẫn chưa có thực hành về phòng biến chứng của THA đạt (70,7%). Đây là một mối nguy cơ có thể dẫn tới biến chứng ở những người bị THA, làm gia tăng các trường hợp tử vong hoặc tàn phế vì bệnh THA, gây ra gánh nặng bệnh tật cho gia đình và xã hội.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân THA tại Trung tâm Y tế huyện Ân Thi, tỉnh Hưng Yên có kiến thức đạt về dự phòng biến chứng trong bệnh THA ở mức độ trung bình (56,2%). Tỷ lệ bệnh nhân THA có thái độ tốt về dự phòng biến chứng ở mức độ thấp (42,8%). Tỷ lệ bệnh nhân có thực hành về dự phòng biến chứng ở mức độ rất thấp (29,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đào Duy An (2005). Cải thiện tình trạng nhận biết, điều trị và kiểm soát tăng huyết áp: Thách thức và vai trò của truyền thông giáo dục sức khỏe. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 41, 65-72.
- Nguyễn Văn Đăng (1998). *Tai biến mạch máu não*, Nxb Y học, Hà Nội, 20-21.
- Minh, H. V., Byass, P., Huong, D. L., Chuc, N. T., Wall, S. (2007). Risk Factors for Chronic Disease Among Rural Vietnamese Adults and the Association of These Factors With Sociodemographic Variables. Findings From the WHO STEPS Survey in Rural Vietnam, 2005. *Prev Chronic Dis*, 4(2), 1-10.
- W., Joffres, M., et al (2003). Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and United States. *JAMA*, 289(18), 2363-2369.
- WHO/ISH (2003). World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens*, 21, 1938-1992.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TRƯỚC KHI SINH VÀ TÌNH TRẠNG KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG Ở TRẺ TẠI HUYỆN HOÀI ĐỨC, HÀ NỘI

Phạm Thu Hiền¹, Đỗ Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Tỷ lệ khuyết tật vận động (KTVD) chiếm tỷ lệ lớn (1-3% dân số), nghiên cứu nhằm tìm xác định các yếu tố nguy cơ qua đó có được biện pháp phòng ngừa trẻ khuyết tật. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu bệnh chứng trên 116 trẻ khuyết tật vận động và 228 trẻ bình thường, bằng việc phỏng vấn cha, mẹ trẻ, kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Trẻ sinh thiếu tháng có nguy cơ KTVD cao gấp 17,07 lần trẻ sinh đủ tháng
- Tuổi bà mẹ lúc sinh con từ 35 tuổi có nguy cơ trẻ KTVD cao gấp 2,11 lần bà mẹ có độ tuổi 20-35.
- Tuổi bố khi sinh con từ 45 tuổi có nguy cơ trẻ KTVD cao gấp 7,07 lần bố có độ tuổi nhỏ hơn 45.
- Mẹ bị ho, sốt, chảy mũi có nguy cơ trẻ KTVD cao gấp 4,87 lần bà mẹ bình thường.
- Bố, mẹ có tiền sử tiếp xúc hóa chất, chất phóng xạ có nguy cơ trẻ KTVD cao gấp 2,27 lần bố, mẹ không có tiền sử tiếp xúc.

Từ khóa: Khuyết tật vận động, yếu tố nguy cơ, cha mẹ trẻ

ABSTRACT:

RISK FACTORS AFFECTING CHILDREN WITH IMPAIRED PHYSICAL MOBILITY IN HOAI DUC OVER PRENATAL PERIOD

People with impaired physical mobility occupy a large proportion, accounting for 1-3% of the nation's population. Finding out risk-factors plays the important role in minimizing the risk of children being physically affected. For the above-mentioned reason, we conducted a case-control study of how parental risk factors affected on children with impaired physical mobility over prenatal period. Parents of 116 children living in mobility impairments and 228 normal children were interviewed. The results revealed that:

- Children who were born preterm suffered from risk of impaired physical mobility 17.07 times as much as the full-term ones.

- Children who were born to mothers from over 35 years of childbearing age suffered from risk of impaired physical mobility 2.11 times as much as those born to mothers from 20-35 years of childbearing age.

- Children whose fathers were from over 45 years of childbearing age suffered from risk of impaired physical mobility 7.07 times as much as those born to fathers from under 45 years of childbearing age.

- Mothers catching flu, cough, fever, runny nose affected children's physical mobility 4.87 times as much as healthy mothers.

- Parents with history of exposing to chemicals and radioactive substances caused children's impaired physical mobility 2.27 times as much as those without exposure history.

Keywords: Impaired physical mobility, risk-factors, parental

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo phân loại của chương trình PHCNDVCD, khuyết tật vận động (hay còn gọi là khó khăn về vận động) là một trong 7 nhóm tàn tật thường gặp. KTVD có tỷ lệ rất lớn, thường đứng cao nhất trong các dạng khuyết tật [1], [5], [11]. Tỷ lệ KTVD dao động từ 1- 3% dân số và chiếm từ 25 – 70% tổng số người khuyết tật [4], [5], [11]. Hiện nay trên thế giới những nghiên cứu về KTVD và nguy cơ gây KTVD rất được chú trọng, bởi vì căn cứ vào các nghiên cứu này các nhà y tế công cộng có thể đề ra các biện pháp dự phòng KTVD một cách rất hữu hiệu [14]. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu xác định tỷ lệ trẻ KTVD và mô hình khuyết tật, nhu cầu PHCN của trẻ KTVD. Qua đó đã có những chương trình can thiệp PHCN như: vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, tập luyện tại nhà, hỗ trợ xe lăn, dụng

1. Bệnh viện Nhi Trung ương



cụ chính hình, dụng cụ trợ giúp di chuyển, giáo dục hướng nghiệp... cho trẻ KTVĐ, nhằm làm giảm hậu quả của giảm khả năng và tàn tật, giúp trẻ KTVĐ hội nhập và tái hội nhập xã hội [1], [6]. Mặc dù các biện pháp can thiệp này đã đem lại những kết quả đáng khích lệ nhưng đó vẫn là những biện pháp còn mang tính bị động, chỉ là nhằm khắc phục những hậu quả đã xảy ra [7]. Biện pháp can thiệp quan trọng là cần chủ động hạ thấp tỷ lệ KTVĐ bằng các hoạt động dự phòng sớm [2]. Nhưng cho đến nay, tại Việt Nam, có rất ít nghiên cứu về nguy cơ gây KTVĐ. Nghiên cứu nhằm tìm ra các bằng chứng nguy cơ KTVĐ là cần thiết trong việc tìm ra các bằng chứng và các giải pháp phòng ngừa trẻ khuyết tật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

- Số liệu khám về KTVĐ của trẻ dưới 06 tuổi bị KTVĐ tại địa điểm nghiên cứu.

- Nhóm bà mẹ có trẻ KTVĐ và nhóm bà mẹ có trẻ không KTVĐ.

- Nhóm bà mẹ có trẻ KTVĐ gồm 116 bà mẹ có trẻ KTVĐ dưới 06 tuổi hiện đang sống tại huyện Hoài Đức; được khám, phân loại và xác định KTVĐ.

- Nhóm bà mẹ có trẻ không KTVĐ dưới 06 tuổi gồm 232 bà mẹ (*ghép cặp tỷ lệ 01 bệnh – 02 chứng, trẻ sinh ra cùng tuổi, cùng giới tính, ở gần nhà trẻ KTVĐ*)

- Ghép cặp về tuổi và giới tính của trẻ trong nhóm bệnh và nhóm chứng.

Địa điểm nghiên cứu: Huyện Hoài Đức.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu có 116 trẻ KTVĐ và 228 trẻ bình thường, để tránh yếu tố nhiễu, chúng tôi phân tầng so sánh, do vậy ở bảng khi so sánh tuổi thai khi sinh và tuổi bà mẹ có loại trừ 8 trường hợp.

Bảng 1. Đặc điểm của bố, mẹ ảnh hưởng đến KTVĐ ở trẻ

Đặc điểm		KTVĐ		Không KTVĐ		p	OR (CI 95%)
		SL	%	SL	%		
Tuổi thai khi sinh	Thiếu tháng (< 37 tuần)	17	70,83	7	29,17	<0,001	17,07 (2,16-16,84)
	Bình thường (37 – 42 tuần)	91	29,74	215	70,26		
Tuổi bà mẹ lúc sinh con	Tuổi ≥ 35*	23	48,94	24	51,06	0,018	2,11 (1,07-4,14)
	Tuổi 20 – 34	85	31,25	187	68,75		
Tuổi của bố lúc sinh con	≥ 45	10	8,6	3	1,3	0,001	7,07 (1,91-26,24)
	< 45	106	91,4	225	98,7		

Nghiên cứu viên chưa tìm thấy mối liên quan (có ý nghĩa thống kê, với giá trị $p < 0,05$) giữa KTVĐ với các yếu tố thông tin chung của bà mẹ như: thai già tháng ($p = 0,188$); mẹ làm ruộng so với mẹ làm các nghề khác ($p = 0,56$); tuổi của mẹ khi sinh con ($p = 0,685$). Các yếu tố còn lại có sự liên quan như sau:

Bà mẹ có con sinh ra thiếu tháng, trẻ có nguy cơ mắc KTVĐ cao gấp 17,7 lần những bà mẹ có con sinh

ra đủ tháng.

Những đứa trẻ sinh ra khi bà mẹ trên 35 tuổi có nguy cơ mắc KTVĐ cao gấp 2,1 lần những đứa trẻ sinh ra ở những bà mẹ trong nhóm tuổi 20 – 34.

Những đứa trẻ sinh ra khi người bố trên 45 tuổi có nguy cơ bị KTVĐ cao gấp 7,07 lần những đứa trẻ sinh ra khi những người bố dưới 45 tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 11,283$; $p = 0,001$).

Bảng 2. Mối liên quan giữa KTVĐ với một số YTNC trước khi sinh

Đặc điểm	Phân loại	KTVĐ		Không KTVĐ		P	OR (CI 95%)
		SL	%	SL	%		
Mẹ có tiền sử sảy thai	Có	15	12,9	22	9,5	0,332	1,42 (0,70-2,83)
	Không	101	87,1	210	90,5		
Mẹ hút thuốc lá	Có	0	0,0	0	0,0		
	Không	116	100	232	100		
Mẹ uống rượu	Có	0	0,0	0	0,0		
	Không	116	100	232	100		
Mẹ bị cúm 03 tháng đầu mang thai	Có	53	45,7	34	14,7	<0,001	4,87 (2,91-8,16)
	Không	63	54,3	198	85,3		
Gia đình có họ hàng hay người thân mắc bệnh có liên quan đến KTVĐ	Có	4	3,4	2	0,9	0,081	4,11 (0,74-22,76)
	Không	112	96,6	230	99,1		
Bố uống rượu	Thường xuyên	5	4,3	8	3,4	0,712	1,24 (0,40-3,88)
	Hiếm khi, không	111	95,7	220	96,6		
Bố, mẹ tiếp xúc hóa chất, chất phóng xạ	Có	16	51,6	15	48,4	0,027	2,27 (1,08-4,78)
	Không	100	31,9	213	68,1		
Bố, mẹ sử dụng ma túy	Có	2	66,7	1	33,3	0,23	3,98 (0,35-44,3)
	Không	114	33,4	227	66,6		

Nguy cơ mắc KTVĐ của những đứa trẻ sinh ra từ những người mẹ có tiền sử sảy thai cao gấp 1,42 lần những đứa trẻ sinh ra từ bà mẹ không có tiền sử sảy thai. Tuy vậy sự khác biệt lại không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,332$).

Không có trẻ nào thuộc cả 2 nhóm có mẹ hút thuốc lá và uống rượu khi mang thai.

Những đứa trẻ sinh ra từ những người mẹ bị bướu cổ có nguy cơ mắc KTVĐ cao gấp 2,01 lần những đứa trẻ sinh ra từ những người mẹ không bị bướu cổ. Tuy vậy, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,48$).

Nguy cơ KTVĐ của những đứa trẻ sinh ra từ những người mẹ bị ho, sốt chảy mũi (cúm) 3 tháng đầu mang thai

cao gấp 4,87 lần những đứa trẻ sinh ra từ người mẹ không bị ho, sốt chảy mũi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 39,42; p < 0,001$).

Nguy cơ mắc KTVĐ của những đứa trẻ mẹ có tiền sử bệnh KTVĐ, CPTTT, tâm thần, động kinh cao gấp 4,11 lần những đứa trẻ mẹ không có tiền sử KTVĐ CPTTT, động kinh. Tuy vậy, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 3,053; p = 0,081$).

Những đứa trẻ sinh ra khi người bố trên 45 tuổi có nguy cơ bị KTVĐ cao gấp 7,07 lần những đứa trẻ sinh ra khi những người bố dưới 45 tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 11,283; p = 0,001$).



Nguy cơ mắc bệnh của những đứa trẻ sinh ra từ những người bố uống rượu thường xuyên cao gấp 1,24 những đứa trẻ sinh ra từ những ông bố hiếm khi, không uống rượu. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 0,136$; $p = 0,712$).

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng KTVĐ ở trẻ và việc tiếp xúc hóa chất hay phóng xạ của người bố ($\chi^2 = 4,88$; $P = 0,027$). Khả năng mắc KTVĐ của trẻ khi người bố tiếp xúc với hoá chất (phóng xạ) cao gấp 2,27 lần những trường hợp bố không tiếp xúc với hoá chất hay phóng xạ.

Như vậy, mỗi liên quan không có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng KTVĐ và việc nghiện thuốc phiện của bố ($\chi^2 = 1,47$; $p = 0,23 > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tim hiểu mối liên quan giữa KTVĐ và tuổi thai trong nghiên cứu cho thấy bà mẹ có con sinh ra thiếu tháng (dưới 37 tuần tuổi) thì trẻ sinh ra có nguy cơ mắc KTVĐ cao gấp 17,7 lần những bà mẹ có con sinh ra đủ tháng (37 – 42 tuần). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Thu Hà (7,26 lần), thấp hơn so với nghiên cứu của Bengt và Harberg (27 lần) [3]. Ens, Veen, Dunin và cộng sự cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đẻ non, cân nặng khi sinh thấp (< 2.500 gr) và KTVĐ (95% CI = 42,6 – 119,6; $p = 0,001$) [9].

Mối liên quan giữa tuổi của mẹ và khuyết tật vận động ở trẻ có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu cho thấy, nguy cơ mắc KTVĐ ở những trẻ sinh ra từ các bà mẹ trên 35 tuổi lớn hơn gấp 2,1 lần ($p = 0,018$) so với các trẻ sinh ra từ bà mẹ trong nhóm 20 – 34 tuổi. Kết quả trên phù hợp với kết quả một số tác giả: Hobbs (2001); Stanley (2000) [12]. Nguy cơ có con mắc KTVĐ ở các bà mẹ trên 35 tuổi có thể liên quan đến một số yếu tố nguy cơ biến đổi gen, sức khỏe sinh sản của bà mẹ giảm sút, nguy cơ tai biến khi sinh trẻ cao. Các yếu tố này ảnh hưởng đến sự phát triển của bào thai (*suy dinh dưỡng bào thai, bất thường thai nghén...*), sự phát triển của con sau khi sinh (*không phát hiện sớm các dị tật bẩm sinh, bệnh lý sơ sinh có thể gây hậu quả xấu sau này...*). Những đứa trẻ sinh ra khi bố trên 45 tuổi có nguy cơ mắc KTVĐ cao gấp 7,04 lần những đứa trẻ sinh ra khi bố dưới 45 tuổi (OR = 7,07; 95%CI=1,91–26,24; $p = 0,001$; $\chi^2 = 11,28$). Theo Fletcher và Forley (2003), con của bố mẹ nhiều tuổi có nguy cơ mắc KTVĐ (rối loạn trương lực cơ, liệt nửa người, dị tật bẩm sinh hệ vận động...) cao hơn ở nhóm còn lại [10].

Nguy cơ mắc KTVĐ của những trẻ sinh ra từ những người mẹ có tiền sử nạo thai, sảy thai, thai chết lưu cao gấp 1,42 lần các bà mẹ không có tiền sử trên (OR = 1,42; 95%CI=0,70–2,83; $p = 0,332$; $\chi^2 = 0,94$). Những đứa trẻ sinh ra khi bố trên 45 tuổi có nguy cơ mắc KTVĐ cao gấp 7,04 lần những đứa trẻ sinh ra khi bố dưới 45 tuổi (OR = 7,07; 95%CI=1,91–26,24; $p = 0,001$; $\chi^2 = 11,28$). Theo Fletcher và Forley (2003), con của bố mẹ nhiều tuổi có nguy cơ mắc KTVĐ (rối loạn trương lực cơ, liệt nửa người, dị tật bẩm sinh hệ vận động...) cao hơn ở nhóm còn lại [10].

Kết quả nghiên cứu đã tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 39,42$, $p < 0,001$) khi tìm hiểu nguy cơ mắc KTVĐ ở trẻ khi bà mẹ bị cúm trong 03 tháng đầu của thời kỳ mang thai (OR = 4,87). Nhiều tác giả trên thế giới đã đề cập đến vai trò của một số virus gây tổn thương tế bào thần kinh của thai nhi và gây nên tình trạng KTVĐ sau này ở trẻ [8]. Điều này giúp đưa ra một số lưu ý cho các bà mẹ sau này cần thận trọng và siêu âm thường xuyên hơn để có thể phát hiện bất thường ở thai nhi trước 22 tuần (nếu có), từ đó sẽ được tư vấn phù hợp.

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa KTVĐ ở nhóm trẻ có tiền sử gia đình bất thường (OR = 4,11; 95%CI = 0,74 – 26,24; $p = 0,081$, $\chi^2 = 3,053$). Tuy nhiên, mối liên quan ở đây không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ 4/116 (3,4%) gia đình trẻ KTVĐ có tiền sử bất thường thấp hơn so với nghiên cứu của Gustavon (16,3%) và Sinha (8,3%) [3]. Monreal cho thấy sự khác biệt về nguy cơ mắc KTVĐ ở gia đình có người bị động kinh, CPTTT, teo cơ giả phi đại... (OR = 1,70; 95%CI = 1,12 – 2,47; $p = 0,02$, $\chi^2 = 1,033$) [13].

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng KTVĐ ở trẻ và việc tiếp xúc hóa chất độc hại hay phóng xạ của người bố ($p = 0,027$; OR = 2,271). Việc đánh giá mức độ ảnh hưởng và tác động do hóa chất độc hại hay phóng xạ đến người bố với tình trạng KTVĐ ở trẻ là không hề đơn giản và cần nhiều nguồn lực để có thể đưa ra một đo lường chính xác cũng như nghiên cứu có chiều sâu, đòi hỏi nhiều kinh phí hơn. Tác giả của nghiên cứu đã không tìm được nhiều tài liệu có liên quan đến chủ đề thú vị này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố nguy cơ dẫn tới tình trạng khuyết tật ở trẻ là trẻ sinh ra thiếu tháng; tuổi các bà mẹ, ông bố lúc sinh con; người mẹ bị ho, sốt chảy

máu mũi (cúm) trong 03 tháng đầu mang thai; bố, mẹ có tiếp xúc hóa chất, phóng xạ trước khi sinh con.

Cần có thêm các nghiên cứu chứng tỏ vai trò các yếu tố nguy cơ trẻ khuyết tật, tuy vậy nghiên cứu cũng cho thấy

sự phòng ngừa trẻ khuyết tật bao gồm các biện pháp liên quan đến độ tuổi sinh con của các cặp vợ chồng, tăng cường sức khỏe cho người mẹ khi mang thai và giảm tiếp xúc hóa chất, phóng xạ cho cả người mẹ và bố trước sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Dũng** (2003), *Thực trạng tàn tật và phục hồi chức năng người tàn tật tại gia đình ở hai xã huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh năm 2003*, Luận văn Thạc sỹ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng.
2. **Trần Trọng Hải** (1993), *Bại não và phục hồi chức năng*, NXB Y học.
3. **Hội Phục hồi chức năng Việt Nam** (1996), *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, NXB Y học, Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Minh Thủy** (2001), *Kết quả bước đầu điều tra dịch tễ học bại não tại tỉnh Hà Tây*, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học - Hội phục hồi chức năng, số 7, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.292-293.
5. **Benjamin DK Jr, Stoll BJ, Fanaroff AA** (2006), *Neonatal candidiasis among extremely low birth weight infants: risk factors, mortality rates, and neurodevelopmental outcomes at 18 to 22 months*, Duke Clinical Research, Duke University, USA, PMID: 16396864.
6. **Dunin WD, Rewecka TK, Milewska BB** (2000), *Risk factors for cerebral palsy in very low – birth weight infants in the 1980 – 1990s*, Journal Child Neurol, United States, 15(6), pp.417 – 420.
7. **WHO** (2001), *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, Geneva: World Health Organization; pp.1 – 30.



THỰC MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG Ở TRẺ TRONG KHI SINH SINH TẠI HUYỆN HOÀI ĐỨC - HÀ NỘI

Đỗ Mạnh Hùng¹, Phạm Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Tỷ lệ khuyết tật vận động (KTVĐ) chiếm tỷ lệ lớn, nghiên cứu nhằm tìm xác định các yếu tố nguy cơ trong quá trình trẻ được sinh ra qua đó có được biện pháp phòng ngừa trẻ khuyết tật là. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu bệnh chứng trên 116 trẻ khuyết tật vận động và 332 trẻ bình thường, bằng việc phỏng vấn cha, mẹ trẻ, kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Khả năng mắc KTVĐ những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp có đẻ khó cao gấp 3,03 lần những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp không đẻ khó.

- Những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp các bà mẹ có chuyển dạ kéo dài có nguy cơ mắc KTVĐ cao gấp 3,34 lần những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp các bà mẹ không có chuyển dạ kéo dài.

- Những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp bà mẹ phải mổ đẻ có nguy cơ mắc KTVĐ cao gấp 3,01 lần những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp mà bà mẹ không mổ đẻ.

- Những đứa trẻ đẻ nhẹ cân có nguy cơ bị KTVĐ cao gấp 18,14 lần những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp đẻ không nhẹ cân.

- Những trẻ ngạt khi sinh ra có nguy cơ bị KTVĐ cao gấp 7,85 lần những đứa trẻ không bị ngạt khi sinh.

Từ khóa: Khuyết tật vận động, yếu tố nguy cơ, mổ đẻ, nhẹ cân, ngạt.

ABSTRACT

RISK FACTORS WITH IMPAIRED PHYSICAL MOBILITY DURING THEIR MOTHER'S LABOUR IN HOAI ĐỨC

The number of children with impaired physical mobility accounts for high proportion of the nation's population. Gaining deeper understanding of risk factors of impaired physical mobility that children might be faced with is the necessary stage. For the above-mentioned reason, we conducted a case-control study of how mother's

labour affect children's physical mobility development. Parents to 116 children with impaired physical mobility and those to 332 healthy children were interviewed. The study showed that

- Children whose mothers had experienced hard labour tended to face physical mobility impairment 3.03 times as much as those born to mother without difficulties.

- Children whose mothers had experienced prolonged labour tended to face physical mobility impairment 3.34 times as much as those born to mother without long labour.

- Children born by Caesarean section risked physical mobility impairment 3.01 times as much as those born by vaginal delivery

- Children with low birthweight had physical mobility impairment 18.14 times as much as those with normal weight.

- Children born asphyxiated had physical mobility impairments 7.85 times as much as those without asphyxiation.

Key words: Impaired physical mobility, risk factors, vaginal delivery, low birthweight, asphyxiated.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo phân loại của chương trình PHCNDVCD, Khuyết tật vận động (hay còn gọi là khó khăn về vận động) là một trong 7 nhóm khuyết tật thường gặp. KTVĐ có tỷ lệ rất lớn, thường đứng cao nhất trong các dạng khuyết tật [1], [4], [7]. Tỷ lệ KTVĐ dao động từ 1- 3% dân số và chiếm từ 25 – 70% tổng số người khuyết tật [3], [4], [7]. Trẻ KTVĐ không những gặp rất nhiều khó khăn trong di chuyển, học tập, hướng nghiệp, trong sinh hoạt hàng ngày, mà còn gặp những trở ngại rất khó khắc phục trong vấn đề việc làm và thu nhập khi trưởng thành. Trẻ KTVĐ là một gánh nặng kinh tế và tinh thần cho gia đình và xã hội. Người KTVĐ không sản xuất ra của cải vật chất đóng góp

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

Ngày nhận bài: 01/12/2017 | Ngày phản biện: 02/02/2018 | Ngày duyệt đăng: 20/02/2018

cho xã hội mà ngược lại xã hội còn phải mất một phần chi phí để chăm lo cho họ [3], [4], [7].

Hiện nay trên thế giới những nghiên cứu về KTVĐ và nguy cơ gây KTVĐ rất được chú trọng, bởi vì căn cứ vào các nghiên cứu này các nhà y tế công cộng có thể đề ra các biện pháp dự phòng KTVĐ một cách rất hữu hiệu [6]. Nghiên cứu các nguy cơ quá trình sinh đến tình trạng khuyết tật ở trẻ, qua đó tìm ra bằng chứng về vai trò của các yếu tố nguy cơ từ đó cải thiện kỹ thuật, cải thiện dịch vụ sản khoa nhằm giảm thiểu tình trạng khuyết tật ở trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

- Số liệu khám về KTVĐ của trẻ dưới 06 tuổi bị

KTVĐ tại địa điểm nghiên cứu.

- Nhóm bà mẹ có trẻ KTVĐ và nhóm bà mẹ có trẻ không KTVĐ.

- Nhóm bà mẹ có trẻ KTVĐ gồm 116 bà mẹ có trẻ KTVĐ dưới 06 tuổi được khám, phân loại và xác định KTVĐ năm 2014.

- Nhóm bà mẹ có trẻ không KTVĐ dưới 06 tuổi gồm 232 bà mẹ (*ghép cặp tỷ lệ 01 bệnh – 02 chứng, trẻ sinh ra cùng tuổi, cùng giới, ở gần nhà trẻ KTVĐ*)

- Ghép cặp về tuổi và giới của trẻ trong nhóm bệnh và nhóm chứng.

Địa điểm nghiên cứu: Huyện Hoài Đức – Hà Nội

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Liên quan giữa dễ khó và KTVĐ ở trẻ

Tình trạng	KTVĐ		Không KTVĐ	
	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%
Có	36	31,03	30	12,9
Không	80	68,97	202	87,1

OR = 3,03; 95%CI=1,74–5,23; $\chi^2 = 16,49$; p < 0,001

Khả năng mắc KTVĐ những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp có dễ khó cao gấp 3,03 lần những đứa trẻ sinh

ra trong trường hợp không dễ khó. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 16,49$; p < 0,001).

Bảng 2. Liên quan giữa chuyển dạ kéo dài và KTVĐ ở trẻ

Tình trạng	KTVĐ		Không KTVĐ	
	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%
Chuyển dạ kéo dài	23	19,83	16	6,9
Không	93	80,17	216	93,1

OR = 3,34; 95%CI=1,68–6,58; $\chi^2 = 11,88$; p < 0,001

Những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp các bà mẹ có chuyển dạ kéo dài có nguy cơ mắc KTVĐ cao gấp 3,34 lần những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp các bà mẹ

không có chuyển dạ kéo dài. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 11,88$; p < 0,001).



Bảng 3. Liên quan giữa mô đẻ với trẻ KTVD

Mô đẻ \ Tình trạng	KTVD		Không KTVD	
	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%
Có	20	17,2	15	6,5
Không	96	82,8	217	93,5
OR = 3,01; 95%CI=1,39–6,60; $\chi^2 = 9,33$; p = 0,0016				

Những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp bà mẹ phải đẻ sinh ra trong trường hợp mà bà mẹ không mô đẻ. Sự mô đẻ có nguy cơ mắc KTVD cao gấp 3,01 lần những đứa khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 9,33$; p = 0,0016).

Bảng 4. Liên quan giữa Forceps với trẻ KTVD

Đẻ can thiệp \ Tình trạng	KTVD		Không KTVD	
	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%
Có	4	3,4	4	1,7
Không	112	96,6	228	98,3
OR = 2,04; 95%CI=0,37–11,12; $\chi^2 = 1,02$; p = 0,311				

Nguy cơ mắc KTVD của những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp Forceps cao gấp 2,04 lần những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp không Forceps. Tuy vậy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 1,02$; p = 0,311).

Bảng 5. Liên quan giữa việc hút lấy thai và KTVD ở trẻ

Hút lấy thai \ Tình trạng	KTVD		Không KTVD	
	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%
Có	6	5,17	8	3,4
Không	110	94,83	224	96,6
OR = 1,53; 95%CI=0,43–5,15; $\chi^2 = 0,6$; p = 0,44				

Nguy cơ mắc KTVD của những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp hút lấy thai cao gấp 1,53 lần những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp không hút lấy thai. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Mối liên quan giữa đẻ nhẹ cân với KTVĐ ở trẻ

Đẻ nhẹ cân \ Tình trạng	KTVĐ		Không KTVĐ	
	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%
Có	28	24,1	4	1,7
Không	88	75,9	228	98,3
OR = 18,14; 95%CI=6,18–53,20; $\chi^2 = 46,53$; p < 0,001				

Những đứa trẻ đẻ nhẹ cân có nguy cơ bị KTVĐ cao gấp 18,14 lần những đứa trẻ sinh ra trong trường hợp đẻ không nhẹ cân. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 46,53$; p < 0,001)

Bảng 7. Mối liên quan giữa ngạt khi sinh với KTVĐ ở trẻ

Phân loại \ Tình trạng	KTVĐ		Không KTVĐ	
	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%
Có	20	17,2	6	2,6
Không	96	82,8	226	97,4
OR = 7,85; 95%CI=3,06–20,15; $\chi^2 = 24,03$; p < 0,001				

Những trẻ ngạt khi sinh ra có nguy cơ bị KTVĐ cao gấp 7,85 lần những đứa trẻ không bị ngạt khi sinh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 24,03$; p < 0,001).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy có sự kết hợp khi phân tích 2 biến ghép cặp của yếu tố đẻ khó (OR = 3,03; 95%CI=1,74–5,23; $\chi^2 = 16,49$; p < 0,001). Quá trình đẻ khó có thể gây nên một số tổn thương, điều này có thể là những nguyên nhân gây KTVĐ ở trẻ.

Những đứa trẻ sinh ra từ các bà mẹ có chuyển dạ kéo dài thì nguy cơ mắc KTVĐ cao gấp 3,34 lần những đứa trẻ mà bà mẹ không có tình trạng này (OR = 3,34; 95%CI=1,68–6,58; $\chi^2 = 11,88$; p < 0,001). Nghiên cứu cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa KTVĐ ở trẻ và bà mẹ phải mổ đẻ (OR = 3,01; 95%CI=1,39–6,60; $\chi^2 = 9,33$; p = 0,0016). Trần Thị Thu Hà (2002) [2] cho thấy nguy cơ mắc bại não ở trẻ bị mổ đẻ cao gấp 4,01 lần (95%CI=1,75–9,52; p < 0,01). Những yếu tố nguy cơ này cần được thông báo rộng rãi để các bà mẹ có thể phát hiện sớm và đưa con đi khám để có được tư vấn thích hợp.

Trẻ sinh ra cân nặng dưới 2.500gr có nguy cơ mắc KTVĐ cao gấp 18,14 lần so với trẻ ở nhóm trên 2.500gr (OR = 18,14; 95%CI = 6,18–53,20; $\chi^2 = 46,53$; p < 0,001). Khi đưa vào mô hình hồi quy Logistic vẫn có ý nghĩa thống kê với p = 0,001. Tại Việt Nam, đã có rất nhiều nghiên cứu về tình trạng sinh non nhẹ cân (<2.500gr): tỷ lệ nhẹ cân theo Niên giám thống kê Bộ Y tế (2006) tỷ lệ này là 7,8%... nhưng chưa có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa tình trạng đẻ nhẹ cân và KTVĐ... Hy vọng việc cải thiện chất lượng cuộc sống và dinh dưỡng cho bà mẹ mang thai cùng với nỗ lực của ngành Y tế địa phương và toàn thể cộng đồng sẽ làm giảm tỷ lệ sinh non nhẹ cân, từ đó hạ thấp tỷ lệ KTVĐ do sinh non nhẹ cân gây nên.

Đây có lẽ được coi là tình trạng phổ biến nhất trong số các nguyên nhân gây bại não - một dạng khuyết tật chủ yếu ở trẻ em. Một nghiên cứu hồi cứu qua việc thống kê số liệu trong bệnh án tại khoa PHCN Bệnh viện Nhi Trung ương của bác sĩ Nguyễn Việt và cộng sự (1996) cho thấy 60% nguyên nhân gây bại não ở trẻ em là do có tiền sử ngạt khi sinh [4]. Thorarensen (1997) cũng tìm thấy 33,6% trẻ mắc rối loạn vận động khi 12 tháng tuổi có tiền sử ngạt khi sinh. Menkes cho



thấy 34% trẻ chậm phát triển vận động – trí tuệ có tiền sử ngạt khi sinh... [5]. Kết quả của nghiên cứu tại Hoài Đức đã khẳng định thêm một lần nữa hậu quả của tình trạng ngạt khi sinh ở trẻ em khi mối liên quan với KTVD có ý nghĩa thống kê (OR = 7,85; 95%CI=3,06–20,15; $\chi^2 = 24,03$; $p < 0,001$). Khi đưa vào mô hình hồi quy, mối liên quan cũng rất điển hình ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu bằng việc đối chứng 116

trường hợp khuyết tật ở trẻ với 232 trường hợp bình thường cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng khuyết tật với việc đẻ khó, chuyển dạ kéo dài, mổ đẻ, trẻ sinh ra nhẹ cân và ngạt khi sinh.

Kết quả nghiên cứu là bằng chứng quan trọng trong việc tìm ra yếu tố nguy cơ trẻ bị khuyết tật, qua đó cần có các biện pháp kỹ thuật tác động từ thời kỳ các bà mẹ mang thai và trong quá trình sinh nở nhằm giảm thiểu các yếu tố trên, từ đó giảm thiểu tình trạng khuyết tật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Dũng** (2003), *Thực trạng tàn tật và phục hồi chức năng người tàn tật tại gia đình ở hai xã huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh năm 2003*, Luận văn Thạc sỹ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng.
2. **Trần Thị Thu Hà** (2002), *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và nhu cầu phục hồi chức năng ở trẻ bại não*, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Trần Trọng Hải** (1993), *Bại não và phục hồi chức năng*, NXB Y học.
4. **Hội phục hồi chức năng Việt Nam** (1996), *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, NXB Y học, Hà Nội.
5. **Menkes JH** (1995), *Perinatal asphyxia and trauma*, Textbook of child neurology, William and Wilkins, pp.325-378.
6. **Staley F, Alberman E** (2000), *Cerebral Palsies: Epidemiology and causal Pathways*, Clinics in Developmental Medicine No.151, Mac Kein Press, pp.135 – 149.
7. **WHO (2001)**, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, Geneva: World Health Organization; pp.1 – 30.

NHẬN THỨC, THỰC HÀNH VỀ THÔNG TUYẾN VÀ CHUYỂN TUYẾN BẢO HIỂM Y TẾ CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI 4 XÃ THUỘC HUYỆN KIẾN XƯƠNG TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

Nguyễn Đức Thanh¹, Nguyễn Hà My¹, Nguyễn Văn Tiến¹,
Phạm Trường Sơn², Phan Thu Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả nhận thức, thực hành về thông tuyến và chuyển tuyến bảo hiểm y tế của người cao tuổi tại 4 xã thuộc huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình năm 2017. **Đối tượng nghiên cứu:** Người cao tuổi (NCT) 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 kết hợp định tính và định lượng. **Kết quả nghiên cứu:** Có 53,6% NCT không biết về quy định thông tuyến khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế; 12,9% NCT không biết về quy định một số đối tượng BHYT được thanh toán phí vận chuyển khi chuyển tuyến. Số lần khám, chữa bệnh thông tuyến trung bình trong năm qua của NCT là $1,34 \pm 0,6$ lần.

Từ khóa: Khám, chữa bệnh; người cao tuổi; bảo hiểm y tế; Thái Bình.

SUMMARY:

AWARENESS AND PRACTICE OF THE ELDERLY ON HOSPITAL SELECTION WHEN SEEKING FOR HEALTH CARE SERVICES COVERED BY HEALTH INSURANCE IN 4 COMMUNES, KIEN XUONG DISTRICT, THAI BINH PROVINCE IN 2017

Objective: Describe the awareness and practice of the elderly on hospital selection when seeking for health care services covered by health insurance in 4 communes, Kien Xuong district, Thai Binh province in 2017. **Method:** The cross-sectional descriptive study combined by both quantitative and qualitative methods. **Results:** 53.6% of the elderly do not know about the regulations on hospital selection when seeking for health care services covered by health insurance; 12.9% of the elderly do not know

about the regulation on payment of some specific health insurance beneficiaries for hospital reference fee when referred from a district hospital to a higher-level one. The average number of visits of the elderly who selected another hospital at the same level when seeking for health care services covered by health insurance in the previous year was 1.34 ± 0.6 times.

Key words: Medical examination and treatment; elderly; health Insurance; 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 dân số già 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% [4].

Hiện nay phần lớn người cao tuổi chưa 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 NCT thường bị hạn chế, đặc biệt là đối với người cao tuổi ở những vùng nông thôn không có thể bảo hiểm y tế. Trong khi các nước phát triển có tỷ lệ người dân tham gia bảo hiểm y tế là 99% -100% thì ở Việt Nam mới đạt có 76% năm 2015. Đáng lưu ý là tỷ lệ NCT có thể bảo hiểm y tế chỉ đạt 60% là cực kỳ đáng lo ngại cho công tác chăm sóc sức khỏe [8].

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

2. Trường Cao đẳng Y tế Thái Bình.

Huyện Kiến Xương có tỷ lệ người dân tham gia BHYT chiếm 53% [5], thực trạng nhận thức, thực hành của NCT về một số quy định của Luật BHYT ra sao. Nhằm tìm hiểu vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Mô tả nhận thức, thực hành về thông tuyến và chuyển tuyến bảo hiểm y tế của người cao tuổi tại 4 xã thuộc huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình năm 2017.

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:

+ Nghiên cứu định lượng: NCT hiện đang sinh sống tại địa bàn nghiên cứu.

+ Nghiên cứu định tính: Trạm trưởng Trạm y tế; NCT tại 4 xã.

- 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, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

a/ Cỡ mẫu

* Nghiên cứu định lượng:

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

Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là **465 NCT**.

* Nghiên cứu định tính: Phỏng vấn sâu 4 Trạm trưởng Trạm y tế và 8 NCT tại 4 xã

b/ Phương pháp chọn mẫu:

* Nghiên cứu định lượng

+ Chọn xã: 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 NCT: 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 “công liên công” để chọn đối tượng tiếp theo cho đến khi phỏng vấn đủ số đối tượng cho mỗi xã.

* Nghiên cứu định tính: Tại mỗi xã nghiên cứu, tiến hành phỏng vấn sâu Trạm trưởng và NCT đầu tiên và người cuối cùng điều tra.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn thông qua bộ phiếu điều tra và hướng dẫn phỏng vấn sâu. 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 và Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi, bổ sung năm 2014 [2], [3].

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 bằng phần mềm EPI-DATA, 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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ người cao tuổi biết về thông tuyến khám chữa bệnh bảo hiểm y tế

Kiến thức	THCS trở xuống (n = 279)		Trên THCS (n = 57)		Chung (n = 336)		P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Biết	119	42,7	37	64,9	156	46,4	<0,05
Không biết	160	57,3	20	35,1	180	53,6	

NCT biết về quy định thông tuyến KCB BHYT xuống và 64,9% NCT khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Tỷ lệ người cao tuổi biết về tuyến thăm khám bảo hiểm y tế áp dụng quy định thông tuyến

Tuyến	THCS trở xuống (n = 119)		Trên THCS (n = 36)		Chung (n = 156)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuyến xã, huyện	100	84,0	34	91,9	134	85,9
Không biết	19	16,0	3	8,1	22	14,1

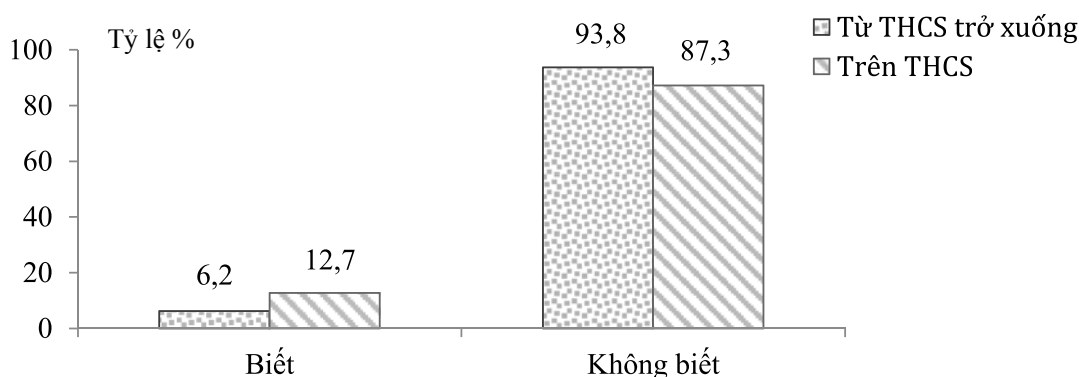
NCT biết tuyến thăm khám BHYT áp dụng quy định thông tuyến là tuyến huyện và tuyến xã chiếm tỷ lệ cao nhất (85,9%), trong đó chiếm 84,1% ở NCT có học vấn THCS trở xuống và 91,9% ở NCT khác. Có 14,1% NCT không biết về vấn đề này.

Bảng 3.3. Đánh giá của người cao tuổi về quy định thông tuyến bảo hiểm y tế

Đánh giá	Gần trung tâm (n = 79)		Xa trung tâm (n = 77)		Chung (n = 156)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất thuận tiện	34	43,0	26	33,8	60	38,5
Thuận tiện	41	51,9	46	59,7	87	55,8
Bình thường	4	5,1	5	6,5	9	5,8
Không thuận tiện	0	0	0	0	0	0

Có 38,5% và 55,8% NCT đánh giá quy định thông tuyến BHYT rất thuận tiện và thuận tiện cho người dân, trong đó ở nhóm NCT sống gần trung tâm huyện cho rằng rất thuận tiện chiếm 43,0% và 51,9% cho rằng thuận tiện, ở nhóm NCT sống xa trung tâm huyện cho rằng rất thuận tiện chiếm 33,8% và 59,7% cho rằng thuận tiện. Không có ai cho rằng quy định thông tuyến là không thuận tiện với người dân.

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người cao tuổi biết quy định một số đối tượng bảo hiểm y tế được thanh toán phí chuyển tuyến (n=336)



Theo kết quả trình bày tại Biểu đồ 3.1, chỉ có 6,2% BHYT được thanh toán phí vận chuyển khi chuyển NCT có học vấn từ THCS trở xuống và 12,7% NCT có học vấn trên THCS biết về quy định một số đối tượng học vấn. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm trình độ học vấn.

Bảng 3.4. Tỷ lệ người cao tuổi biết về các nhóm đối tượng được thanh toán phí chuyển tuyến

Kiến thức	THCS trở xuống (n = 23)		Trên THCS (n = 8)		Chung (n = 31)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hộ nghèo	16	69,6	5	62,5	21	67,7
Có công với CM, cựu chiến binh	14	60,9	5	62,5	19	61,3
Thân nhân người có công	6	26,1	2	25,0	8	25,8
Hưởng trợ cấp BTXH hàng tháng	1	4,3	1	12,5	2	6,5
Dân tộc thiểu số	1	4,3	1	12,5	2	6,5
Không biết	3	13,0	1	12,5	5	12,9

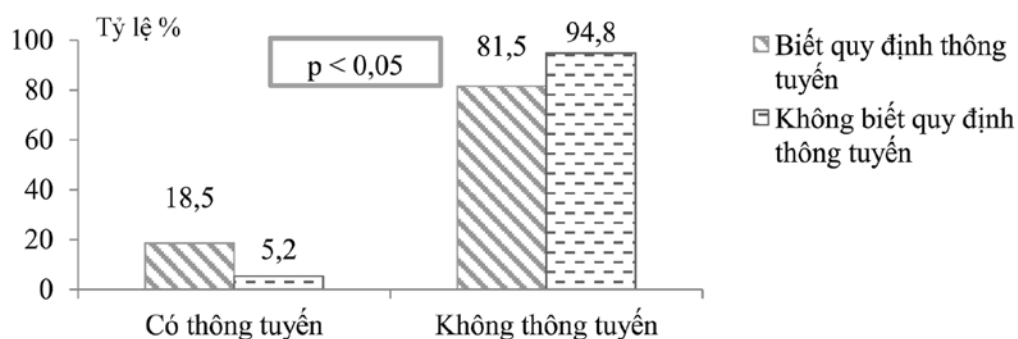
NCT biết nhóm được thanh toán phí vận chuyển khi chuyển tuyến BHYT là người nghèo hay người có công với cách mạng chiếm tỷ lệ là 67,7% và 61,3%. NCT cho rằng là thân nhân người có công với cách mạng chiếm tỷ lệ 25,8% và tỷ lệ NCT chọn nhóm người được hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội và dân tộc thiểu số đều chiếm 6,5%. Có 12,9% NCT không biết nhóm đối tượng BHYT được hưởng quy định này.

Bảng 3.5. Tỷ lệ người cao tuổi sử dụng bảo hiểm y tế khi khám, chữa bệnh trong 1 năm qua

Kiến thức	60 – 74 tuổi (n = 242)		≥ 75 tuổi (n = 94)		Chung (n=336)		P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Có	229	94,6	82	87,2	311	92,6%	< 0,05
Không	13	5,4	12	12,8	25	7,4%	

Bảng 3.5 cho ta thấy có 92,6% NCT có thể BHYT sử dụng BHYT khi KCB trong 1 năm qua, ở nhóm NCT từ 60 – 74 tuổi chiếm 94,6% và ở nhóm từ 75 tuổi trở lên chiếm 87,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi.

Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ người cao tuổi khám, chữa bệnh thông tuyến trong 1 năm qua (n=311)



Trong năm qua, đa số NCT không đi KCB thông tuyến. Tỷ lệ thông tuyến khám, chữa bệnh ở nhóm biết quy định thông tuyến chiếm 5,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

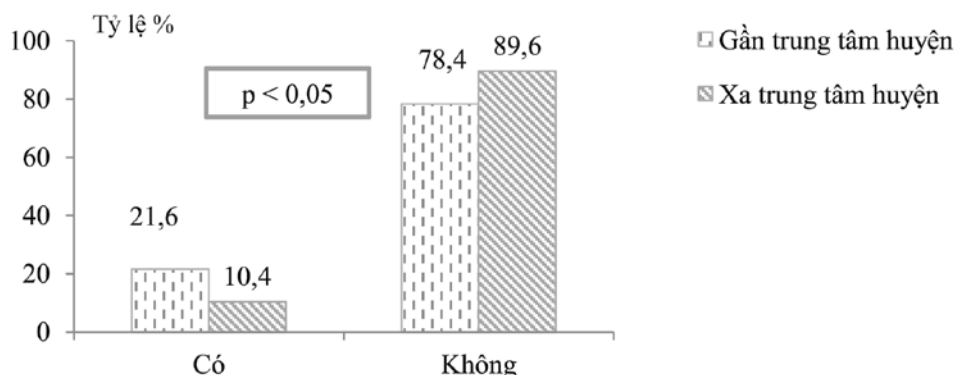
Bảng 3.6. Lý do khám, chữa bệnh thông tuyến của người cao tuổi

Lý do	Gần trung tâm (n = 13)		Xa trung tâm (n = 19)		Chung (n = 32)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thuận tiện	5	38,5	6	31,6	11	34,4
Thái độ của CBYT tốt	1	7,7	4	21,1	5	15,6
Chuyên môn CBYT giỏi	6	46,2	12	63,2	18	56,3
Cấp cứu	3	23,1	1	5,3	4	12,5

Đa số NCT trong nghiên cứu chọn khám, chữa bệnh thông tuyến vì cán bộ y tế có chuyên môn giỏi (56,3%), trong đó chiếm 46,2% ở nhóm gần trung tâm huyện và 63,2% ở nhóm xa trung tâm huyện. Tiếp theo là vì thuận

tiện đi lại (34,4%), trong đó chiếm 38,5% ở nhóm gần trung tâm huyện và 31,6% ở nhóm xa trung tâm huyện. NCT khám, chữa bệnh thông tuyến vì tình trạng cấp cứu chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,5%).

Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ người cao tuổi chuyển tuyến khám, chữa bệnh trong 1 năm qua (n=311)



Trong năm qua, đa số NCT không đi chuyển tuyến khám, chữa bệnh. Tỷ lệ chuyển tuyến khám, chữa bệnh ở nhóm đối tượng sống gần trung tâm

huyện là 21,6% và ở nhóm sống xa trung tâm huyện chiếm 10,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Đánh giá của người cao tuổi về khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế hiện nay

Đánh giá	Gần trung tâm (1) (n = 231)		Xa trung tâm (2) (n = 234)		Chung (n = 465)		P _(1,2)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Chưa tốt	40	17,3	13	5,6	53	11,4	<0,05
Tốt	178	77,1	203	86,8	381	81,9	
Rất tốt	13	5,6	18	7,7	31	6,7	

Có 81,9% NCT đánh giá việc khám, chữa bệnh BHYT hiện nay đã được thực hiện tốt (77,1% ở nhóm gần trung tâm huyện và 86,8% ở nhóm xa trung tâm huyện),

và có 11,4% chưa tốt (17,3% ở nhóm gần trung tâm huyện và 5,6% ở nhóm xa trung tâm huyện). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Bảng 3.8. Lý do người cao tuổi cho rằng việc khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế chưa tốt

Lý do	Số lượng (n = 53)	Tỷ lệ (%)
Thái độ với BN BHYT kém	25	47,2
Thuốc không tốt và đầy đủ	35	66,0
Thủ tục phiền hà	22	41,5
Khác (Ghi rõ)	5	9,4

Lý do chủ yếu của việc khám, chữa bệnh BHYT chưa tốt là do thuốc không tốt và đầy đủ chiếm 66,0%. Tỷ lệ cho rằng thái độ của cán bộ y tế với bệnh nhân BHYT kém chiếm 47,2%. Và có 41,5% cho rằng thủ tục khám BHYT phiền hà.

Hộp 3.1: Những bất cập khi thanh toán bảo hiểm y tế

“...Khi nằm điều trị tại bệnh viện chúng tôi phải ứng trước một số tiền khá lớn, ngay tại thời điểm đó chúng tôi không thể có được. Có những lần sau khi ra viện thanh toán tôi được trả tiền về, như vậy thủ tục hơi phiền hà....”
NCT, nam, 63 tuổi

“...Tôi già rồi, thường khi thanh toán là con cháu thanh toán cho nhưng tôi thấy chúng nó đi thanh toán lâu lắm, mãi mới thấy trở lại. Tôi cho là do thủ tục thanh toán có nhiều bước”
NCT, nữ, 68 tuổi

Hộp 3.1 thể hiện ý kiến của NCT về những bất cập trong thanh toán BHYT. Một số ý kiến cho rằng việc thanh toán khám, chữa bệnh BHYT tương đối mất thời gian (5/8), bên cạnh đó một số ý kiến phàn nàn về việc phải ứng trước tiền khám, chữa bệnh cho cơ sở y tế dù có BHYT.

Hộp 3.2. Mong muốn để bảo hiểm y tế đáp ứng tốt việc khám, chữa bệnh cho người cao tuổi tại trạm y tế xã

“...Các ban ngành cấp trên nên cung cấp đầy đủ hoặc hỗ trợ trang thiết bị, danh mục thuốc BHYT cho trạm y tế tương đương với bệnh viện tuyến huyện để chúng tôi có thể phục vụ việc CSSK cho người dân nói chung và người cao tuổi nói riêng”
Trưởng Trạm y tế xã, nữ

“...Cơ quan BHYT cấp trên nên thanh quyết toán kịp thời theo từng tháng hoặc từng quý cho trạm y tế để chúng tôi có thể đảm bảo tốt vấn đề CSSK cho người cao tuổi....”
Trưởng Trạm y tế xã, nam

Hộp 3.2 thể hiện ý kiến của trưởng trạm y tế xã về những mong muốn đối với chính sách BHYT để đáp ứng tốt việc KCB và thanh toán BHYT. Các ý kiến tiêu biểu của Trưởng Trạm y tế cho rằng nên cung cấp thêm trang thiết bị cho Trạm y tế xã (4/4 ý kiến); thanh toán đầy đủ quỹ khám BHYT kịp thời, nhanh chóng cho trạm (3/4 ý kiến).

chữa bệnh BHYT, đặc biệt thuận lợi đối với các trường hợp người lao động khi phải di chuyển công việc từ địa phương này sang địa phương khác hoặc người về hưu thay đổi nơi cư trú. Có 38,5% và 55,8% NCT trong nghiên cứu đánh giá quy định thông tuyến BHYT rất thuận tiện và thuận tiện cho người dân, trong đó ở nhóm NCT sống gần trung tâm huyện cho rằng rất thuận tiện chiếm 43,0% và 51,9% cho rằng thuận tiện, NCT sống xa trung tâm huyện cho rằng rất thuận tiện chiếm 33,8% và 59,7% cho rằng thuận tiện.

IV. BÀN LUẬN

Với việc thông tuyến, người dân có thể BHYT thuận lợi hơn rất nhiều trong việc tiếp cận các dịch vụ khám,

Với quy định thông tuyến, các cơ sở KCB bắt buộc phải đổi mới phong cách phục vụ, đầu tư về cơ sở vật chất, nhân lực nhằm nâng cao chất lượng KCB để thu hút người bệnh, lấy người bệnh làm trung tâm. Thông tuyến đã làm tăng mức độ hấp dẫn của chính sách BHYT, thu hút người dân tham gia BHYT và thúc đẩy mở rộng đối tượng tham gia BHYT. Năm 2016, số người tham gia BHYT theo hộ gia đình là 11.530.389 người, tăng 37,4% so với năm 2015 cho thấy người dân đã tin tưởng và nhận thấy lợi ích của chính sách BHYT. Đồng thời, thông tuyến tạo nên sự công bằng hơn trong cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh BHYT giữa cơ sở y tế công và tư [1].

Trong năm qua, đa số NCT không đi KCB thông tuyến. Tỷ lệ thông tuyến khám, chữa bệnh ở nhóm biết quy định thông tuyến chiếm 18,5% và ở nhóm người cao tuổi không biết quy định thông tuyến chiếm 5,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (biểu đồ 3.2). Theo nghiên cứu của chúng tôi trong năm qua, đa số người cao tuổi không đi chuyển tuyến khám, chữa bệnh. Tỷ lệ chuyển tuyến khám, chữa bệnh ở nhóm đối tượng sống gần trung tâm huyện là 21,6% và ở nhóm sống xa trung tâm huyện chiếm 10,4%.

Thực hiện quy định thông tuyến, tỷ lệ dân số tham gia bảo hiểm y tế gia tăng nhanh chóng, đạt 81,7% vào năm 2016 [1]. Tuy nhiên thông tuyến cũng mang lại một số bất cập như tình trạng lạm dụng, trục lợi quỹ BHYT có xu hướng ngày càng gia tăng. Việc người có bảo hiểm đi KCB nhiều lần trong ngày, tuần, tháng để lấy thuốc không còn là hiện tượng cá biệt, cơ chế thông tuyến đã bộc lộ yếu kém của y tế xã ở một số địa phương.

Như vậy, vẫn còn một số khó khăn nhất định đối với bệnh nhân có BHYT nói chung và người cao tuổi nói riêng. Nhìn từ góc độ là những người trực tiếp chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân, chúng tôi có hỏi trạm

trường có những ý kiến, những mong muốn gì đối với chính sách BHYT để đáp ứng tốt việc KCB và thanh toán BHYT. Các ý kiến tiêu biểu của Trưởng Trạm y tế cho rằng nên cung cấp thêm trang thiết bị cho Trạm y tế xã; thanh toán đầy đủ quỹ khám BHYT kịp thời, nhanh chóng cho trạm.

V. KẾT LUẬN

- Còn 53,6% NCT không biết về quy định thông tuyến KCB BHYT.

- 12,9% NCT không biết về quy định một số đối tượng BHYT được thanh toán phí vận chuyển khi chuyển tuyến.

- Tỷ lệ thông tuyến KCB ở NCT biết quy định thông tuyến chiếm 18,5% và ở nhóm không biết quy định thông tuyến chiếm 5,2%.

- Tỷ lệ chuyển tuyến KCB ở NCT sống gần trung tâm huyện là 21,6% và ở xa trung tâm huyện chiếm 10,4%.

- 11,4% NCT cho rằng việc KCB hiện nay được thực hiện chưa tốt, và lý do chủ yếu là do thuốc không tốt và đầy đủ chiếm 66,0%.

VI. KHUYẾN NGHỊ

1. Cơ quan BHYT cần tăng cường công tác truyền thông về chính sách BHYT để NCT hiểu rõ quyền lợi của NCT có thể BHYT; đặc biệt là các quy định thông tuyến và quyền lợi của NCT khi thông tuyến, chuyển tuyến.

2. 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 KCB ban đầu của NCT tại tuyến xã, giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến trên.

3. Các cơ sở y tế cần đẩy mạnh cải cách thủ tục KCB BHYT theo hướng thuận tiện, giảm phiền hà, giảm thời gian chờ đợi, đặc biệt đối với NCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Báo cáo tổng kết công tác năm 2016 và phương hướng, nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2017*.
2. Quốc hội (2009), Luật Người cao tuổi Việt Nam.
3. Quốc hội (2014), Luật sửa đổi bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, Số 46/2014/QH13.
4. Tổng cục Thống kê (2015), điều tra biến động dân số năm 2015, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.
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*.
8. Đình Nam (2016), *Phải tăng nhanh tỷ lệ người cao tuổi có bảo hiểm Y tế*, Chính phủ

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHẬN THỨC, THỰC HÀNH VỀ THÔNG TUYÊN BẢO HIỂM Y TẾ CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI 4 XÃ THUỘC HUYỆN KIẾN XƯƠNG TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

Nguyễn Hà My¹; Nguyễn Đức Thanh¹; Phạm Trường Sơn²
Nguyễn Văn Tiến¹; Phan Thu Nga¹; Ngô Văn Đông¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến nhận thức, thực hành về thông tuyên bảo hiểm y tế của người cao tuổi (NCT) 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. **Kết quả nghiên cứu:** NCT trình độ học vấn từ THCS trở xuống có xu hướng không biết về quy định thông tuyên nhiều hơn NCT có trình độ trên THCS 0,2 lần. NCT từ 75 trở lên có xu hướng không biết về quy định thông tuyên nhiều hơn 1,9 lần nhóm NCT dưới 75 tuổi. NCT biết quy định thông tuyên có xu hướng khám, chữa bệnh thông tuyên Bảo hiểm y tế cao gấp 4,1 lần so với nhóm không biết về quy định này.

Từ khóa: Người cao tuổi; bảo hiểm y tế; thông tuyên, Thái Bình.

SUMMARY:

SEVERAL FACTORS RELATED TO AWARENESS, PRACTICE ABOUT MEDICAL EXAMINATION, TREATMENT AT THE MEDICAL ESTABLISHMENT OF THE SAME LEVEL OF THE ELDERLY IN 4 COMMUNES, KIEN XUONG DISTRICT, THAI BINH PROVINCE IN 2017

Objective: Identify some factors related to awareness, practice of medical examination, treatment at the medical establishment of the same level of the elderly in 4 communes of Kien Xuong district, Thai Binh province in 2017. **Subject:** The elderly in the research region. **Method:** The cross-sectional descriptive study with a combination of quantitative and qualitative **Results:** Elderly people with lower secondary school education tend to be less aware of medical examination,

treatment at the medical establishment of the same level than older adults with upper secondary education of 0.2 times; Elderly people aged 75 and older tended to be unaware of medical examination, treatment at the medical establishment of the same level than older people under 75 years of age 1,9 times; Older people who know the this regulation tend to have healthier access to medical care by 4.1 times than those who do not know about this regulation.

Keywords: Elderly; health Insurance; treatment at the medical establishment of the same level, Thai Binh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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 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 [6].

Trong khi các nước phát triển có tỷ lệ người dân tham gia bảo hiểm y tế là 99% -100% thì ở Việt Nam mới đạt có 76% năm 2015. Đáng lưu ý là tỷ lệ người cao tuổi có thể bảo hiểm y tế chỉ đạt 60% là cực kỳ đáng lo ngại cho công tác chăm sóc sức khỏe. Người cao tuổi tham gia BHYT không chỉ để chữa bệnh mà quan trọng hơn là được khám bệnh thường xuyên để kịp thời phát hiện, điều trị bệnh ngay từ giai đoạn ban đầu [3]. Trong khi đó, Luật Bảo hiểm y tế có rất nhiều quy định chế độ ưu đãi đối với người dân nói chung và người cao tuổi nói riêng, như

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
2. Trường Cao Đẳng Y tế Thái Bình.

Ngày nhận bài: 01/03/2018 | Ngày phản biện: 08/03/2018 | Ngày duyệt đăng: 15/03/2018

một số đối tượng người cao tuổi được thanh toán phí vận chuyển khi chuyên tuyến hay như việc quy định “thông tuyến” khám chữa bệnh trong Luật sửa đổi bổ sung năm 2014 tạo điều kiện thuận lợi tối đa cho người tham gia BHYT nói chung và người cao tuổi nói riêng trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế [1], [5]. Nhằm tìm hiểu những yếu tố liên quan đến nhận thức, thực hành thông tuyến của người cao tuổi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Xác định một số yếu tố liên quan đến nhận thức, thực hành về thông tuyến bảo hiểm y tế của người cao tuổi tại 4 xã thuộc huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình năm 2017.

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 được cỡ mẫu cho nghiên cứu là **465 NCT**.

b/ Phương pháp chọn mẫu:

+ Chọn xã: 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 “công liền công” 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 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 và Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi, bổ sung năm 2014 [2], [3].

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 và hộp phỏng vấn sâu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa trình độ học vấn, nhóm tuổi và hiểu biết về quy định thông tuyến

Đặc điểm		(n=465) Số lượng	Không biết		P	OR (CI _{95%})
			Tỷ lệ (%)			
TĐHV	THCS trở xuống	279	160	57,3	<0,05	0,2 (0,2 – 0,5)
	Trên THCS	57	20	35,1		
Nhóm tuổi	≥ 75	128	98	76,6	<0,05	1,9 (1,2 – 3,1)
	< 75	337	211	62,6		

Tỷ lệ NCT có trình độ học vấn từ THCS trở xuống không biết về quy định thông tuyến khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế chiếm 57,3% và chiếm 35,1% ở nhóm NCT có trình độ trên THCS, NCT trình độ học vấn từ THCS trở xuống có xu hướng không biết về quy định thông tuyến nhiều hơn NCT có trình độ trên THCS

0,2 lần. Tỷ lệ NCT từ 75 tuổi trở lên không biết về quy định thông tuyến khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế chiếm 76,6% và chiếm 62,6% ở nhóm NCT dưới 75 tuổi, NCT từ 75 trở lên có xu hướng không biết về quy định thông tuyến nhiều hơn 1,9 lần nhóm NCT dưới 75 tuổi.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa trình độ học vấn và hiểu biết về tuyến áp dụng quy định thông tuyến

TĐHV	n (n=156)	Không biết		p	OR (CI _{95%})
		Số lượng	Tỷ lệ (%)		
THCS trở xuống	119	19	16,0	>0,05	0,4 (0,1 -1,7)
Trên THCS	37	3	8,1		

Từ bảng 3.2 cho ta thấy NCT không biết tuyến thăm khám bảo hiểm y tế áp dụng quy định thông chiếm tỷ lệ 16,0% ở nhóm có trình độ từ THCS trở xuống và chiếm

8,1% ở nhóm có trình độ trên THCS, không có mối liên quan giữa trình độ học vấn của NCT với hiểu biết về tuyến y tế áp dụng quy định thông tuyến.

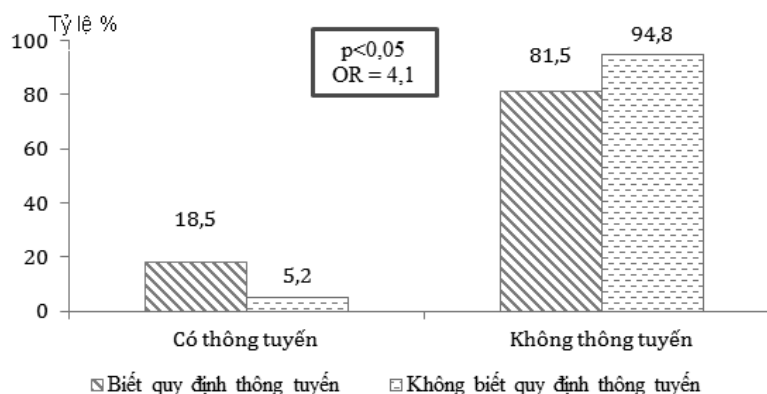
Bảng 3.3. Mối liên quan giữa nhóm xã và thực trạng khám, chữa bệnh thông tuyến của người cao tuổi trong 1 năm qua

Nhóm xã	n (n=311)	Không thông tuyến		p	OR (CI _{95%})
		Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Gần trung tâm huyện	148	135	91,2	>0,05	1,3 (0,7 – 2,9)
Xa trung tâm huyện	163	144	88,3		

Với những NCT có đi khám chữa bệnh trong năm qua thì tỷ lệ thông tuyến khám, chữa bệnh ở nhóm NCT sống ở khu vực gần trung tâm huyện chiếm 91,2% và ở nhóm NCT sống ở

khu vực xa trung tâm huyện chiếm 88,3%. Không có mối liên quan giữa khu vực sinh sống và thực hành khám, chữa bệnh thông tuyến của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu.

Biểu đồ 3.1. Mối liên quan giữa nhận thức và thực hành khám, chữa bệnh thông tuyến trong 1 năm qua (n=311)



Trong năm qua, đa số NCT không đi KCB thông tuyến. Tỷ lệ thông tuyến khám, chữa bệnh ở nhóm biết quy định thông tuyến chiếm 18,5% và ở nhóm NCT không biết quy định thông tuyến chiếm 5,2%. Có mối liên quan giữa nhận thức và thực hành khám, chữa bệnh thông tuyến của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu, theo đó những NCT biết quy định thông tuyến có xu hướng khám, chữa bệnh thông tuyến bảo hiểm y tế cao gấp 4,1 lần so với nhóm không biết về quy định này.

IV. BÀN LUẬN

Khoản 3 Điều 8 Thông tư 37/2014/TT-BYT hướng dẫn đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định: “Từ ngày 01 tháng 01 năm 2016, người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện được quyền khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa, hoặc bệnh viện tuyến huyện trong cùng địa bàn tỉnh”. Có nghĩa là khi người tham gia BHYT có đăng ký khám chữa bệnh ban đầu ở một trạm y tế xã hoặc một phòng khám đa khoa hoặc một bệnh viện cấp huyện thì họ được quyền đi khám chữa bệnh ở các cơ sở khám chữa bệnh trong cùng huyện đó hoặc trong phạm vi một tỉnh vẫn được tính là đúng tuyến và không cần giấy chuyển viện, có nghĩa là họ không bị giới hạn bởi một cơ sở khám chữa bệnh ban đầu, như vậy họ vẫn được thanh toán theo quy định [6]. Với việc thông tuyến, người dân có thể BHYT thuận lợi hơn rất nhiều trong việc tiếp cận các dịch vụ khám, chữa bệnh BHYT, đặc biệt thuận lợi đối với các trường hợp người lao động khi phải di chuyển công việc từ địa phương này sang địa phương khác hoặc người về hưu thay đổi nơi cư trú. Tuy nhiên, trên thực tế đến thời điểm hiện nay vẫn còn rất nhiều người dân chưa biết đến quy định này, đặc biệt là đối tượng người cao tuổi trong cộng đồng, khi tuổi càng cao con người ta thường có xu hướng khó khăn hơn trong việc tiếp cận với các nguồn thông tin. Do đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy NCT trình độ học vấn từ THCS trở xuống có xu hướng không biết về quy định thông tuyến nhiều hơn NCT có trình độ trên THCS 0,2 lần, NCT từ 75 trở lên có xu hướng không biết về quy định thông tuyến nhiều hơn 1,9 lần nhóm NCT dưới 75 tuổi (Bảng 3.1).

Với quy định thông tuyến, các cơ sở khám, chữa bệnh bắt buộc phải đổi mới phong cách phục vụ, đầu tư về cơ sở vật chất, nhân lực nhằm nâng cao chất lượng KCB để thu hút người bệnh, lấy người bệnh làm trung tâm. Tại tất cả các cơ sở y tế tư nhân tuyến huyện đều có số lượng bệnh nhân đến khám, chữa bệnh tăng gấp 2 đến 3 lần so với cùng kỳ năm 2015. Thông tuyến đã làm tăng mức độ hấp dẫn của chính sách BHYT, thu hút người dân tham gia BHYT và thúc đẩy mở rộng đối tượng tham gia BHYT. Năm 2016, số người tham gia BHYT theo hộ gia đình là 11.530.389 người, tăng 37,4% so với năm 2015 cho thấy người dân đã tin tưởng và nhận thấy lợi ích của chính sách BHYT. Đồng thời, thông tuyến tạo nên sự công bằng hơn trong cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh BHYT giữa cơ sở y tế công và tư [2].

Trong năm qua, đa số người cao tuổi không đi KCB thông tuyến. Tỷ lệ thông tuyến khám, chữa bệnh ở nhóm biết quy định thông tuyến chiếm 18,5% và ở nhóm người cao tuổi không biết quy định thông tuyến chiếm 5,2%. Có mối liên quan giữa nhận thức và thực hành khám, chữa bệnh thông tuyến của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu, theo đó những NCT biết quy định thông tuyến có xu hướng khám, chữa bệnh thông tuyến bảo hiểm y tế cao gấp 4,1 lần so với nhóm không biết về quy định này (biểu đồ 3.1).

Thực hiện quy định thông tuyến, tỷ lệ dân số tham gia bảo hiểm y tế gia tăng nhanh chóng, đạt 81,7% vào năm 2016 [2]. Tuy nhiên thông tuyến cũng mang lại một số bất cập như tình trạng lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế có xu hướng ngày càng gia tăng. Có nhiều cơ sở khám chữa bệnh cạnh tranh để thu hút người có bảo hiểm đến khám không đúng quy định như chỉ định tăng các xét nghiệm cận lâm sàng, nhất là các dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn, các loại thuốc đắt tiền... Việc người có bảo hiểm đi khám chữa bệnh nhiều lần trong ngày, tuần, tháng để lấy thuốc không còn là hiện tượng cá biệt, cơ chế thông tuyến đã bộc lộ yếu kém của y tế xã ở một số địa phương.

Như vậy BHYT mang lại rất nhiều lợi ích cho người dân nhưng trên thực tế vẫn còn một số khó khăn nhất định đối với bệnh nhân có BHYT nói chung và người cao tuổi nói riêng. Ví dụ những bất cập khi thanh toán BHYT trong nghiên cứu định tính của chúng tôi một số ý kiến cho rằng việc thanh toán khám, chữa bệnh BHYT tương đối mất thời gian, bên cạnh đó một số ý kiến phản nản về việc phải ứng trước tiền khám, chữa bệnh cho cơ sở y tế dù có BHYT. Nhìn từ góc

độ là những người trực tiếp chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân, chúng tôi có hội trạm trường có những ý kiến, những mong muốn gì đối với chính sách BHYT để đáp ứng tốt việc KCB và thanh toán BHYT. Các ý kiến tiêu biểu của Trường Trạm y tế cho rằng nên cung cấp thêm trang thiết bị cho trạm y tế xã; thanh toán đầy đủ quỹ khám BHYT kịp thời, nhanh chóng cho trạm.

V. KẾT LUẬN

- NCT trình độ học vấn từ THCS trở xuống có xu hướng không biết về quy định thông tuyến nhiều hơn NCT có trình độ trên THCS 0,2 lần

- NCT từ 75 trở lên có xu hướng không biết về quy định thông tuyến nhiều hơn 1,9 lần nhóm NCT dưới 75 tuổi

- Không có mối liên quan giữa trình độ học vấn của đối tượng với hiểu biết của đối tượng về tuyến khám, chữa

bệnh áp dụng quy định thông tuyến.

- Không có mối liên quan giữa khu vực sinh sống và thực hành khám, chữa bệnh thông tuyến của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu.

- NCT biết quy định thông tuyến có xu hướng khám, chữa bệnh thông tuyến bảo hiểm y tế cao gấp 4,1 lần so với nhóm không biết về quy định này.

VI. KHUYẾN NGHỊ

1. Tăng cường công tác truyền thông về chính sách bảo hiểm y tế để người cao tuổi hiểu rõ quyền lợi của người cao tuổi có thể bảo hiểm y tế; đặc biệt là các quy định thông tuyến và quyền lợi của người cao tuổi khi thông tuyến.

2. Các cơ sở y tế cần đẩy mạnh cải cách thủ tục khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo hướng thuận tiện, giảm phiền hà, giảm thời gian chờ đợi, đặc biệt đối với người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Thông tư số 40/2015/TT-BYT quy định đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
2. Bộ Y tế (2017), Báo cáo tổng kết công tác năm 2016 và phương hướng, nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2017.
3. Đình Nam (2016), Phải tăng nhanh tỷ lệ người cao tuổi có bảo hiểm y tế.
4. Quốc hội (2009), Luật Người cao tuổi Việt Nam.
5. Quốc hội (2014), Luật sửa đổi bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, Số 46/2014/QH13.
6. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2006), Đánh giá việc chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC CHĂM SÓC SAU SINH CỦA BÀ MẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH

Bùi Minh Tiến¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh của bà mẹ tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn các bà mẹ có độ tuổi từ 20-29 tuổi chiếm 80,0%; trình độ học cấp từ cấp III trở lên chiếm 50,6%, nghề nghiệp chủ yếu là công nhân (36,7%); và có tới 85,7% các bà mẹ sống ở nông thôn.

Kết quả nghiên cứu các yếu tố liên quan tới kiến thức chăm sóc sau sinh của các bà mẹ cho thấy: Trong 4 yếu tố kể trên thì chỉ có trình độ học vấn của bà mẹ có liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh của bà mẹ. Bà mẹ có trình độ học vấn từ trung cấp/cao đẳng, đại học có kiến thức đạt cao gấp 2,2 lần các bà mẹ có trình độ học vấn từ cấp II trở xuống.

Từ khóa: Yếu tố liên quan, kiến thức, chăm sóc sau sinh, bà mẹ.

SUMMARY:

SEVERAL FACTORS AFFECTING KNOWLEDGE ABOUT LOOKING AFTER POSTPARTUM HEALTH OF FIRST TIME MOTHERS AT THAI BINH OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

The descriptive, cross-sectional study was implemented at Thai Binh of Obstetrics and Gynecology to identify some factors affecting knowledge about looking after postpartum health of first time mothers. The results showed that 80.0% of mothers belonged to 20-29ys age group. The majorities of them were high school or higher level (50.6%) and were workers (36.7%). The percentage of mothers who from rural background were 85.7%.

Among 4 factors (mother's age, education level, occupation, background), mother's education level is the only factor affecting knowledge about looking after postpartum health. The number of mothers having

bachelor's degree or higher content knowledge of looking after postpartum health higher than secondary school graduates or lower groups (2.2 times)

Keywords: Associated factors, knowledge, looking after postpartum health, mothers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiến thức về chăm sóc sau sinh có ý nghĩa rất quan trọng đối với mỗi bà mẹ vì có rất nhiều nguy cơ tiềm ẩn mà bà mẹ và trẻ sơ sinh có thể gặp phải trong giai đoạn này. Sau sinh bà mẹ cần nhu cầu dinh dưỡng nhiều hơn cũng như chế độ nghỉ ngơi, lao động hợp lý để phục hồi sức khỏe và tiết sữa để nuôi con. Đặc biệt là phải có chế độ vệ sinh đúng cách để phòng nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục. [1].

Thời điểm kết thúc thời kỳ hậu sản (6 tuần sau sinh) là lúc bà mẹ có thể có sinh hoạt tình dục trở lại, do đó họ cần được cung cấp những kiến thức cơ bản về thời điểm sinh hoạt tình dục cũng như các biện pháp tránh thai sau sinh. Bà mẹ thiếu kiến thức về các biện pháp tránh thai có thể dẫn đến có thai ngoài ý muốn, khoảng cách sinh gần, ảnh hưởng đến sức khỏe của bà mẹ [3].

Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng khi bà mẹ xuất viện sớm có thể có những vấn đề sau: mệt mỏi, mất ngủ tăng lên, thiếu kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ, táo bón, nhiễm trùng âm đạo và tắc tia sữa. Bên cạnh đó có những nghiên cứu cho thấy rằng những bà mẹ xuất viện sớm còn gặp nhiều vấn đề về chăm sóc trẻ sơ sinh [5,6,8].

Vi vậy các bà mẹ cần có kiến thức để phát hiện sớm những dấu hiệu bất thường nhằm giúp phát hiện sớm và xử trí kịp thời các bất thường của bà mẹ và trẻ sơ sinh giai đoạn này, góp phần làm giảm tỷ lệ bệnh tật và tử vong mẹ-con. Bổ sung và nâng cao kiến thức còn giúp các bà mẹ có thực hành chăm sóc bản thân và con một cách khoa học.

Nhưng nghiên cứu của **Neupane, A.** (2010) chỉ ra rằng bà mẹ mới sinh thường thiếu kiến thức tự chăm sóc cho bản

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Ngày nhận bài: 15/01/2017 | » Ngày phản biện: 31/01/2018 | » Ngày duyệt đăng: 01/03/2018

thân và chăm sóc cho trẻ sơ sinh [7]. Cũng theo nghiên cứu của Ngô Văn Toàn (2007), kiến thức về nhận biết các dấu hiệu nguy hiểm còn hạn chế, có tới 29,7% các bà mẹ không kể được bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm nào sau sinh [2].

Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: **“Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh của bà mẹ tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản tỉnh Thái Bình

- Đối tượng nghiên cứu: Bà mẹ sinh con lần đầu tại địa bàn nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 04/2015- 08/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu dịch tễ học dựa trên cuộc điều tra cắt ngang.

2.2.2. Kỹ thuật chọn mẫu và cỡ mẫu

* Chọn mẫu:

- Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Bà mẹ sinh

con lần đầu, sau đẻ ít nhất 12 giờ, đẻ thường và đủ tháng, không có biến chứng trước và sau sinh, đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Lấy cho đến đủ số lượng

* Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu cho điều tra bà mẹ được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu

p là tỷ lệ bà mẹ sinh con lần đầu 20%, ước tính p=0,2

q = 1 - p

α: Ngưỡng xác suất thống kê chọn bằng 0,05 nên Z = 1,96

d: độ sai số mong muốn, chúng tôi chọn là 0,046

Với công thức trên, cỡ mẫu n = 245

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn kiến thức về chăm sóc sau sinh và sơ sinh của bà mẹ bằng bảng câu hỏi đã chuẩn bị trước.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý trên phần mềm Epi info 6.04, SPSS 18.0 và phương pháp thống kê trong y học. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu (n=245)

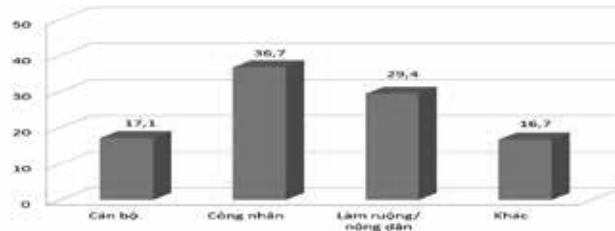
Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<20	36	14,7
	20-29	196	80,0
	30-35	12	4,9
	>35	1	0,4
Trình độ học vấn	Cấp II trở xuống	24	9,8
	Cấp III	97	39,6
	Trung cấp/ cao đẳng/ đại học	120	49,0
	Sau đại học	4	1,6

Nhận xét:

- Về nhóm tuổi: Đa số các bà mẹ đều trong độ tuổi từ 20-29 chiếm 80,0%. Số bà mẹ có độ tuổi dưới 20 chiếm 14,7%. Các nhóm tuổi còn lại chiếm 5,3%.

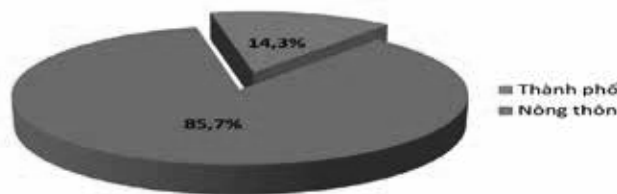
- Về trình độ học vấn các bà mẹ trong nhóm có trình độ học vấn trung cấp/cao đẳng/đại học chiếm 49,0 % và lần lượt là cấp III chiếm 39,6%, cấp II là 9,8 % và chỉ có 1,6% có trình độ sau đại học.

Biểu đồ 1. Đặc điểm về nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu (n=245)



Nhận xét: Có 36,7% các bà mẹ là công nhân, 17,1% các bà mẹ làm cán bộ và làm các công việc khác là 16,7%. Và có 29,4% các bà mẹ làm ruộng.

Biểu đồ 2. Đặc điểm về nơi sinh sống của đối tượng nghiên cứu (n=245)



Nhận xét: Đa số các bà mẹ sống ở nông thôn chiếm 85,7%, còn lại 14,3% các bà mẹ sống ở thành phố.

Bảng 2. Mối liên quan giữa tuổi và kiến thức chăm sóc sau sinh (n=245)

Tuổi	Kiến thức chăm sóc sau sinh	
	Đạt	Không đạt
<20*	25	11
20-29	164	32
30-35	10	2
>35	0	1
Tổng	199	46
OR, CI_{95%}, P	OR =1,455; CI: 0,717-2,954, P=0,299	

*Biến so sánh khác biệt về tỷ lệ đạt các kiến thức sau sinh và tuổi của các bà mẹ
 Kết quả từ bảng 2 cho thấy nhìn chung không có sự

Bảng 3. Mối liên quan giữa nghề nghiệp và kiến thức chăm sóc sau sinh (n=245)

Nghề nghiệp	Kiến thức chăm sóc sau sinh	
	Đạt	Không đạt
Cán bộ *	41	1
Công nhân	70	20
Làm ruộng	49	23
Khác	39	2
Tổng	199	46
OR, CI_{95%}, P	OR=1,012; CI: 0,784-1,308, P=0,925	



*Biên so sánh

Kết quả từ bảng 3 cho thấy nhìn chung không có sự khác biệt về nghề nghiệp và kiến thức chăm sóc sau sinh.

Hầu như các nhóm nghề nghiệp đều có kiến thức đúng về chăm sóc sau sinh.

Bảng 4. Mối liên quan giữa trình độ học vấn và kiến thức chăm sóc bà mẹ (n=245)

Trình độ học vấn	Kiến thức chăm sóc sau sinh	
	Đạt	Không đạt
Cấp II trở xuống*	12	12
Cấp III	80	17
Trung cấp trở lên	103	17
Sau đại học	4	0
Tổng	199	46
OR, CI_{95%}, P	OR=2,226; CI: 1,395-3,552, P=0,001	

*Biên so sánh

Kết quả từ bảng 4 cho thấy trình độ học vấn của bà mẹ có liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh của bà mẹ. Về trình độ học vấn các bà mẹ có trình độ

học vấn từ trung cấp/cao đẳng, đại học có cơ hội gấp 2,2 lần các bà mẹ có trình độ học vấn từ cấp II trở xuống. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=2,226; CI: 1,395-3,552, P=0,001).

Bảng 5. Mối liên quan liên quan giữa nơi ở và kiến thức chăm sóc sau sinh (n=245)

Nơi ở	Kiến thức chăm sóc sau sinh	
	Đạt	Không đạt
Thành phố*	31	4
Nông thôn	210	42
Tổng	199	46
OR, CI_{95%}, P	OR=0,364; CI: 0,106- 1,246, P=0,107	

*Biên so sánh

Kết quả từ bảng 5 cho thấy nhìn chung không có sự khác biệt giữa nơi sống và kiến thức chăm sóc sau sinh.

Thái Bình nên tỉ lệ các bà mẹ sau đẻ thường ít hơn so với các bà mẹ sống tại các huyện lân cận.

Về lứa tuổi của các đối tượng tham gia nghiên cứu thì phần lớn ở nhóm tuổi 20-29 tuổi có tỉ lệ cao nhất là 80,0%, đây là lứa tuổi phù hợp và thuận lợi nhất cho các bà mẹ khi sinh con đầu ở độ tuổi này.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu đã đảm bảo 100% như thiết kế ban đầu của nghiên cứu, trong đó phân bố theo địa bàn có tới 85,7% các bà mẹ sống ở nông thôn và chỉ có 14,3% các bà mẹ sống ở thành phố, có lẽ do nhóm nghiên cứu lấy mẫu chỉ tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh

Về trình độ học vấn đa số các bà mẹ ở 2 nhóm là có trình độ học cấp III và trình độ học trung cấp/ cao đẳng/ đại học (50,6%).

Về nghề nghiệp: Có 36,7% các bà mẹ là công nhân, 17,1% các bà mẹ làm cán bộ và làm các công việc khác là 16,7%. Và có 29,4% các bà mẹ làm ruộng.

2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh

Ở nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng không có mối liên quan giữa tuổi, nghề nghiệp, và nơi sống với kiến thức chăm sóc của bà mẹ với các chỉ số lần lượt là (OR =1,455; CI: 0,717-2,954; P=0,299), (OR=1,012; CI: 0,784-1,308; P=0,925), (OR=0,364; CI: 0,106- 1,246; P=0,107).

Kết quả từ bảng 4 cho thấy trình độ học vấn của bà mẹ có liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh của bà mẹ. Về trình độ học vấn các bà mẹ có trình độ học vấn từ trung cấp/cao đẳng, đại học có cơ hội gấp 2,2 lần các bà mẹ có trình độ học vấn từ cấp II trở xuống. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=2,226; CI: 1,395-3,552; P=0,001). Khác với nghiên cứu của Phạm Phương Lan năm 2011 [4].

Mặc dù không có mối tương đồng với nghiên cứu trước đây, kết quả của nghiên cứu này cũng lý giải là có thể là trình độ học vấn càng cao thì các bà mẹ càng có nhiều kiến thức chăm sóc sức khỏe cho bản thân và cho trẻ sơ sinh của họ, và họ cũng có nhiều cơ hội để nhận được các kiến thức hơn so với những bà mẹ có trình độ học vấn thấp hơn.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn các bà mẹ tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 20-29 tuổi chiếm 80,0%; trình độ học cấp từ cấp III trở lên chiếm 50,6%. Về nghề nghiệp: Có 36,7% các bà mẹ là công nhân, 17,1% các bà mẹ làm cán bộ và làm các công việc khác là 16,7%. Và có 29,4% các bà mẹ làm ruộng. Phân bố theo địa bàn thì có tới 85,7% các bà mẹ sống ở nông thôn và chỉ có 14,3% các bà mẹ sống ở thành phố.

Kết quả nghiên cứu các yếu tố liên quan tới kiến thức chăm sóc sau sinh của các bà mẹ cho thấy: Không có mối liên quan giữa tuổi, nghề nghiệp, và nơi sống với kiến thức chăm sóc của bà mẹ với các chỉ số lần lượt là (OR =1,455; CI: 0,717-2,954; P=0,299), (OR=1,012; CI: 0,784-1,308; P=0,925), (OR=0,364; CI: 0,106-1,246; P=0,107). Tuy nhiên, trình độ học vấn của bà mẹ có liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh của bà mẹ. Về trình độ học vấn các bà mẹ có trình độ học vấn từ trung cấp/cao đẳng, đại học có cơ hội gấp 2,2 lần các bà mẹ có trình độ học vấn từ cấp II trở xuống. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=2,226; CI: 1,395-3,552; P=0,001).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2000), “Chiến lược Quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản trong giai đoạn 2001-2010”.
2. Ngô Văn Toàn (2007), “Hiểu biết về các dấu hiệu nguy hiểm trước, trong và sau khi sinh của các cặp vợ chồng tại 7 tỉnh năm 2006”. *Tạp chí Y học Thực hành*, số 9 (577+578), tr.25-28.
3. Võ Văn Thắng (2007), “Thực trạng chăm sóc dịch vụ thai sản và KHHGD” Giáo trình quản lý sức khỏe sinh sản, tr 40-45.
4. Phạm Phương Lan, (2014), “Thực trạng chăm sóc sau sinh của bà mẹ ở hai bệnh viện trên địa bàn Hà Nội và đánh giá mô hình chăm sóc sau sinh tại nhà”
5. Dai, Y. T., Chang, Y., Hsieh, C. Y., and Tai, T.Y. (2003). “Effectiveness of a pilot project of discharge planning in Taiwan”. *Research in Nursing & Health*. 26, 53-63.
6. Gozum, S., and Kilic, D. (2005). “Health problems related to early discharge of Turkish women”. *Midwifery*. 21, 371-378.
7. Neupane, A. (2010) The nursing care and postpartum mother/ newborn baby. [On line] Available at: <http://www.nurseonweb.com/2010/04/the-nursing-care-and-postpartum-mother-newborn-baby/>
8. Lane, D. A., Kauls, L.S., Ickovics, J. R., Naftolin, F., and Feinstein, A. R. (1999). “Early postpartum discharges. Impact on distress and outpatient problems”. *Archives of Family Medicine*. 8, 237-242.

TỔNG QUAN VỀ ĐÀO TẠO DƯỢC SĨ Ở MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM

Trần Bá Kiên¹, Vương Thị Liên¹

TÓM TẮT:

Các chương trình đào tạo về dược ở các quốc gia trên thế giới khác nhau tùy từng quốc gia, kéo dài từ 4-6 năm và thậm chí là 09 năm. Bằng cấp dược cấp cũng có sự khác biệt như Cử nhân Dược phẩm (B. Pharm), Dược sĩ, Tiến sĩ dược. Nhưng để hành nghề, hầu hết các quốc gia yêu cầu phải có kinh nghiệm hoặc phải thi chứng chỉ hành nghề, đặc biệt là trong lĩnh vực dược bệnh viện hoặc hiệu thuốc cộng đồng. Ở Việt Nam chương trình đào tạo dược là 5 năm, tốt nghiệp dược cấp bằng dược sĩ và có thể thực hành nghề ở tất cả các lĩnh vực, giống như ở một số nước. Nhưng để mở hiệu thuốc, hoặc công ty dược phẩm cần phải đảm bảo có thêm ít nhất 02 năm kinh nghiệm làm việc. Đây là sự khác biệt trong việc đào tạo và sử dụng dược sĩ giữa các nước trên thế giới và Việt Nam.

ABSTRACT:

AN OVERVIEW OF TRAINING PHARMACISTS IN SOME COUNTRIES IN THE WORLD AND VIETNAM

Pharmacy training programs in countries around the world vary distinctly according to each country, lasting from 4-6 years and even 09 years. The degrees granted are also various such as Bachelor of Pharmacy (B. Pharm), Pharmacist, and Doctor of Pharmacy. But for practice, in most countries it is necessary to have experience and pass a license exam, especially in the field of hospital pharmacy or clinical pharmacy. In Vietnam, the pharmacy training is 5 years for the degree of pharmacist, and after graduation, pharmacists can practice in all areas, like in some other countries. However, they can open pharmacies or pharmaceutical companies only when they have two more years of working experience. This is the main difference in training and using pharmacists between some other countries in the world and Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Con người dược xem là nguồn lực căn bản và có tính quyết định của mọi thời đại, đóng vai trò quyết định sự thành công của một quốc gia, ngành hay lĩnh vực nói chung và một tổ chức nói riêng. Trong thập kỷ qua có sự thay đổi to lớn trong việc hành nghề dược trên toàn thế giới. Do đó nhu cầu về đào tạo và sử dụng nhân lực dược không ngừng gia tăng bởi số lượng thuốc mới, nhu cầu chăm sóc sức khỏe người dân ngày một cao [1], [12]. Nhân lực dược là xương sống của ngành dược có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Vì vậy việc đào tạo và sử dụng nhân lực dược phải đáp ứng nhu cầu của hiện tại và tương lai vì sự phát triển liên tục của ngành nghề [3].

Ngày nay vai trò và trách nhiệm của dược sĩ, không chỉ làm nhiệm vụ phân phát thuốc mà còn thực hiện việc cung cấp dịch vụ chăm sóc, lấy bệnh nhân làm trung tâm như cung cấp thông tin thuốc, tư vấn và khuyến cáo phương pháp điều trị bằng thuốc, tức là dược sĩ cũng là những chuyên gia sức khỏe ban đầu. Một số nước trên thế giới như Mĩ, Anh, Pháp, Đức, Canada, Úc, Singapore đang đối mặt với việc thiếu hụt DS trong hiện tại và tương lai đặc biệt là DS làm công tác dược lâm sàng, dược cộng đồng [5], [6], [12].

Tại Việt Nam, các báo cáo cho thấy, cả nước có 15.176 dược sĩ đang công tác tại các tỉnh thành phố trong cả nước, tính trung bình 1,74DS/10.000 dân [2], [4] và đang có những định hướng đào tạo dược lâm sàng, dược cộng đồng và thay đổi chương trình đào tạo theo hướng tiếp cận năng lực. Với mong muốn tìm hiểu về đào tạo dược sĩ ở một số nước và Việt Nam chúng tôi thực hiện tổng quan:

“Tổng quan về đào tạo dược sĩ ở một số nước trên thế giới và Việt Nam” với mục tiêu sau:

1. Mô tả về đào tạo dược sĩ ở một số nước trên thế giới và Việt Nam.

Từ đó tìm ra sự khác biệt trong đào tạo dược nếu có ở một số nước và Việt Nam.

1. Trường Cao đẳng Dược TW – Hải Dương

Tác giả chính: Trần Bá Kiên, sdt: 0989206272

Ngày nhận bài: 05/03/2018 | >> Ngày phản biện: 21/03/2018 | >> Ngày duyệt đăng: 10/04/2018

II. NỘI DUNG

Ngày nay vai trò của DS đã có nhiều thay đổi, DS không những đảm nhận vai trò là nghiên cứu sản xuất cung ứng các loại thuốc mà còn thông tin tư vấn cho bệnh nhân, hay dược sĩ cũng là chuyên gia chăm sóc sức khỏe ban đầu. Chính vì vậy mà chương trình đào tạo dược sĩ ở một số nước trên thế giới đã có sự thay đổi. Tại các nước Mỹ, Pháp, trường dược được coi là một trường đại học kỹ thuật chuyên sâu mà bằng cấp cao nhất nhận được là Tiến sĩ dược (Doctor of Pharmacy degree). Tại Anh bằng cấp tốt nghiệp là Thạc sĩ dược (Master of Pharmacy degree). Ở một số nước như Úc, Đức, Singapore, Canada sau khi tốt nghiệp người học được cấp bằng Cử nhân dược (Bachelor degree) và có thể học lên cao hơn để lấy bằng Thạc sĩ dược và Tiến sĩ dược [5], [12].

Thông thường thời gian đào tạo để có bằng Cử nhân dược là 04 năm, một số nước có thời gian đào tạo dài hơn là Mỹ (6 năm), Pháp (6 năm), Canada (5 năm). Hầu hết ở các nước này đều đào tạo bắt buộc về dược lâm sàng từ 04 tháng đến 1 năm. Việc đào tạo này có thể là trong quá trình học tập hoặc sau khi thực tế tốt nghiệp.

Sau đó các sinh viên phải trải qua một kì thi quốc gia trước khi hành nghề. Trên thực tế, chương trình đào tạo dược ở một số nước cụ thể như sau:

Tại Mỹ

Để trở thành DS ở Mỹ cần một thời gian học là 06 năm. Thông thường trước khi học dược người học thường học 02 năm ở một trường đại học nào đó sau đó học thêm 04 năm đào tạo chuyên môn dược và tốt nghiệp được gọi là Pharm.D. Chương trình đào tạo Pharm.D tập trung vào việc hướng dẫn sử dụng, điều trị bằng thuốc, y tế công cộng, quản lý và cung ứng thuốc. Sinh viên phải thực tập bắt buộc 1/4 trong tổng số thời gian học tập. Quá trình học phải đảm bảo tối thiểu 1.500 giờ kinh nghiệm thực tế trước khi được cấp giấy phép hành nghề. Mặt khác sinh viên có thể tìm kiếm học bổng để theo học nội trú lấy bằng cấp chuyên biệt để làm việc trong lĩnh vực bệnh viện hoặc nghiên cứu [5].

Tại Anh

Chương trình đào tạo dược tại Anh là 04 năm. Sinh viên tốt nghiệp được cấp bằng Thạc sĩ dược (M. Pharm). Đây là chương trình học ngắn nhất so với đào tạo dược ở các nước châu Âu khác (thường 5-6 năm). Trong chương trình học sinh viên được thực tập lâm sàng từ 1-4 tuần.

Để hành nghề dược người có bằng M. Pharm cần phải đăng kí thực tập thực tế 01 năm trước khi thi chứng chỉ hành nghề. Việc học tập thực tế 01 năm không bị giới hạn thời gian sau khi tốt nghiệp những người muốn hành nghề nhưng được khuyến khích là trong vòng 03 năm kể từ khi tốt nghiệp và trong quá trình hành nghề dược sĩ ở Anh phải tham gia đào tạo lại để cập nhật kiến thức [6].

Tại Pháp

Chương trình đào tạo dược tại Pháp có thể từ 6-9 năm, tùy theo từng lĩnh vực công tác. Trong quá trình học sau khi kết thúc 02 năm giáo dục cơ sở, sinh viên phải thi để học tiếp chương trình, một số môn liên quan tới dược lâm sàng được giảng dạy trong 4 năm đầu. Vào năm thứ 05 sinh viên có thể tham gia thực tập bán thời gian ở bệnh viện thuộc trường. Vào năm thứ 06 tùy theo chuyên ngành mà sinh viên có thể tiếp tục thực tập toàn thời gian ở nhà thuốc cộng đồng hay công ty dược phẩm. Để có thể làm trong lĩnh vực dược bệnh viện cần phải học tiếp 03 năm một chương trình đào tạo gọi là chương trình thực tập nội trú (Internat en Pharmacie) và được cấp một bằng đặc biệt (DES) cùng với bằng Tiến sĩ dược. Muốn hành nghề dược cần phải đăng kí với Hiệp hội Dược phẩm của Pháp.

Tại Đức

Chương trình đào tạo dược sĩ ở Đức là 04 năm bao gồm các môn học chuyên môn dược, thực hành lâm sàng và 12 tháng thực tế tốt nghiệp. Trong 02 năm đầu sinh viên học các môn học cơ sở ngành và sẽ thực tập lâm sàng 08 tuần vào dịp nghỉ hè, 04 tuần thực tập tại hiệu thuốc, 04 tuần còn lại có thể thực tập ở xí nghiệp, bệnh viện, công ty dược phẩm, cơ quan quản lý dược, trung tâm kiểm nghiệm thuốc. Sau 02 năm tiếp theo sinh viên sẽ hoàn thành 01 năm thực tế trong đó 06 tháng bắt buộc tại nhà thuốc sau đó tham dự kì thi để được cấp chứng chỉ hành nghề dược. Ngoài ra sinh viên sau tốt nghiệp có thể tham dự học và làm luận án để có thể tốt nghiệp lấy bằng Thạc sĩ dược [7].

Tại Úc

Chương trình đào tạo dược ở Úc là 04 năm tốt nghiệp cấp bằng Cử nhân dược (B.Pharm). Trong quá trình học sinh viên được đào tạo dược lâm sàng và thực tế tại các nhà thuốc cộng đồng. Sau tốt nghiệp người học có thể học thêm 2 năm để lấy bằng Thạc sĩ dược (M. Pharm) hoặc có thể học tiếp theo để lấy bằng Thạc sĩ hoặc Tiến sĩ dược về lĩnh vực dược lâm sàng hoặc lấy các chứng chỉ khác.

Sau khi tốt nghiệp muốn hành nghề dược người có bằng Cử nhân dược phải đăng kí thi cấp chứng chỉ hành nghề [9].

Tại Canada

Nhìn chung chương trình đào tạo dược ở Canada là 5 năm trong đó 01 năm đại cương 04 năm học chuyên môn dược cấp bằng Cử nhân khoa học dược (B.Sc. Pharm). Trong quá trình học sinh viên được đào tạo về dược lâm sàng kết hợp thực tập 16 tuần tại bệnh viện. Mỗi trường dược ở Canada thực hiện một chương trình đào tạo riêng. Một số trường đã không đào tạo chương trình 05 năm mà chuyển sang chương trình đào tạo 06 năm và cấp bằng Tiến sĩ dược (D.Pharm) và có chương trình chuyển đổi từ 05 năm sang 06 năm. Sau khi tốt nghiệp để hành nghề

được các B.Sc.Pharm phải tham dự kì thi quốc gia để được cấp chứng chỉ hành nghề [10].

Tại Singapore

Singapore là quốc gia ở khu vực Đông Nam Á có nền kinh tế phát triển. Chương trình đào tạo dược của Singapore là 4 năm, tốt nghiệp được cấp bằng Cử nhân khoa học dược. Sinh viên được đào tạo kiến thức về dược, thực tập nghề nghiệp, thực tập ở nhà thuốc, ở bệnh viện vào năm thứ 3. Sinh viên khi tốt nghiệp muốn làm việc trong lĩnh vực bệnh viện, phòng khám phải được đào tạo thêm 01 năm về dược lâm sàng trước khi tham dự kì thi quốc gia để cấp chứng chỉ hành nghề. Nếu làm việc ở các lĩnh vực khác thì không phải tham gia đào tạo tiền đăng kí nhưng vẫn phải tham gia kì thi quốc gia do Hội đồng Dược Singapore quy định. Ngoài ra người học có thể học tiếp lên cao hơn để lấy bằng Thạc sĩ dược, Tiến sĩ dược [11].

Tại Việt Nam

Khác với một số nước trên thế giới, ở Việt Nam hiện nay theo quy định của Luật Giáo dục sinh viên sau khi vượt qua kỳ thi đại học được đào tạo 05 năm chuyên ngành dược đối với sinh viên đào tạo chính quy dài hạn, 04 năm với sinh viên đã có bằng trung cấp dược, 02 năm đối với người có bằng đại học chính quy dài hạn các ngành bác sĩ y khoa, sinh học, hóa học (của các trường đại học Khoa học tự nhiên, Bách khoa – các trường có cùng đầu vào tương đương)[1], [4]. Sau 05 năm học người tốt nghiệp được cấp bằng dược sĩ. Trong quá trình học sinh viên cũng được đào tạo về dược lâm sàng và đi thực tập tại bệnh viện, nhà thuốc, trung tâm kiểm nghiệm. Đây là điểm khác biệt so với nhiều nước trên thế giới và trong khu vực là từ “dược

sĩ” là danh hiệu nghề nghiệp chứ không phải bằng cấp như các nước khác có tên gọi là B.Pharm, M.Pharm, PharmD. và để có tên gọi là dược sĩ phải thi và được cấp giấy chứng nhận. Sinh viên ra trường có thể làm ở mọi lĩnh vực như bệnh viện, công ty dược phẩm, giảng dạy, nghiên cứu, quản lý; chi riêng mở cửa hàng dược (nhà thuốc) thì cần phải có kinh nghiệm 02 năm kể từ khi tốt nghiệp mới được cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề.

III. KẾT LUẬN

Chương trình đào tạo dược ở các nước trên thế giới là khác nhau có thể từ 4- 9 năm nhưng nhiều nước theo mô hình (4+2) và cấp bằng có thể là Cử nhân dược Thạc sĩ dược, Tiến sĩ dược. Nhưng để hành nghề như là một dược sĩ thì hầu hết các nước đều yêu cầu cần phải có kinh nghiệm và thi lấy chứng chỉ hành nghề nhất là trong lĩnh vực dược bệnh viện hoặc dược lâm sàng và dược cộng đồng. Dược sĩ ở các nước chủ yếu hoạt động trong lĩnh vực dược bệnh viện và dược công đồng nên họ được đào tạo về dược lâm sàng hoặc định hướng dược lâm sàng trong quá trình học tập hoặc thực hành bệnh viện. Ở Việt Nam để có bằng dược người học phải mất 05 năm và khi tốt nghiệp cấp bằng dược sĩ và có thể hành nghề ở mọi lĩnh vực, chỉ có khi mở các loại hình nhà thuốc, công ty dược mới cần đảm bảo có kinh nghiệm ít nhất 02 năm công tác. Dược sĩ hành nghề chủ yếu ở lĩnh vực sản xuất kinh doanh, số lượng dược sĩ ở bệnh viện hạn chế. Đây là sự khác biệt trong đào tạo và sử dụng dược sĩ giữa Việt Nam và một số nước trên thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Quốc Bảo (2004), “Công tác đào tạo nhân lực dược – Thực trạng và giải pháp”, Tạp chí Dược học. 9/2004, 341
2. Nguyễn Thanh Bình, Trần Bá Kiên (2014), “Phân tích thực trạng phân bố nhân lực dược tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện đồng bằng sông Hồng”, Tạp chí Dược học. Số 453
3. Nguyễn Thanh Bình (2007), “Thực trạng nhân lực dược hiện nay ở các địa phương trong toàn quốc”, Tạp chí Dược học. 370
4. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2001), *Quyết định số 12/2001/QĐ - BGD & ĐT về chương trình khung đào tạo dược sĩ, ban hành ngày 26 tháng 4 năm 2001.*
5. AccreditationCouncilforPharmaceuticalEducation,<http://www.acpe-accredit.org/>.
6. BritishPharmaceuticalStudents’ Association,<http://www.bpsa.co.uk/>
7. FrenchPharmacyAssociations,ascompiledbyCornette,C.,JolivetI.PharmaceuticalAssociationsinFrance:Meeting aDiverseSetofNeeds.2007.13:62-63,www.eahp.eu/content/download/25379/.../CountryFocus62-63.pdf
8. GermanPharmaceuticalSociety(DPhG),<http://www.dphg.de/>
9. NationalAustralianPharmacyStudents’ Association,<http://www.napsa.org.au/>
10. CanadianCouncilonContinuingEducationinPharmacy,<http://www.ccecp.org/>
11. PharmaceuticalSocietyofSingapore,<http://www.pss.org.sg/>
12. InternationalPharmaceuticalFederation.*GlobalPharmacyWorkforceandMigrationReport.20.*

KẾT QUẢ CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP DẠY BƠI AN TOÀN PHÒNG CHỐNG ĐUỐI NƯỚC CHO TRẺ EM TẠI ĐỒNG THÁP NĂM 2015

Phan Thanh Hòa¹, Nguyễn Công Cừu¹,
Trần Thị Ngân², Lã Ngọc Quang², Phạm Việt Cường²

TÓM TẮT:

Bơi an toàn là một trong những biện pháp hiệu quả để phòng chống đuối nước ở trẻ em. Đây là một giải pháp được nhiều tổ chức quốc tế, quốc gia khuyến nghị và áp dụng có hiệu quả.

Nghiên cứu can thiệp phòng chống đuối nước trẻ em được thực hiện tại Đồng Tháp với thể kế nghiên cứu can thiệp so sánh trước và sau không nhóm chứng, cỡ mẫu là 1.251 trẻ em tiểu học tham gia chương trình dạy bơi tại huyện Cao Lãnh năm 2015.

Kết quả cho thấy tỷ lệ kiến thức và kỹ năng của trẻ trước và sau can thiệp dạy bơi an toàn có sự thay đổi một cách rất rõ rệt. Cụ thể các kỹ năng sống sót quan trọng như nổi được 90 giây trước can thiệp là 1,4% và sau can thiệp tăng lên 74,6%. Tỷ lệ về kỹ năng bơi được 25 mét trước can thiệp là 3,3% và sau can thiệp tăng lên 73,2%. Tỷ lệ chung của học sinh biết bơi trước can thiệp là 3,3% và sau can thiệp tăng lên 75,5%. Mối liên quan giữa kiến thức và kỹ năng bơi an toàn của trẻ với tỷ lệ trước và sau can thiệp chương trình dạy bơi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu đã cho thấy được hiệu quả và tính khả thi trong việc triển khai mô hình dạy bơi an toàn tại Việt nam.

Từ khóa: Dạy bơi đuối nước, đuối nước trẻ em, bơi an toàn, phòng chống đuối nước.

ABSTRACT:

RESULTS FOR CHILD SURVIVAL SWIMMING INTERVENTION IN DONG THAP PROVINCE 2015

Survival swimming training is proved as one of effective interventions for child drowning. This

intervention is highly recommended by international organizations, countries for successful application.

Child survival swimming intervention in Dong Thap province was conducted with pre and post evaluation for intervention group only, there is no control group; total sample size is 1,251 primary school children attended the free survival swimming training at Cao Lanh district in 2015.

The results showed that there is a significant improvement in knowledge and swimming skills among children. For instance: the necessary survival skill is a child can float in 90 seconds in pre evaluation was 1.4%, in post evaluation it rose up to 74.6%, swimming skills in 25 meter continuously is also got the rapid increase from 3.3% to 73.2%. In overall, swimming, swimming rate rose from 3.3% to 75.5% after the intervention. There is a statistic difference in knowledge and survival swimming skill among children before and after participating the free survival swimming course.

The intervention showed the effectiveness and feasibility in implementing survival swimming program in Vietnam.

Key words: Survival swimming for drowning prevention, child drowning, survival swimming, drowning prevention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đuối nước là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trẻ em dưới 15 tuổi ở Việt Nam (1). Đồng Tháp có khoảng 50 – 60 trường hợp trẻ em bị đuối nước được báo cáo mỗi năm (2). Đuối nước ở trẻ em không xảy ra tình cờ do tai nạn, đuối nước có thể dự báo và phòng chống được. Kinh nghiệm từ các nước phát triển cho thấy

1. Trường Cao đẳng Y tế Đồng Tháp.

Tác giả chính Phan Thanh Hòa, SĐT 0918973520, Email: pthoa@cdytdt.edu.vn

2. Trung tâm nghiên cứu Chính sách và Phòng chống chấn thương – Trường ĐH YTCC

đuôi nước có thể phòng chống dễ dàng với các can thiệp đơn giản và hiệu quả. Tháng 11/2013, Chính phủ Việt Nam thông qua Chiến lược quốc gia phòng chống tai nạn thương tích trẻ em, trong đó nêu rõ đuối nước là một vấn đề y tế công cộng và đưa ra mục tiêu giảm 15% số trường hợp đuối nước vào năm 2015 (3). Đồng thời, Ủy ban nhân dân tỉnh Đồng Tháp đã phê duyệt kế hoạch phòng chống tai nạn thương tích trẻ em giai đoạn 2014-2015, với mục tiêu từng bước hạn chế tình trạng trẻ em tử vong do tai nạn thương tích gây ra, đặc biệt là tình trạng trẻ em bị đuối nước (4). Chương trình dạy bơi an toàn là một can thiệp phòng chống đuối nước ở tỉnh Đồng Tháp. Hoạt động này nhằm góp phần đạt được mục tiêu chiến lược quốc gia bằng các can thiệp cộng đồng. Nghiên cứu này được tiến hành tại tỉnh Đồng Tháp, với mục tiêu đánh giá kết quả của chương trình dạy bơi nâng cao kỹ năng phòng chống đuối nước cho trẻ em tiểu học tại huyện Cao Lãnh, Đồng Tháp, năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu can thiệp so sánh trước và sau can thiệp không nhóm chứng

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Huyện Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp. Thời gian từ tháng 01-10/2015

Đối tượng nghiên cứu

Học sinh tiểu học tại 5 trường tiểu học của huyện Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp.

Cỡ mẫu

Mục đích chính của chương trình can thiệp là tăng cường kiến thức và kỹ năng của trẻ về bơi an toàn. Với ước tính kỹ năng bơi (tỷ lệ biết bơi của trẻ) tăng lên 20% giữa trước can thiệp và sau can thiệp, lực kiểm định 90% và sai số ($\alpha = 5\%$). Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho hai tỉ lệ trên một quần thể (5).

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu

Z: Hệ số tin cậy.

α : Mức ý nghĩa ($\alpha = 0,05$). Với $\alpha = 0,05 \rightarrow Z = 1,96$.

1- β : Lực mẫu. (1- $\beta = 90\%$).

P_1 : Dự kiến có khoảng 40% trẻ đã biết bơi trước can thiệp. Nghiên cứu của Nguyễn Tấn Hưng tại Đồng Tháp tỷ lệ trẻ 5-10 tuổi biết bơi là 42% (6).

P_2 : Ước lượng có 60% biết bơi sau can thiệp.

Thay vào ta được cỡ mẫu tối thiểu: $n = 130$

Vậy cỡ mẫu tối thiểu để so sánh trước can thiệp và sau can thiệp cho một trường tiểu học là 130. Áp dụng chọn mẫu cụm hai giai đoạn, cỡ mẫu được hiệu chỉnh với hệ số thiết kế là 1.5. Vậy cỡ mẫu tối thiểu cho một trường là $130 \times 1.5 = 195$, chúng tôi làm tròn mẫu lên đến 200 cho mỗi trường. Tổng số trường chọn tham gia nghiên cứu là $5 \times 200 = 1.000$. Thực tế có đến 1.251 trẻ tham gia nghiên cứu tại các trường Mỹ Long, Bình Hàng Tây 1, Bình Hàng Tây 2, Tân Hội Trung 2, Phương Trà 2.

Tiến hành can thiệp:

Chương trình can thiệp được thực hiện theo nội dung giáo trình đào tạo bơi an toàn do Trung tâm Nghiên cứu Chính sách và Phòng chống Chấn thương, Trường Đại học Y tế Công cộng phối hợp cùng với các chuyên gia quốc tế biên soạn. Huấn luyện viên dạy bơi là các giáo viên thể dục được đào tạo trước khi triển khai chương trình. Tổng số có 1251 học sinh được đào tạo qua 40 lớp học, mỗi lớp học bao gồm 20 giờ. Địa điểm là tại các hồ bơi được xây dựng tại khuôn viên trường.

Đánh giá: Kiến thức và kỹ năng bơi an toàn của học sinh trước và sau khi tham gia lớp học bơi an toàn được đánh giá thực tế bơi và qua bộ câu hỏi thiết kế trước. Một học sinh được đánh giá là “biết bơi an toàn” nếu có khả năng nổi trên mặt nước 90 giây và bơi được ít nhất 25m bất kể theo kiểu bơi như thế nào và không có vật dụng/phương tiện trợ giúp.

Phương pháp thu thập số liệu

- Thử nghiệm và hoàn thiện công cụ nghiên cứu, sau thử nghiệm đã có điều chỉnh bổ sung cho phù hợp trước khi tiến hành tập huấn và điều tra thu thập số liệu.

- Điều tra viên là nghiên cứu viên thu thập số liệu từ các trường thông qua bảng kiểm tra đánh giá kiến thức và kỹ năng bơi của học sinh bởi huấn luyện viên.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Tổng hợp số liệu, làm sạch và nhập liệu bằng Epidata 3.1. Phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Dùng phương pháp thống kê mô tả và kiểm định phân tích sự khác biệt với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 1.251 học sinh tham chương trình dạy bơi an toàn, tuổi chiếm chủ yếu là 9 và 10 tuổi lần lượt có tỷ lệ là 27,4% và 22,2%. Thấp nhất là ở nhóm 7 tuổi chiếm 12,9%. Giới tính nam cao hơn nữ với tỷ lệ 55,7% và 44,3%.

1. Thông tin chung về trẻ tham gia chương trình bơi

Bảng 1. Thông tin chung về trẻ tham gia chương trình dạy bơi

Các đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ
Tuổi	7 tuổi	161	12,9
	8 tuổi	222	17,8
	9 tuổi	343	27,4
	10 tuổi	278	22,2
	11 tuổi	247	19,7
Giới tính	Nam	697	55,7
	Nữ	554	44,3
Tổng		1251	100

2. Kiến thức và kỹ năng của trẻ về bơi an toàn.

Bảng 1 cho thấy kiến thức và kỹ năng của trẻ trước và sau can thiệp dạy bơi an toàn có sự thay đổi một cách rất rõ. Cụ thể các kỹ năng quan trọng như: Tỷ lệ về kỹ năng sống sót nổi được 90 giây trước can thiệp là 1,4% và sau can thiệp tăng lên 74,6%. Tỷ lệ về kỹ năng bơi được 25 mét trước can thiệp là 3,3% và

sau can thiệp tăng lên 73,2%. Các kỹ năng khác như: tỷ lệ kiến thức cơ bản về bơi an toàn trước can thiệp là 1,4% và sau can thiệp tăng lên 81,1%, kỹ năng mặc áo quần thích hợp, kỹ năng xuống nước và lên bờ an toàn có tỷ lệ trước can thiệp lần lượt là 12,2%, 4,7%, 29,0% và có tỷ lệ sau can thiệp lần lượt là 89,6%, 89,8 và 90,1.

Bảng 1. Kiến thức và kỹ năng bơi an toàn của trẻ trước và sau can thiệp

Kiến thức và kỹ năng bơi an toàn	Tỷ lệ %		p
	Trước	Sau	
Kiến thức cơ bản	1,4	81,1	0,03
Mặc quần áo thích hợp	12,2	89,6	0,001
Kỹ năng sống sót nổi được 90 giây	1,4	74,6	0,01
Xuống nước an toàn	4,7	89,8	0,008
Bơi được 25 mét	3,3	73,2	0,001
Lên bờ an toàn	29,0	90,1	0,6

Mối liên quan giữa kiến thức và kỹ năng bơi an toàn của trẻ với tỷ lệ trước và sau can thiệp của chương trình dạy bơi cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, cụ

thể như các yếu tố về kiến thức cơ bản về bơi an toàn; Mặc quần áo thích hợp; Kỹ năng sống sót nổi được 90 giây; xuống nước an toàn và bơi được 25 mét, với $p < 0,05$.



Bảng 2. Mô tả tỷ lệ biết bơi trước và sau can thiệp

Đặc điểm Biết bơi (%)		Trước can thiệp		Sau can thiệp	
		Không (%)	Biết bơi (%)	Không (%)	
Trường	Bình Hàng Tây 1	0	250 (100)	217 (86,8)	33 (13,2)
	Bình Hàng Tây 2	24 (9,6)	226 (90,4)	169 (67,6)	81 (32,4)
	Phương Trà 2	0	250 (100)	207 (82,8)	43 (17,2)
	Mỹ Long	17 (6,8)	234 (93,2)	158 (62,9)	93 (37,1)
	Tân Hội Trung 2	0	250 (100)	194 (77,6)	56 (22,4)
Tuổi	7 tuổi	0	161 (100)	71 (44,1)	90 (55,9)
	8 tuổi	0	222 (100)	136 (61,3)	86 (38,7)
	9 tuổi	0	343 (100)	266 (77,6)	77 (22,4)
	10 tuổi	23 (8,3)	255 (91,7)	239 (86,0)	39 (14,0)
	11 tuổi	18 (7,3)	229 (92,7)	233 (94,3)	14 (5,7)
Giới tính	Nam	23 (3,3)	674 (96,7)	568 (81,5)	129 (18,5)
	Nữ	18 (3,2)	536 (96,8)	177 (31,9)	377 (68,1)

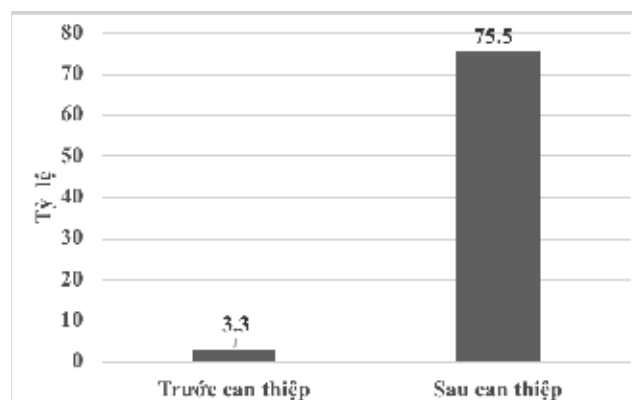
Tỷ lệ biết bơi của trẻ trước can thiệp tại 5 trường tiểu học cho thấy chỉ có trường tiểu học Bình Hàng Tây 2 và Mỹ Long có tỷ lệ học sinh biết bơi lần lượt là 9,6% và 6,8%. Ở nhóm tuổi 10-11 tuổi tỷ lệ biết bơi là 8,3 và 7,3. Tỷ lệ bơi giữa nam và nữ tương đương khoảng 3,3%.

Tỷ lệ biết bơi của trẻ sau can thiệp tại 5 trường tiểu học cho thấy tỷ lệ biết bơi cao nhất ở trường tiểu học Bình Hàng Tây 1 là 86,8%, tiếp theo là trường tiểu học Phương Trà 2 chiếm 82,8% và tỷ lệ biết bơi thấp nhất là trường tiểu học Mỹ Long 62,9%. Tỷ lệ học sinh biết bơi theo tuổi cho

thấy trẻ 7 tuổi có tỷ lệ biết bơi thấp nhất là 44,1% và cao nhất ở tuổi 11 tuổi. Kết quả cho thấy trẻ càng lớn tuổi có tỷ lệ biết bơi càng cao. Tỷ lệ biết bơi sau can thiệp cho thấy có sự khác biệt giữa nam và nữ với tỷ lệ là 81,5% và 31,9%.

Sau can thiệp tỷ lệ biết bơi của trẻ có xu hướng tăng dần theo tuổi, cụ thể kết quả (biểu đồ 2) cho thấy trẻ 7 tuổi có tỷ lệ biết bơi thấp nhất là 44,1%, tiếp theo trẻ 8 tuổi tỷ lệ biết bơi là 61,3%, với trẻ 9 tuổi tỷ lệ biết bơi là 77,6%, trẻ 10 tuổi tỷ lệ biết bơi là 86,0% và trẻ 11 tuổi tỷ lệ biết bơi là 94,3%.

Biểu đồ 2. Mô tả tỷ lệ biết bơi chung của 5 trường trước và sau can thiệp



Tỷ lệ biết bơi trước can thiệp là 3,3% và sau khi học sinh tham gia chương trình dạy bơi an toàn thì tỷ lệ này tăng lên 75,5%.

IV. BÀN LUẬN

Tổng số có 1.251 học sinh tham chương trình dạy bơi an toàn tại 5 điểm trường tiểu học của huyện Cao Lãnh. Kết quả của hoạt động dạy bơi cho thấy tỷ lệ kiến thức và kỹ năng của trẻ trước và sau can thiệp dạy bơi an toàn có sự thay đổi một cách rất rõ. Cụ thể các kỹ năng quan trọng như: Tỷ lệ về kỹ năng sống sót nổi được 90 giây trước can thiệp là 1,4% và sau can thiệp tăng lên 74,6%. Tỷ lệ về kỹ năng bơi được 25 mét trước can thiệp là 3,3% và sau can thiệp tăng lên 73,2%. Đây là hai kỹ năng quan trọng giúp trẻ có thể sống sót khi bị tai nạn đuối nước và kỹ năng được rèn luyện duy trì suốt cuộc đời của trẻ, phải nói đây có thể coi là vaccine ngăn ngừa phòng chống đuối nước cho trẻ em. Theo báo cáo của Cục Bảo vệ trẻ em, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, bơi là kỹ năng giúp trẻ sống sót khi tiếp xúc với môi trường nước, thực tế nhiều trẻ em Việt Nam không biết bơi, không có kỹ năng ứng phó khi gặp nguy cơ bị đuối nước. Các nghiên cứu thực hiện Việt Nam cho thấy, hầu hết trẻ em bị đuối nước là do không biết bơi (8). Kinh nghiệm của nhiều nước trên thế giới cho thấy, dạy bơi cho trẻ em là biện pháp hữu hiệu nhất để phòng đuối nước. Tại Mỹ, 54% cha mẹ cho rằng dạy bơi cho trẻ em có thể hạn chế đuối nước. Tại Trung Quốc, các chuyên gia khuyến cáo rằng để phòng chống đuối nước có hiệu quả, các chương trình dạy bơi phải được đưa vào thành môn học giáo dục thể chất bắt buộc trong các trường học (9). Nhìn chung, thông qua chương trình dạy bơi an toàn cho trẻ em từ kết quả trên cho thấy có hiệu quả rõ.

Tỷ lệ biết bơi của trẻ theo nhóm tuổi trước can thiệp là gặp ở nhóm tuổi 10 và 11 tuổi tỷ lệ biết bơi là 8,3% và 7,3%. Sau can

thiệp thì tỷ lệ biết bơi của trẻ có xu hướng tăng dần theo tuổi, cụ thể kết quả cho thấy trẻ 7 tuổi có tỷ lệ biết bơi thấp nhất là 44,1%, trẻ 8 tuổi tỷ lệ là 61,3%, trẻ 9 tuổi tỷ lệ là 77,6%, trẻ 10 tuổi tỷ lệ là 86,0% và trẻ 11 tuổi tỷ lệ là 94,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Rahman. A và cộng sự, với khả năng bơi của trẻ ở nhóm 4 – 9 tuổi là 3% và ở nhóm 10 – 14 tuổi là 33% (10). Điều này cho thấy trẻ càng lớn tuổi có tỷ lệ biết bơi càng cao.

Tỷ lệ học sinh biết bơi trước can thiệp là 3,3% và sau khi học sinh tham gia chương trình dạy bơi an toàn thì tỷ lệ này tăng lên 75,5%. Kết quả này cho thấy chương trình can thiệp mang lại hiệu quả cao về kỹ năng bơi an toàn cho trẻ. Nghiên cứu cũng chỉ ra có mối liên quan giữa kiến thức và kỹ năng bơi an toàn của trẻ với tỷ lệ trước và sau can thiệp chương trình dạy bơi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu chỉ dừng lại ở mức độ đánh giá kết quả so sánh trước can thiệp và sau can thiệp, thể hiện sự thay đổi về tỷ lệ trước và sau. Nghiên cứu chưa phân tích sâu về hiệu quả can thiệp, cũng như chưa đánh giá tác động của chương trình dạy bơi an toàn cho trẻ trong những năm tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Kết quả dạy bơi cho thấy tỷ lệ kiến thức và kỹ năng của trẻ trước và sau can thiệp dạy bơi an toàn có sự thay đổi tích cực. Cụ thể các kỹ năng quan trọng như: Tỷ lệ về kỹ năng sống sót nổi được 90 giây trước can thiệp là 1,4% và sau can thiệp tăng lên 74,6%. Tỷ lệ về kỹ năng bơi được 25 mét trước can thiệp là 3,3% và sau can thiệp tăng lên 73,2%. Tỷ lệ biết bơi của trẻ có xu hướng tăng dần theo tuổi. Tỷ lệ biết bơi chung của trẻ trước can thiệp là 3,3% và sau can thiệp tăng lên 75,5%. Nghiên cứu cũng chỉ ra có mối liên quan giữa kiến thức và kỹ năng bơi an toàn của trẻ với tỷ lệ trước và sau can thiệp chương trình dạy bơi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nhung NTT, Long TK, Huong NT, Linh BN, al e. Estimation of Vietnam National Burden of Disease 2008. Asia-Pacific journal of Public health. 2008;26(5):527-35.
2. Bộ Y tế. Báo cáo thống kê tai nạn thương tích 2011.
3. Chính phủ. Chương trình phòng, chống tai nạn, thương tích trẻ em giai đoạn 2013 - 2015. 2013;2158.
4. Kế hoạch phòng chống tai nạn thương tích trẻ em giai đoạn 2014-2015, (2014).
5. Organization WH. Sample Size Determination in Health Studies. 1998.
6. Hung NT. Thực trạng về vấn đề đuối nước tại 5 huyện vùng lũ tỉnh Đồng Tháp, từ tháng 6/2004 đến tháng 5/2005. Hà Nội 2005.
7. World Health Organization. Global report on Drowning: Preventing a leading killer 2014.
8. Cục Bảo vệ Chăm sóc trẻ em - Bộ Lao động Thương binh và Xã hội. Mười trẻ tử vong vì đuối nước mỗi ngày. Hà Nội 2013 [12/9/2015]; Available from: <http://treem.molisa.gov.vn/SIte/vi-vn/13/367/17524/Default.aspx>.
9. Tú NTH, Lan TTN, Trang KTQ. Các giải pháp phòng chống đuối nước trẻ em. Hà Nội 2007.
10. Rahman A, Mashreky SR, Chowdhury SM, Giashuddin MS, Uhaa IJ, Shafinaz S, et al. Analysis of the childhood fatal drowning situation in Bangladesh: exploring prevention measures for low-income countries. Injury Prevention. 2009;15(2):75-9.

HIỆU QUẢ MÔ HÌNH CAN THIỆP THAY ĐỔI HÀNH VI VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV/STI Ở NHÓM NAM BÁN DÂM ĐỒNG GIỚI 16-29 TUỔI TẠI HÀ NỘI

Nguyễn Văn Hùng^{1*}, Nguyễn Anh Tuấn², Phạm Đức Mạnh³, Vũ Toàn Thịnh⁴,
Lưu Ngọc Minh⁴, Đỗ Thị Thanh Toàn⁴, Lê Minh Giang⁴

TÓM TẮT:

Nghiên cứu (NC) can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV/STI được triển khai tại Hà Nội trên đối tượng nam bán dâm đồng giới từ 16 đến 29 tuổi trong ba năm (2015-2017), bao gồm các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi, tiếp cận dịch vụ y tế, và tư vấn xét nghiệm tự nguyện. NC can thiệp cộng đồng, đánh giá trước – sau can thiệp với cỡ mẫu trước can thiệp là 314 đối tượng, sau can thiệp là 275 đối tượng. Kết quả cho thấy hành vi dự phòng nguy cơ lây nhiễm HIV/STI của các đối tượng NC có sự thay đổi đáng kể. Hiệu quả can thiệp đã được chứng minh bằng sự thay đổi trong hầu hết các nội dung về thay đổi hành vi và sử dụng dịch vụ phòng lây nhiễm HIV/STI của đối tượng NC. Các hoạt động về thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi vẫn cần tiếp tục được duy trì và tăng cường chất lượng.

Từ khóa: Can thiệp dự phòng, hành vi dự phòng HIV/STI, nam bán dâm đồng giới.

SUMMARY:

EFFECTIVENESS OF THE INTERVENTION TO CHANGE HIV/STI PREVENTION BEHAVIOR AMONG MALE SEX WORKERS AGED 16-29 IN HANOI.

The interventions of HIV/STI prevention have been implemented in Hanoi for 16-29-year-old male sex workers for three years (2015-2017), including the behavior change, access to health services communication, knowledge enhancement, voluntary counseling, and testing. The results show that there was a significant change in HIV/STI prevention behavior among participants. The effectiveness of the intervention after

three years (2015-2017) in our study has been demonstrated by the change in most of the content of the behavior of HIV/STI prevention. Age, education level and gender identity were factors influencing the behavior of seeking medical services. Behavioral education and communication activities need to continuously maintained and improved.

Key words: Prevention, HIV/STI prevention behavior, male sex workers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS là mối hiểm họa đối với tính mạng, sức khỏe con người, số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV có chiều hướng tăng nhanh trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (NTDDG) [1]. Nhóm nam bán dâm đồng giới (NBDDG) là một trong số những nhóm có nguy cơ cao trong NTDDG ở Việt Nam, với tỷ lệ nhiễm HIV cao [2]. Nhóm NTDDG đã cho thấy hạn chế về hành vi liên quan đến dự phòng, điều trị HIV/AIDS và STI và khả năng tiếp cận dịch vụ dự phòng, điều trị HIV/AIDS và STI của nhóm này [3]. Ở Việt Nam hiện nay các mô hình can thiệp đồng bộ và hiệu quả về tăng khả năng tiếp cận dịch vụ dự phòng, điều trị HIV/AIDS và STI cho nhóm NBDDG còn hạn chế. Xuất phát từ thực tế trên, nhằm tăng tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ y tế và hành vi về dự phòng lây nhiễm HIV và STI của nhóm NBDDG, chúng tôi triển khai mô hình can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV và STI trong nhóm NBDDG 16 - 29 tuổi tại Hà Nội. NC này được triển khai nhằm xem xét hiệu quả mô hình can thiệp thông qua đánh giá hành vi và sử dụng dịch vụ phòng lây nhiễm HIV/STI ở nhóm nam bán dâm đồng giới 16-29 tuổi tại Hà Nội trước và sau can thiệp.

1. Viện Kiểm định Quốc gia Vắc xin và Sinh phẩm y tế

Tác giả chính: Nguyễn Văn Hùng, ĐT: 0902.988.986, Email: hung77nicvb@gmail.com

2. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

3. Cục Phòng, chống HIV/AIDS

4. Trường Đại học Y Hà Nội



II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng NC:

NBDDG được sử dụng trong NC này là những nam giới có quan hệ tình dục (QHTD) với nam giới khác nhằm trao đổi tiền hoặc bất cứ loại vật chất nào như thức ăn, quần áo, chõ ở hoặc ma túy, tuổi từ 16 – 29, sống tại Hà Nội ít nhất 1 tháng qua.

2.2. Địa điểm và thời gian NC:

NC được tiến hành từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2017 tại các quận của thành phố Hà Nội có tập trung nhiều NBDDG như Ba Đình, Hoàn Kiếm, Đống Đa, Hai Bà Trưng và Cầu Giấy.

2.3. Thiết kế NC:

NC can thiệp cộng đồng tự chứng.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu NC: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho so sánh sự khác biệt giữa hai tỉ lệ, trong đó tỉ lệ tham khảo là tỉ lệ có xét nghiệm STI 6 tháng trước điều tra trên nhóm NBDDG ở Hà Nội năm 2009 -2010: 15% [4] và tỉ lệ mong đợi sau can thiệp là: 30%. Cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi vòng của NC tính được là 242 NBDDG.

2.4.2. Chọn mẫu NC:

Mẫu NC được chọn độc lập ở 2 nhóm trước và sau can thiệp theo phương pháp chọn mẫu thời gian - địa điểm (Time Location Sampling - TLS). Theo phương pháp này, tại mỗi vòng đối tượng NC được tuyển chọn ngẫu nhiên vào mẫu theo 2 gian đoạn: Xây dựng khung mẫu và lựa chọn chòm và lựa chọn các đối tượng tham gia NC tại các tụ điểm.

2.5. Mô hình can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV/STI trong nhóm NBDDG

Mô hình can thiệp được triển khai gồm các hoạt động tại Phòng khám Sức khỏe tình dục (SHP) của Trường Đại học Y Hà Nội: đánh giá xác định nguy cơ và nhu cầu của NBDDG về khám và điều trị HIV/STI; tham vấn cho đối tượng để nâng cao kiến thức về HIV/STI và HIV/AIDS,

mỗi đối tượng có thể được tham vấn nhiều lần trong quá trình can thiệp; khám lâm sàng, xét nghiệm HIV/STI và điều trị STI cho đối tượng.

2.6. Phương pháp và kỹ thuật thu thập thông tin

Đánh giá điều tra trước và sau can thiệp cùng sử dụng chung một bộ câu hỏi phỏng vấn. Chi số về hành vi và sử dụng dịch vụ phòng lây nhiễm HIV/STI được xác định thông qua một số biến số: tỷ lệ đối tượng đã từng đến khám chữa bệnh tại một cơ sở y tế trong 6 tháng qua; tỷ lệ đối tượng dự định đi khám sức khỏe tổng thể tại các cơ sở dịch vụ y tế hoặc phòng khám tư của bác sĩ trong vòng 6 tháng tới; tỷ lệ đối tượng mô tả đúng khả năng nhận được dịch vụ y tế về các bệnh lây truyền qua đường tình dục; tỷ lệ đối tượng đã từng xét nghiệm HIV; tỷ lệ đối tượng đã từng trao đổi với nhân viên y tế về việc có quan hệ tình dục với nam giới.

Số liệu được cập nhật thường xuyên ngay sau mỗi lần điều tra, sử dụng dịch vụ của website <http://formhub.org/>.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. So sánh các biến số trước và sau can thiệp. Để đánh giá hiệu quả các hoạt động can thiệp sử dụng các chỉ số NC chính đã được nêu và tính chỉ số hiệu quả (CSHQ):

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{|p_2 - p_1|}{p_1} \times 100$$

Trong đó p1 là kết quả có tại thời điểm đánh giá trước can thiệp (TCT) năm 2015; p2 là kết quả tại thời điểm đánh giá sau can thiệp (SCT) năm 2017.

2.8. Đạo đức trong NC

NC đã được Hội đồng Đạo đức trong NC Y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội xem xét và thông qua.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng NC

Đặc trưng	Trước CT		Sau CT	
	Số lượng n=314	Tỷ lệ (%)	Số lượng n=275	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi				
16 - 20	105	33,8	60	21,8
21 - 22	81	26	62	22,5
23 – 24	59	19	61	22,2
25 – 29	66	21,2	92	33,5
Trình độ học vấn				
Tiểu học – Trung học cơ sở (1 - 9)	90	28,7	85	30,9
Trung học phổ thông (10 - 12)	124	39,5	107	38,9
Trung cấp/cao đẳng/đại học	100	31,8	83	30,2
Tình trạng hôn nhân				
Độc thân, chưa kết hôn bao giờ Ly dị/ly thân	303	96,8	244	89,4
Có vợ, người yêu sống cùng	10	3,2	29	10,6
Nơi sinh				
Hà Nội	49	15,6	50	18,2
Các tỉnh khác	265	84,4	224	81,8
Thu nhập trong tháng trước điều tra				
< 2.000.000đ	22	7	21	7,6
2.000.000 - 5.000.000đ	134	42,7	96	34,9
> 5.000.000đ	158	50,3	158	57,5
Tự nhận về giới				
Là nam	223	87,8	206	85,5
Là nữ/ người chuyển giới/ đồng giới/ không rõ giới tính	31	12,2	35	14,5
Giới tính thích QHTD				
Nam	91	29	86	31,5
Nữ/Cả nam và nữ	223	71,0	187	68,5

Các đặc trưng cơ bản của đối tượng tham gia NC được thể hiện trong bảng 1, trong đó không thấy có sự khác biệt về độ tuổi và trình độ văn hóa giữa các nhóm tuổi và các bậc học trong cả hai giai đoạn trước và sau can thiệp (dao động 20-30% cho mỗi nhóm tuổi và 30-40% cho mỗi nhóm bậc học). Tại cả hai giai đoạn NC,

đa số các đối tượng cũng đang sống một mình, độc thân hoặc đã ly thân, ly dị (trước can thiệp là 96,8% và sau can thiệp là 89,4%). Có đến hơn 80% là các đối tượng ngoại tỉnh, trong đó gần 50% có thu nhập bình quân dưới 5 triệu đồng/tháng. Trên 85% các đối tượng NC tự nhận mình là nam giới.

Bảng 2. Thay đổi hành vi về dự phòng bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV

Đặc trưng	TCT 2015 (n=314)		SCT 2017 (n=275)		p	CSHQ (%)
	SL	%	SL	%		
Đã từng đến khám chữa bệnh tại một cơ sở y tế trong 6 tháng qua	124	50,4	136	58,4	> 0,05	15,9
Dự định đi khám sức khỏe tổng thể trong vòng 6 tháng tới	227	72,3	225	82,1	< 0,005	13,6
Mô tả có thể nhận được dịch vụ y tế về các bệnh lây truyền qua đường tình dục	206	65,6	216	78,6	< 0,002	19,8
Mô tả chắc chắn nhận được dịch vụ y tế về các bệnh lây truyền qua đường tình dục	55	17,5	119	43,3	<0,001	147,4
Đã từng xét nghiệm HIV và nhận kết quả	137	49,1	186	72,7	<0,001	48,1
Đã từng trao đổi với nhân viên y tế về việc có quan hệ tình dục với nam giới	77	24,5	97	54,5	< 0,001	122,5

Kết quả từ bảng 2 cho thấy sự thay đổi từ năm 2015 đến 2017 trong hầu hết các nội dung về thay đổi hành vi và sử dụng dịch vụ phòng lây nhiễm HIV/STI trong đó hành vi mô tả chắc chắn nhận được dịch vụ y tế về các bệnh lây truyền qua đường tình dục từ bác sĩ hoặc phòng khám và

đã từng trao đổi với nhân viên y tế về việc có quan hệ tình dục với nam giới là hai nội dung thay đổi nhiều nhất với lần lượt chỉ số hiệu quả là 147,4% và 122,5%. Tỷ lệ đến khám chữa bệnh tại một cơ sở y tế trong 6 tháng qua cũng tăng từ 50,4% lên 58,4% (đạt chỉ số hiệu quả bằng 15,9%).



Bảng 3. Mô hình ảnh hưởng đến hành vi và sử dụng dịch vụ phòng lây truyền qua đường tình dục và HIV sau can thiệp

Đặc trưng	Đã từng đến khám chữa bệnh tại một cơ sở y tế trong 6 tháng qua			
	Số lượng n=275	Tỷ lệ (%)	OR (95% khoảng tin cậy)	aOR (95% khoảng tin cậy)
Nhóm tuổi				
16 - 20	22	16.2	1	1
21 - 22	27	19.9	1,36 (0,61 - 2,90)	1,19 (0,45 - 3,16)
23 - 24	32	23.5	1,87 (0,85 - 4,11)	1,16 (0,43 - 3,10)
25 - 29	55	40.4	2,81 (1,34 - 5,89)	1,28 (0,49 - 3,38)
Trình độ học vấn				
Tiểu học và Trung học cơ sở (6 - 9)	30	22.1	1	1
Trung học phổ thông (10 - 12)	49	36	1,91 (1,03 - 3,54)	1,88 (0,94 - 3,78)
Trung cấp/cao đẳng/đại học	57	41.9	11,4 (4,78 - 27,19)	7,79 (2,98 - 20,34)
Tình trạng hôn nhân				
Độc thân, chưa kết hôn bao giờ Ly dị/ly thân	119	87.5	1	1
Có vợ, người yêu sống cùng	17	12.5	1,38 (0,59 - 3,24)	1,05 (0,37 - 3,01)
Nơi sinh				
Hà Nội	30	22.1	1	1
Các tỉnh khác	106	77.9	0,50 (0,24 - 1,05)	0,90 (0,37 - 2,19)
Thu nhập trong tháng trước điều tra				
< 2.000.000đ	8	5.9	1	1
2.000.000 - 5.000.000đ	40	29.4	0,75 (0,24 - 2,36)	1,47 (0,33 - 6,59)
> 5.000.000đ	88	64.7	1,29 (0,43 - 3,94)	2,47 (0,55 - 11,12)
Tự nhận về giới tính				
Là nam	96	79.3	1	1
Là nữ/người chuyển giới/đồng giới/ không rõ giới tính	25	20.7	4,32 (1,58 - 11,80)	4,50 (1,48 - 13,72)
Giới tính thích QHTD				
Nam	52	38.2	1	1
Nữ/Cả nam và nữ	84	61.8	0,35 (0,19 - 0,66)	0,66 (0,30 - 1,46)

Trong mô hình hồi quy đơn biến, những người trên 25 tuổi có hành vi tìm kiếm dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế cao hơn so với nhóm tuổi trẻ dưới 20 tuổi là 2,81 lần (OR = 2,81; 95% CI: 1,34 – 5,89); trình độ văn hóa càng cao thì hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế càng cao (người có trình độ trung cấp/cao đẳng/đại học có tỷ lệ tiếp cận dịch vụ y tế cao gấp 11,4 lần người có trình độ tiểu học/trung học cơ sở (OR= 11,4; 95% CI: 4,78 – 27,19) và cao gấp 7,79 lần trong mô hình hồi quy đa biến (AOR= 7,79; 95% CI: 2,98 – 20,34). Những người tự nhận giới tính không phải là nam giới cho thấy tỷ lệ tìm kiếm dịch vụ y tế cao gấp 4,32 lần so với những người tự nhận là nam giới (OR= 4,32; 95% CI: 1,58 – 11,8). Đối tượng thích quan hệ tình dục với nữ hoặc cả nam và nữ thì cho thấy hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế thấp hơn so với đối tượng thích quan hệ tình dục với nam giới (OR=0,35; 95%CI: 0,19 - 0,66).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả can thiệp sau 3 năm từ NC của chúng tôi cho thấy có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về việc đối tượng NC mô tả chắc chắn nhận được dịch vụ y tế về các bệnh lây truyền qua đường tình dục từ bác sĩ hoặc phòng khám (tăng từ 17,5% trước can thiệp lên 43,3% sau can thiệp) và đã từng trao đổi với nhân viên y tế về việc có quan hệ tình dục với nam giới (tăng từ 24,5% lên 55,5%). Một vài NC trước đây triển khai tại Hà Nội cho thấy các đối tượng NBDDG thường mặc cảm bị xã hội kỳ thị nên tỉ lệ sử dụng dịch vụ HIV/STI còn thấp. NC của Lê Minh Giang và cộng sự năm 2014 cho thấy tỷ lệ khám, chẩn đoán STI 12 tháng qua thấp (3,9% đến 6,5%) [5]. NC của Nguyễn Thị Phương Hoa năm 2015 cho tỷ lệ đối tượng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV và STI là: đã từng xét nghiệm HIV (47,8%), khám và điều trị STI (15,0%) và HIV (9,6%) [6]. Như vậy, kết quả can thiệp từ NC này của chúng tôi đã bước đầu cho thấy hiệu quả của chương trình can thiệp thay đổi hành vi cho các đối tượng.

Đã có nhiều NC can thiệp được triển khai tại Việt Nam cũng cho kết quả rất tốt giúp thay đổi hành vi của đối tượng nhận can thiệp. Chương trình khám và điều trị các nhiễm trùng STI ở Việt Nam được triển khai lồng ghép

với các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS và hoạt động khám chữa bệnh tại tuyến y tế ban đầu. Kết quả triển khai hoạt động khám và điều trị các nhiễm trùng STI liên tục tăng trong nhiều năm qua [7].

Kết quả phân tích trong NC ban đầu của chúng tôi cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tiếp cận và sử dụng dịch vụ xét nghiệm HIV/STI là tuổi và trình độ học vấn của đối tượng NC. Tuổi và trình độ học vấn càng cao thì càng có khả năng sử dụng dịch vụ HIV/STI. Điều này có thể được lí giải là do sự liên quan đến kì thị và phân biệt đối xử, khi những người có trình độ học vấn thấp thường có xu hướng tự nhận định sự chịu ảnh hưởng về phân biệt đối xử cao hơn so với những đối tượng có học vấn cao [8]. Kết quả NC tại Brazil (2015) cho thấy, những người có tuổi càng cao thì có khả năng sử dụng dịch vụ dự phòng cao hơn so với nhóm đối tượng có tuổi trẻ [9].

Một yếu tố liên quan đến hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế khác là tự nhận về giới, trong đó những người tự nhận giới tính không phải là nam giới cho thấy tỷ lệ tìm kiếm dịch vụ y tế cao gấp 3,7 lần so với những người tự nhận là nam giới. Hiện nay những người thực chất được gọi là trai thẳng, nhưng vì lý do kiểm tiền nên họ phải bán dâm cho người đồng giới và họ là những người ít được tiếp cận đến các dịch vụ STI và cũng chưa chủ động tiếp cận nhiều [10]. Vì vậy, một lần nữa kết quả NC của chúng tôi cũng gợi ý cho việc triển khai các chương trình can thiệp cho NBDDG cần quan tâm hơn nữa đến nhóm trai thẳng bán dâm.

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả can thiệp sau ba năm (2015-2017) trong NC của chúng tôi đã cho thấy sự thay đổi trong hầu hết các nội dung về hành vi và sử dụng dịch vụ phòng lây nhiễm HIV/STI của đối tượng NC. Đáng chú ý là hai nội dung đối tượng NC mô tả chắc chắn nhận được dịch vụ y tế về các bệnh lây truyền qua đường tình dục từ bác sĩ hoặc phòng khám và đã từng trao đổi với nhân viên y tế về việc có quan hệ tình dục với nam giới. Tuổi, trình độ văn hóa và nhận định về giới là những yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế. Các hoạt động về thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi vẫn cần tiếp tục được duy trì và tăng cường chất lượng.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Báo cáo tổng kết công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2013 và định hướng kế hoạch năm 2014, Hà Nội, 2014.
2. Cục phòng chống HIV/AIDS. HIV/AIDS tại Việt Nam: Ước tính và dự báo giai đoạn 2011 - 2015, Hà Nội, 2012.
3. Cục phòng chống HIV/AIDS and Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương. Kết quả giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam – vòng II – 2009, Hà Nội, 2001.
4. Nguyễn Thị Phương Hoa, và cộng sự. Nguy cơ nhiễm HIV và một số nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục ở nhóm nam bán dâm đồng giới tại Hà Nội năm 2009-2010. Tạp chí Y học Dự phòng, 2012; 12(6 (133)): 47-53.
5. Giang LM, và cộng sự. Thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi phát hiện HIV và STI ở nhóm nam bán dâm đồng giới năm 2011. Tạp chí NC Y học, 2014; 91(5): 84-90.
6. Nguyễn Thị Phương Hoa, và cộng sự. Nguy cơ nhiễm HIV và một số nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục ở nhóm nam bán dâm đồng giới tại Hà Nội năm 2009-2010. Tạp chí Y học Dự phòng, 2012; 12(6): 47-53.
7. Bộ Y tế. Báo cáo 20 năm hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, 2010.
8. Zhao Y, et al. HIV Testing and Preventive Services Accessibility Among Men Who Have Sex With Men at High Risk of HIV Infection in Beijing, China. *Medicine*, 2015; 94(6): e534.
9. Brito, Ana Maria, et al. Factors Associated with Low Levels of HIV Testing among Men Who Have Sex with Men (MSM) in Brazil. *PLoS ONE*, 2015; 10(6): e0130445.
10. Colby Donn, Hoàng Thiện, et al. Risk factors for hiv infection and unprotected anal sex among male sex workers in Vietnam. 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Atlanta, USA, 2013: Poster # 1023.

THỰC TRẠNG TỬ VONG VÀ SỐ NĂM SỐNG TIỀM TÀNG MẤT ĐI DO UNG THƯ TẠI MỘT SỐ PHƯỜNG TRUNG TÂM THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN GIAI ĐOẠN 2014-2016

Trịnh Văn Hùng¹, Nguyễn Mạnh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích số năm sống tiềm tàng mất đi do ung thư tại một số phường trung tâm thành phố Thái Nguyên trong giai đoạn 2014-2016. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang được tiến hành bằng cách hồi cứu số liệu quản lý tử vong tại trạm y tế và ủy ban nhân dân các phường. **Kết quả:** Số ca tử vong do ung thư trong giai đoạn 2014-2016 là 193 ca. Tổng số YLL do ung thư là 3007,8 năm, AYLL là 15,6 năm. Nữ giới có số năm mất đi trung bình cao hơn nam giới. Nhóm tuổi từ 51-60 có YLL cao nhất (chiếm 43,2%). Chỉ số YLL theo loại ung thư: ung thư phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (20,0%), tiếp theo là ung thư gan, vòm họng, dạ dày, vú. Tính theo chỉ số AYLL thì ung thư vú có AYLL cao nhất (29,8 năm), sau đó là ung thư máu, cổ tử cung, vòm họng và gan. **Kết luận và khuyến nghị:** Cần tăng cường công tác sàng lọc ung thư; việc quản lý, theo dõi tử vong phải được thực hiện đồng bộ và chính xác.

Từ khóa: Ung thư, tử vong, YLL, AYLL, Thái Nguyên.

SUMMARY

THE SITUATION OF DEATH AND YLL DUE TO CANCER IN SOME CENTRAL WARD OF THAI NGUYEN CITY FOR THE PERIOD 2014-2016

Objectives: To analyze the years of potential life lost due to cancer in some central wards of Thai Nguyen city for the period 2014-2016. **Methods:** Cross-sectional description was performed by retrospective management of mortality data at health stations and the People's Committees at the study sites. **Results:** The number of cancer deaths for the period 2014-2016 was 193. The total number of YLLs due to cancer is 3007.8 years, AYLL is 15.6 years. Females loose on average more life years to cancer than men (22,2 vs 12,0). Lung cancer causes the most

YLL (20.0%), followed by liver cancer, nasopharynx cancer, stomach cancer and breast cancer. Breast cancer loses the average number of years of life (29.8 years), followed by blood cancer, cervix cancer, throat cancer and liver cancer. **Conclusions and Recommendations:** The need for increased screening for cancer; the management and monitoring of death must be carried out in a uniform and accurate manner.

Keywords: Cancer, death, YLL, AYLL, Thai Nguyen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đang trở thành một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam. Theo thống kê của Tổ chức Đánh giá gánh nặng bệnh tật toàn cầu (The Global Burden Disease – GBD) mỗi năm trên toàn cầu có khoảng 14,9 triệu ca mới mắc ung thư và 8,2 triệu ca tử vong, trong đó có tới 2/3 là ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [0].

Tại Việt Nam mỗi năm có khoảng trên 125.000 ca mắc ung thư mới và tỉ lệ tử vong chiếm gần 75%, trung bình mỗi ngày tại Việt Nam có khoảng 250 người chết vì căn bệnh ung thư. Dự báo vào năm 2020 sẽ có ít nhất 189 344 ca ung thư mới mắc. Trong số ca ung thư, nữ chiếm 43% và nam giới 57%. Bốn loại ung thư phổ biến nhất ở nam giới là ung thư gan, phổi, dạ dày và đại trực tràng, chiếm 66% tổng số ca ung thư mới mắc ở nam giới. Ở nữ giới, bốn loại phổ biến nhất là ung thư vú, phổi, gan, cổ tử cung, chiếm gần 50% tổng số ca ung thư mới mắc ở nữ. Theo số liệu ước tính số năm sống tiềm tàng mất đi do bệnh (YLL) trong năm 2010 tổng số YLL do các bệnh không lây nhiễm là 6.760.146 năm, chiếm 56,1% tổng số gánh nặng bệnh tật, trong đó ung thư chiếm 19,2%, đứng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong [0].

Hiện tại có nhiều phương pháp để đánh giá gánh nặng bệnh tật đối với con người. Trong đó số năm sống mất đi

1. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

do tử vong sớm (YLL) là phương pháp đơn giản, phản ánh mô hình bệnh tật và tử vong. Việc áp dụng chỉ số YLL đã được tiến hành tại nước ta từ khá lâu, tuy nhiên các nghiên cứu tại Thái Nguyên còn ít các nghiên cứu áp dụng chỉ số này trong việc đánh giá gánh nặng bệnh tật. Vì những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: **Phân tích số năm sống tiềm tàng mất đi do ung thư tại một số phường trung tâm thành phố Thái Nguyên trong giai đoạn 2014-2016.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

- Các trường hợp tử vong do ung thư tại 4 phường trung tâm thành phố Thái Nguyên giai đoạn 2014-2016.

- Hệ thống sổ sách, báo cáo thống kê về tử vong do ung thư được quản lý tại trạm y tế và UBND phường.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

- Các trường hợp tử vong do ung thư từ 01/01/2014 đến 31/12/2016.

Địa điểm nghiên cứu

- Tại 4 phường trung tâm thành phố Thái Nguyên bao gồm: Quang Trung, Hoàng Văn Thụ, Phan Đình Phùng, Trung Vương.

Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang

Phương pháp thu thập số liệu

- Số liệu thứ cấp được thu thập dựa trên hệ thống sổ sách có sẵn tại trạm y tế và UBND các phường. Các thông tin thu thập bao gồm chẩn đoán bệnh khi tử vong, tuổi khi tử vong, giới, dân tộc, nghề nghiệp, ngày tử vong và nơi tử vong.

Phương pháp phân tích số liệu

Việc đánh giá gánh nặng bệnh tật trong nghiên cứu này dựa trên hai chỉ số là số năm sống mất đi do tử vong sớm và số năm sống trung bình mất đi do tử vong sớm:

- Số năm sống mất đi do tử vong sớm (YLL) của mỗi người được tính bằng hiệu số giữa tuổi thọ trung bình và tuổi tử vong thực. Nếu một người có tuổi tử vong lớn hơn tuổi thọ trung bình, thì YLL của người đó được thiết lập về không (tức là không có YLL “tiêu cực”). Trong thực tế, chỉ tính những người tử vong trước tuổi thọ trung bình bao gồm trong tính toán. Nghiên cứu này sử dụng kỳ vọng sống của người Việt Nam là 71,3 ở nam giới và 80,7 tuổi ở nữ giới theo số liệu của WHO năm 2015 [8].

- Số năm sống trung bình mất đi do tử vong sớm (AYLL) được tính bằng cách chia tổng số YLL cho số người tử vong trong khoảng thời gian xác định, chỉ số này cung cấp một thước đo về gánh nặng của bệnh ung thư cho từng bệnh nhân, chứ không phải toàn bộ dân số, nó cho thấy trung bình bao nhiêu năm cuộc sống của bệnh nhân có thể bị rút ngắn do ung thư.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Chỉ số YLL và AYLL do ung thư theo địa dư

Phường	Số trường hợp tử vong	YLL		AYLL (năm)
		Số năm	Tỷ lệ %	
Quang Trung	42	617,2	20,5	14,7
Hoàng Văn Thụ	46	809,8	26,9	17,6
Phan Đình Phùng	67	1003,4	33,4	15,0
Trung Vương	38	577,4	19,2	15,2
Tổng	193	3007,8	100,0	15,6

Nhận xét: Trong 4 phường nghiên cứu, phường Phan Đình Phùng có số ca tử vong nhiều nhất và chiếm 33,4% YLL trong tổng số. Số ca tử vong ít nhất là ở phường

Trung Vương, YLL chiếm 19,2%. Tính theo chỉ số AYLL phường Hoàng Văn Thụ có AYLL cao nhất (17,6 năm) và phường Quang Trung có AYLL thấp nhất (14,7 năm).

Bảng 2. Chỉ số YLL và AYLL do ung thư theo giới

Giới	Số trường hợp tử vong	YLL		AYLL (năm)
		Số năm	Tỷ lệ %	
Nam	125	1497,6	49,8	12,0
Nữ	68	1510,2	50,2	22,2
Tổng	193	3007,8	100,0	15,6

Nhận xét: Chỉ số YLL và AYLL ở nam giới lần lượt là 1497,6 và 12,0 năm, đều thấp hơn so với nữ giới (1510,2 và 22,2 năm)

Bảng 3. Chỉ số YLL và AYLL do ung thư theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số trường hợp tử vong	YLL		AYLL (năm)
		Số năm	Tỷ lệ %	
≤40 tuổi	13	526,3	17,5	40,5
41-50 tuổi	22	624,8	20,8	28,4
51-60 tuổi	73	1300,5	43,2	17,8
61-70 tuổi	50	510	17,0	10,2
71-80	26	46,2	1,5	1,8
>80	9	0,0	0,0	-
Tổng	193	3007,8	100,0	15,6

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 51-60 tuổi có chỉ số YLL cao nhất là 1300,5 năm, chiếm 43,2%. Nhóm tuổi có YLL thấp nhất là 71-80 tuổi, chiếm 1,5%.

Bảng 4. Chỉ số YLL và AYLL do ung thư theo dân tộc

Dân tộc	Số trường hợp tử vong	YLL		AYLL (năm)
		Số năm	Tỷ lệ %	
Kinh	180	2794,6	92,9	15,5
Khác	13	213,2	7,1	16,4
Tổng	193	3007,8	100,0	15,6

Nhận xét: Chỉ số YLL ở người dân tộc Kinh cao hơn sống mất đi trung bình ở các dân tộc khác cao hơn so với so với dân tộc khác, tuy nhiên tính theo AYLL thì số năm người dân tộc Kinh.



Bảng 5. Chỉ số YLL và AYLL do ung thư theo vị trí

Vị trí ung thư	Tử vong		YLL		AYLL (năm)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số năm	Tỷ lệ %	
Phổi	44	22,8	602,2	20,0	13,7
Gan	30	15,5	463,9	15,4	15,5
Vòm họng	23	11,9	364,0	12,1	15,8
Dạ dày	22	11,4	256,2	8,5	11,6
Đại tràng	12	6,2	169,1	5,6	14,1
Thực quản	11	5,7	123,1	4,1	11,2
Vú	8	4,1	238,2	7,9	29,8
Tử cung	8	4,1	198,8	6,6	24,9
Máu	5	2,6	138,8	4,6	27,8
Trực tràng	4	2,1	47,2	1,6	11,8
Khác	26	13,6	406,3	13,5	15,6
Tổng số	193	100,0	3007,8	100,0	15,6

Nhận xét: Các vị trí ung thư có số lượng tử vong nhiều là ung thư phổi (22,8%), gan (15,5%), vòm họng (11,9%), dạ dày (11,4%), đại tràng (6,2%). Tính theo chỉ số YLL thì ung thư phổi cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (20,0%), tiếp

theo là ung thư gan, vòm họng, dạ dày, vú. Tính theo chỉ số AYLL thì ung thư vú có AYLL cao nhất (29,8 năm), sau đó là ung thư máu (27,8 năm), cổ tử cung (24,9 năm), vòm họng (15,8 năm) và gan (15,5 năm).

Bảng 6. Chỉ số YLL và AYLL do ung thư theo năm

Năm	Số trường hợp tử vong	YLL		AYLL (năm)
		Số năm	Tỷ lệ %	
2014	42	814,8	27,1	19,4
2015	96	1331,6	44,3	13,9
2016	55	861,4	28,6	15,7
Tổng	193	3007,8	100,0	15,6

Nhận xét: Trong 3 năm từ 2014-2016, số ca tử vong nhiều nhất tập trung trong năm 2015 (96/193 ca). Chỉ số

YLL cao nhất ở năm 2015 (chiếm 44,3%), tính theo AYLL thì năm 2014 có chỉ số AYLL cao nhất (19,4 năm).

IV. BÀN LUẬN

Việc đánh giá gánh nặng bệnh tật luôn là vấn đề quan trọng trong y tế cộng đồng, đặc biệt là đo lường gánh nặng tử vong. Tại Việt Nam hiện nay việc theo dõi, ghi chép và quản lý tử vong vẫn còn nhiều thiếu sót, đặc biệt là ở tuyến cơ sở. Nghiên cứu này sử dụng thông tin từ việc so sánh, đối chiếu giữa sổ quản lý tử vong (A6), sổ theo dõi bệnh ung thư (A12) tại trạm y tế và sổ khai tử tại UBND phường để thu thập được thông tin tối đa và chính xác nhất.

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong khoảng thời gian từ 2014-2016 đã có tổng cộng 193 trường hợp tử vong do ung thư tại 4 phường khu vực trung tâm thành phố Thái Nguyên. Tổng số YLL trong 3 năm là 3007,8 năm và trung bình mỗi người mất đi 15,6 năm cuộc sống do ung thư.

YLL theo giới tính: Số ca tử vong do ung thư ở nam là 125 ca, cao hơn so với nữ (68 ca), tuy nhiên chỉ số YLL ở nam lại thấp hơn so với ở nữ. Tương tự chỉ số AYLL ở nam cũng thấp hơn nữ (12,0 năm và 22,2 năm). Nghiên cứu tại Iran cho thấy tỷ lệ YLL ở nam là 50,6%, cao hơn ở nữ giới [8]. Nghiên cứu tại Naury cho thấy tỷ lệ YLL ở nữ giới cao hơn nam giới và nữ giới cũng mất trung bình nhiều năm sống hơn ở nam giới (14,9 so với 12,7 năm) [8]. Báo cáo của Cơ quan Ung thư quốc gia Hoa Kỳ đã chỉ ra trung bình mỗi người chết vì ung thư tại quốc gia này mất khoảng 15,4 năm cuộc sống [8]. Theo báo cáo gánh nặng bệnh tật tại Việt Nam năm 2008, gánh nặng bệnh tật ở nam giới cao hơn ở nữ giới ở hầu hết các loại ung thư [8]. Sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể là do đặc tính của mẫu, hoặc do sử dụng kỳ vọng sống khác nhau giữa các quần thể và giai đoạn. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng kỳ vọng sống riêng cho hai giới tại Việt Nam năm 2015, vì vậy YLL, AYLL ở nữ cao hơn nam có thể một phần là do kỳ vọng sống ở nữ giới (80,7 tuổi) chênh lệch khá nhiều so với nam giới (71,3 tuổi).

YLL theo nhóm tuổi: Nhóm tuổi có chỉ số YLL cao nhất là từ 51-60 tuổi, chiếm 43,2%, nhóm có YLL thấp nhất là 71-80 tuổi (chiếm 1,5%), điều này hoàn toàn phù hợp vì số ca chết do ung thư chủ yếu ở nhóm 51-60 tuổi (73/193 ca). Các nghiên cứu khác cũng cho thấy đây là độ tuổi có tỷ lệ tử vong cao nhất do ung thư. Chỉ số YLL thấp nhất ở nhóm 71-80 tuổi là do ở nhóm tuổi này số ca tử vong do ung thư thấp (26 ca) và đã gần đạt tới kỳ vọng sống.

YLL theo vị trí ung thư: Tính chung cho cả hai giới, 5 vị trí ung thư có YLL cao nhất là phổi (chiếm 20,0%), gan

(15,4%), vòm họng (12,1%), dạ dày (8,5%), vú (7,9%). Tuy nhiên có sự khác biệt khi tính toán theo AYLL, theo chỉ số này 5 vị trí ung thư làm mất đi số năm sống trung bình cao nhất lần lượt là vú (29,8 năm), máu (27,8 năm), tử cung (24,9 năm), vòm họng (15,8 năm), gan (15,5 năm). Theo kết quả nghiên cứu của Tổ chức Gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2013 có tổng cộng hơn 8 triệu ca tử vong do ung thư các loại, trong đó tử vong do ung thư phổi là nhiều nhất (khoảng 1,6 triệu ca), một số loại ung thư khác có số tử vong cao là dạ dày, gan, đại trực tràng, vú [8]. Báo cáo tại Việt Nam năm 2012 cũng cho thấy các loại ung thư có tỷ lệ tử vong cao lần lượt là gan, phổi, dạ dày, vú, đại trực tràng. Các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng chỉ số YLL phản ánh gánh nặng tử vong tương đồng với số ca tử vong do bệnh, đặc biệt là ở những loại ung thư thường gặp, tức là đưa ra tác động của bệnh với xã hội. Trong khi đó chỉ số AYLL lại đặc trưng cho gánh nặng bệnh tật của mỗi cá nhân, hay nói cách khác những loại ung thư có AYLL cao sẽ làm cho bệnh nhân mất đi nhiều tuổi thọ hơn, bởi vậy nó có thể là những loại ung thư có thời gian sống thêm ngắn (máu, phổi) hoặc là những loại ung thư gặp ở lứa tuổi trẻ hơn (vú, tử cung...).

V. KẾT LUẬN

- YLL do ung thư tại 4 phường trung tâm thành phố Thái Nguyên giai đoạn 2014-2016 là 3007,8 năm, AYLL là 15,6 năm

- Chỉ số YLL và AYLL ở nữ giới đều cao hơn so với ở nam giới

- Nhóm tuổi từ 51-60 tuổi có chỉ số YLL cao nhất, chiếm 43,2%. Nhóm tuổi có YLL thấp nhất là 71-80 tuổi, chiếm 1,5%.

- Chỉ số YLL ở người dân tộc Kinh cao hơn so với các dân tộc khác, tuy nhiên AYLL ở người dân tộc khác cao hơn so với dân tộc Kinh

- Chỉ số YLL theo loại ung thư: Ung thư phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (20,0%), tiếp theo là ung thư gan, vòm họng, dạ dày, vú. Tính theo chỉ số AYLL thì ung thư vú có AYLL cao nhất (29,8 năm), sau đó là ung thư máu, cổ tử cung, vòm họng và gan.

VI. KHUYẾN NGHỊ

1. Cần tăng cường công tác sàng lọc, phát hiện sớm ung thư, đặc biệt là ở tuyến y tế cơ sở

2. Việc giám sát, quản lý, theo dõi các trường hợp tử vong tại các trạm y tế, UBND phường cần phải được thực hiện đồng bộ, chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011), Gánh nặng bệnh tật và chấn thương ở Việt Nam năm 2008, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế, (2015) “Báo cáo chung ngành Y tế”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Altekruse SF, et al (2010), SEER Cancer Statistics Review, 1975-2007, National Cancer Institute.
4. Khorasani S1, Rezaei S, Rashidian H, Daroudi R (2015), Years of potential life lost and productivity costs due to premature cancer-related mortality in Iran, *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(5), 1845-50.
5. Mohsen Naghavi (2015), The Global Burden of Cancer 2013, *JAMA Oncology*
6. N G Burnet, S J Jefferies, R J Benson, D P Hunt, F P Treasure (2005), Years of life lost (YLL) from cancer is an important measure of population burden — and should be considered when allocating research funds, *British Journal of Cancer* 92, 241–24
7. O T Brustugun, B Møller and Helland (2014), Years of life lost as a measure of cancer burden on a national level, *Br J Cancer*, 111(5), 1014–1020.
8. WHO (2015), “Global Health Observatory Data Repository: Life expectancy – Data by country” (CSV). Geneva, Switzerland: World Health Statistics 2015, World Health Organization.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC ECZEMA Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI HÀ NỘI, HẢI PHÒNG VÀ TP. HỒ CHÍ MINH NĂM 2014

Phạm Thu Hiền¹, Đỗ Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Eczema là bệnh phổ biến trên thế giới với tỷ mắc cao đặc biệt ở trẻ em, 10,7% tại Mỹ, 2% ở Iran, trên 16% tại Nhật, bệnh có xu hướng ngày càng tăng, chi phí y tế cao. Tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu về dịch tễ học bệnh Eczema, do vậy nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ mắc và đặc điểm dịch tễ học bệnh là điều cần thiết. Bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, chúng tôi tiến hành nghiên cứu 1557 trẻ tại 03 thành phố lớn Hà Nội, Hải phòng và TP. Hồ Chí Minh năm 2014, kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Tỷ lệ mắc eczema là 14,19%, trong đó Hà Nội 13,04%; Hải Phòng 16,07%; TP. Hồ Chí Minh 13,24%.

- Nguy cơ Eczema ở trẻ dưới 24 tháng cao gấp 1,39 lần trẻ trên 24 tháng.

Nguy cơ Eczema trẻ khu vực ngoại thành cao gấp 1,66 lần khu vực nội thành.

Từ khóa: Chàm, đặc điểm dịch tễ học, trẻ dưới 5 tuổi.

ABSTRACT:

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ECZEMA OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN HANOI, HAIPHONG AND HO CHI MINH CITY IN 2014

Eczema is the common worldwide disease with high incidence rate especially in children (10,7% in America, 2% in Iran, over 16% in Japan). This skin lesion has been likely to increase, which leads to high health care expense. In Vietnam, there has been no study on Eczema. Therefore, it was essential to conduct a study with the aim of determine the incidence rate and epidemiological characteristics of Eczema. We conducted an analytical cross-sectional study on 1557 children in 3 big cities Hanoi, Haiphong and Ho Chi Minh in 2014.

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

Results showed that:

- Rate of children having eczema was 14,19%, (Hanoi: 13,04%; Haiphong: 16,07%; Ho Chi Minh city:13,24%)

- The rate of children under 24 months old having eczema was 1.39 times as high as those over 24 months old

- Children living in suburb were more likely to have eczema than those living in urban (1,66 times).

Keywords: Eczema, epidemiological characteristics, children under 5 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Eczema là bệnh phổ biến ở trẻ em và người lớn, tại Mỹ có 31,6 triệu người mắc eczema, và ít nhất 17,8 triệu mắc eczema ở một mức độ nhất định, hoặc viêm da dị ứng, ở trẻ em dưới 18 tuổi có 10,7% trẻ được chẩn đoán eczema, tỷ lệ này giao động từ 8,7% đến 18,1% giữa các bang và quận [6]. Tỷ lệ này cũng thay đổi theo các vùng địa lý hoặc sắc tộc ở Iran dưới 2% hoặc trên 16% ở Nhật Bản và Thụy Điển [1]. Theo Brian S Kim tỷ lệ các bệnh dị ứng đang ngày càng tăng trên thế giới, trong đó viêm da cơ địa chiếm tỉ lệ khoảng 15-30% trẻ em và 2-10% người lớn [2]. Nghiên cứu đánh giá gánh nặng do viêm da dị ứng và eczema tại Mỹ cho thấy chi phí của bệnh chiếm khoảng 2,4% bảo hiểm cá nhân (private insurer) đến 2,6 % chăm sóc y tế (Medicaid)[3].

Tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào nhằm xác định tỷ lệ bệnh, do vậy nghiên cứu nhằm xác định bệnh qua đó có các chiến lược về phòng ngừa, điều trị eczema là điều cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em từ 0- 5 tuổi tại 3 thành phố lớn: Hà Nội, Hải Phòng, Hồ Chí Minh.

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

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức

$$n = \left(\frac{1.96}{d} \right)^2 \times p \times (1 - p)$$

n = Cỡ mẫu

p = 0,05 giả định trẻ bị eczema)

Z = 1,96 ($\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)

d = Tỷ lệ sai số cho phép trong nghiên cứu được giả định là: 0,02

Phân 5 nhóm theo lứa tuổi và mỗi nhóm dự tính khảo sát 100 trẻ tại các thành phố:

- Trẻ ≤ 12 tháng tuổi
- 13- ≤ 24 tháng tuổi
- 25- ≤ 36 tháng tuổi

- 37- ≤ 48 tháng tuổi
- 49- ≤ 60 tháng tuổi

Trong mỗi thành phố lấy tập trung vào 1 quận đặc trưng nhất và lấy mẫu ngẫu nhiên đơn. Với lứa tuổi < 12 tháng sẽ khảo sát tại trạm y tế phường, từ 12 th - 5 tuổi lấy tại trường mầm non.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của UK Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis [5]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin đối tượng nghiên cứu

Tổng số có 1.577 trẻ tham gia nghiên cứu, trong đó Hà Nội có 506 trẻ, thành phố Hải Phòng có 560 trẻ, thành phố Hồ Chí Minh có 491 trẻ.

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

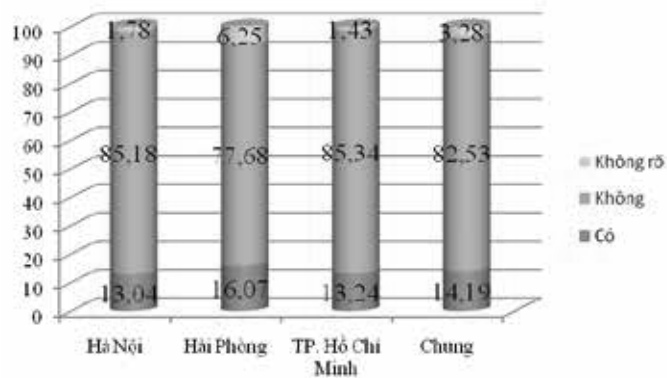
	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Thành phố	Hà Nội	506	32,5
	Hải Phòng	560	36,0
	TP, Hồ Chí Minh	491	31,5
Giới tính	Nam	821	52,73
	Nữ	736	47,27
Tuổi	Dưới 12 tháng	292	18,75
	Từ 12 đến 24 tháng	248	15,93
	Từ 24 đến 36 tháng	234	15,03
	Trên 36 tháng	783	50,29
Địa dư	Nội thành	1418	91,07
	Ngoại thành	139	8,93
Dân tộc	Kinh	1533	98,46
	Khác	24	1,54
Tổng		1557	100

Tỷ lệ trẻ nam giới trong nghiên cứu là 52,73% cao hơn trẻ nữ giới với tỷ lệ 47,27% trong nghiên cứu. Về độ tuổi đa số trẻ tham gia nghiên cứu có độ tuổi trên 36 tháng tuổi với trên 50%, tiếp đó là độ tuổi dưới 12 tháng với tỷ lệ 18,75%, độ tuổi 12-24 tháng và 24-36 tháng

chiếm 15,93% và 15,03%. Đa số trẻ tham gia nghiên cứu có địa chỉ thường trú khu vực nội thành của các thành phố với tỷ lệ 91,07%. Hầu hết trẻ tham gia nghiên cứu là dân tộc Kinh.

2. Thực trạng tỷ lệ mắc eczema ở 3 thành phố lớn

Biểu đồ 1 Kết quả phân bố tỷ lệ % mắc Eczema ở trẻ



Kết quả khám cho thấy số trẻ được kết luận Eczema là 221 trẻ chiếm 14,19% tổng số trẻ. Trong đó Hà Nội có số trẻ mắc là 66 trẻ chiếm 13,04%, Hải Phòng có số trẻ mắc là 90 trẻ chiếm 16,07%, TP. Hồ Chí Minh có số trẻ mắc là 65, chiếm tỷ lệ 13,24%.

3. Một số đặc điểm của Eczema ở trẻ em

Nhằm tránh yếu tố nhiễu khi xác định yếu tố nguy cơ gây bệnh, quá trình phân tích chúng tôi loại bỏ nhóm không xác định là mắc hay không mắc Eczema. Phân tích 221 trẻ mắc Eczema và 2185 trẻ không mắc Eczema, chúng tôi thu được kết quả sau:

Bảng 3 Mối liên quan giữa Eczema một số đặc điểm của trẻ

Đặc điểm		Eczema				p	OR (95%CI)
		Mắc		Không			
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nam	126	15,91	666	84,09	0,154	1,23 (0,92;1,66)
	Nữ	95	13,31	619	86,69		
Tuổi	<24 tháng	92	17,42	436	82,58	0,0267	1,39 (1,03;1,88)
	≥24 tháng	29	3,30	849	96,70		
Địa dư	Ngoại thành	28	21,37	103	78,63	0,023	1,66 (1,03;2,63)
	Nội thành	193	14,04	1,182	85,96		
Dân tộc	Khác	6	25,00	18	75,00	0,1496	1,96 (0,63;5,24)
	Kinh	215	14,51	1267	85,49		
Tổng		221	9,19	2185	90,81		



Mặc dù tỷ lệ Eczema ở trẻ nam là 15,91% cao hơn trẻ nữ là 13,31%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi dưới 24 tháng có tỷ lệ Eczema là 17,42% cao hơn trẻ có độ tuổi trên 24 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$), nguy cơ Eczema ở trẻ dưới 24 tháng cao gấp 1,39 lần trẻ trên 24 tháng.

Nghiên cứu cũng cho thấy trẻ ngoại thành Eczema là 21,37% cao hơn gấp 1,66 lần nội thành 14,04%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Mặc dù trẻ dân tộc khác dân tộc Kinh có tỷ lệ Eczema là 25% cao hơn trẻ dân tộc Kinh 14,51%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trẻ mắc Eczema trong nghiên cứu là 14,19% tổng số trẻ, trong đó Hà Nội 13,04%, Hải Phòng 16,07%, TP. Hồ Chí Minh 13,24%, như vậy Hải Phòng là thành phố có tỷ lệ mắc cao nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự khi so sánh với kết quả nghiên cứu của các đồng nghiệp ở các quần thể khác nhau. Theo Brian S Kim tỷ lệ các bệnh dị ứng đang ngày càng tăng trên thế giới, trong đó viêm da cơ địa chiếm tỉ lệ khoảng 15-30% trẻ em và 2-10% người lớn [2]. Tỷ lệ này cũng thay đổi theo các vùng địa lý hoặc sắc tộc ở Iran dưới 2% hoặc trên 16% ở Nhật Bản và Thụy Điển [1]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu tại Mỹ. Theo các đồng nghiệp tại Mỹ năm 2003, trên 102.303 trẻ độ tuổi dưới 18, kết quả có 9.752 tương đương với 10,7% trẻ được chẩn đoán eczema, tỷ lệ này giao động từ 8,7% đến 18,1% giữa các bang và quận. Trong nghiên cứu cũng cho thấy ở độ tuổi dưới 4 tuổi, tỷ lệ mắc Eczema là 13,92% (95%CI 13,12-14,73) [6].

Giới tính: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu toàn quốc tại Mỹ năm 2003, tỷ lệ eczema ở nam là 10,52%, nữ là 10,85%, trong đó không có sự khác biệt tỷ lệ mắc Eczema giữa nam và nữ ($p=0,3507$) [6]. Tuy vậy, theo các tác giả Jacob P. Thyssen1, Jeanne D. Johansen1, Allan Linneberg and Torkil Menné, bằng việc thu thập dữ liệu các nghiên cứu trên Pubmed – Medline, Biosis, Science, Citation Index và trên các sách về da liễu cho thấy nữ giới có tỷ lệ Eczema ở tay cao hơn ở nam giới, cụ thể dẫn dắt qua các tác giả như Johnson tại Mỹ (1971-1974) độ tuổi 1-71, kết quả nam giới là 11%, nữ giới là 21%; tác giả Thyssen tại Đan Mạch (1990), độ tuổi 18-69 tuổi, kết quả Eczema ở tay nam giới là 15%, nữ giới là 26,2%; tác giả Smit tại Hà Lan (1992) độ tuổi 20-60,

kết quả Eczema tay ở nam là 5,2%, nữ là 10,6%; tác giả Dotterud tại Norway (1994), độ tuổi 7-12, kết quả Eczema ở nam và nữ là tương đương nhau với 6,5%;...[4].

Độ tuổi: Trong nghiên cứu nguy cơ Eczema ở trẻ dưới 24 tháng cao gấp 1,39 lần trẻ trên 24 tháng. Mặc dù có sự khác biệt về phân nhóm tuổi của nghiên cứu chúng tôi với các tác giả nước ngoài, tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu toàn quốc tại Mỹ năm 2003, trong đó tỷ lệ Eczema giảm theo độ tuổi, cụ thể ở độ tuổi dưới 4 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (13,92%), tiếp đến độ tuổi 4-8 tuổi (10,63%), tiếp đến độ tuổi 9-12 tuổi (9,96%), thấp nhất độ tuổi 13-17 tuổi (8,56%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,0001$) [6]. Kết quả này cũng tương tự nhận định của các tác giả Jacob P. Thyssen1, Jeanne D. Johansen1, Allan Linneberg and Torkil Menné, trong đó tỷ lệ bệnh Eczema ở tay có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi, trong đó tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc Eczema càng giảm [4]. Địa dư: Nghiên cứu cũng cho thấy trẻ ngoại thành nguy cơ Eczema cao gấp 1,66 lần nội thành. Thực tế 2 khu vực nội thành và ngoại thành có sự khác biệt về môi trường sống. Theo quan sát của nhóm nghiên cứu chúng tôi thì khu vực ngoại thì có thể có sự ô nhiễm hơn khu vực nội thành (khu công nghiệp nhiều hơn, xây dựng nhiều hơn,...). Eczema có thể xuất hiện ở bất kỳ dân tộc nào hoặc vị trí địa lý nào, tuy nhiên tỉ lệ ở nông thôn và các nước đang phát triển cao hơn [7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt tỷ lệ Eczema ở các nhóm dân tộc kinh và dân tộc khác kinh. Điều này có thể giải thích do ở ở các thành phố lớn hầu hết là dân tộc Kinh, tuy có sự xen lẫn một số ít người thuộc dân tộc khác, tuy nhiên không có sự khác biệt nhiều về điều kiện sống.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy Eczema là bệnh phổ biến ở trẻ dưới 5 tuổi tại 03 thành phố lớn Hà Nội, Hải Phòng và TP. Hồ Chí Minh với tỷ lệ mắc eczem là 14,19%, trong đó Hà Nội 13,04%, Hải Phòng 16,07%, TP. Hồ Chí Minh 13,24%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa độ tuổi, khu vực sống với bệnh Eczema ($p<0,05$).

Trên cơ sở nghiên cứu cần có các biện pháp can thiệp phòng ngừa và điều trị cho trẻ nhằm giảm tỷ lệ mắc bệnh. Tuy vậy, cũng cần có thêm các nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng bệnh trên cả nước, cũng như các nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng qua đó có các chương trình can thiệp hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NICE Clinical Guidelines, No. 57. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). London: RCOG Press; 2007 Dec. Atopic Eczema in Children: Management of Atopic Eczema in children from birth up to the age of 12 years
2. Brian S Kim, Atopic dermatitis. Updated: Apr 4, 2012
3. Ellis CN1, Drake LA, Prendergast MM, et al (2002). Cost of atopic dermatitis and eczema in the United States. J Am Acad Dermatol. 2002 Mar;46(3):361-70.
4. Jacob P. Thyssen, Jeanne D. Johansen1, Allan Linneberg and Torkil Menn' e. The epidemiology of hand eczema in the general population--prevalence and main findings.
5. H.C Williams, P.G.J. Burney, A.C.Pembroke and R.J.Hay. The U.K.Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. III. Independent hospital validation. British Journal of Dermatology (1994) 131, 406-416
6. Shaw TE, Currie GP, Koudelka CW, Simpson EL. Eczema prevalence in the United States: data from the 2003 National Survey of Children's Health. J Invest Dermatol. 2011 Jan;131(1):67-73.
7. William L Weston, William Howe. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of atopic dermatitis. Allergol Immunopathol (Madr) 2007; 35:15.



THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN AN TOÀN THỰC PHẨM TẠI CÁC CƠ SỞ SẢN XUẤT RƯỢU BÀU ĐÁ THUỘC XÃ NHƠN LỘC, TỈNH BÌNH ĐỊNH

Vũ Trần Bảo Huyền¹, Ninh Thị Nhung², Nguyễn Xuân Bái²

TÓM TẮT

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang nghiên cứu thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm tại 33 cơ sở sản xuất rượu Bầu Đá thuộc xã Nhơn Lộc, tỉnh Bình Định cho thấy: 45,5% cơ sở có các thiết bị phòng chống động vật côn trùng, vi sinh vật gây hại; 39,4% cơ sở đạt về diện tích sản xuất phù hợp năng suất sản xuất của cơ sở; có 24,2% cơ sở có khu vực sản xuất được thiết kế theo nguyên tắc một chiều; 90,9% cơ sở có đủ dụng cụ phù hợp quy trình sản xuất; 36,4% cơ sở sử dụng dụng cụ bằng vật liệu không độc, không thôi nhiễm; 36,4% cơ sở nhân viên được khám và cấp giấy chứng nhận sức khỏe; có 33,3% cơ sở nhân viên đã được cấp giấy xác nhận kiến thức ATTP; 27,3% cơ sở có người sản xuất và chủ cơ sở đeo tạp dề khi tiếp xúc thực phẩm; 78,8% cơ sở có người sản xuất và chủ cơ sở đeo khẩu trang khi tiếp xúc với thực phẩm; 97% người không bị mắc bệnh khi tham gia sản xuất theo quy định.

Từ khóa: Rượu Bầu Đá, rượu, an toàn thực phẩm.

ABSTRACT

THE STATUS OF FOOD SAFETY CONDITIONS IN BAU DA WINE PRODUCTION IN NHON LOC COMMUNE, BINH DINH PROVINCE

Using cross-sectional descriptive research study of the situation of food safety in 33 production facilities located Bau Da wine Nhon Loc Commune, Binh Dinh showed that: 45.5% of establishments have facilities prevention of insect and harmful organisms; 39.4% of the establishments will have the production area suitable to the production capacity of the establishment; 24.2% of establishments have one-dimensional design; 90.9% of establishments have adequate tools suitable for production process; 36.4% of establishments used non-toxic, non-contagious equipment; 36.4% of staff were examined

and granted health certificates; 33.3% of employees have been granted certificates of food safety knowledge; 27.3% of establishments had producers and owners of aprons in contact with food; 78.8% of establishments have producers and owners of masks wear contact with food; 97% of people do not get sick when they participate in production as prescribed.

Keyword: Bau Da wine, alcohol, Food safety

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rượu là một đồ uống phổ biến và có từ lâu đời của người dân trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Tại Việt Nam, nghề sản xuất rượu đã từng xuất hiện và phát triển thịnh vượng từ cách đây nhiều thế kỷ với các sản phẩm được nhiều người tiêu dùng biết đến như: Rượu Làng Vân - Bắc Giang; Rượu Mẫu Sơn - Lạng Sơn; Rượu San Lùng - Lào Cai; Rượu Ngô - Tuyên Quang... Mỗi loại rượu đều được sản xuất trong những điều kiện đặc trưng và với những “bí quyết công nghệ” riêng gắn liền với những tập quán, văn hoá [2];[7].

Tuy vậy, các hộ gia đình sản xuất rượu chủ yếu sản xuất tự do, tự phát và đều nấu bằng phương pháp lên men tinh bột, chưng cất thủ công với điều kiện về môi trường, nước sạch, điều kiện về nhà xưởng, trang thiết bị, dụng cụ không bảo đảm yêu cầu an toàn thực phẩm (ATTP). Người sản xuất rượu chủ yếu dựa vào kinh nghiệm cá nhân và gia đình truyền nghề, hầu như tỷ lệ được tập huấn kiến thức và khám sức khỏe, công bố tiêu chuẩn sản phẩm là rất thấp, ẩn chứa nhiều nguy cơ cho sức khỏe [2];[6].

Tại thị xã An Nhơn tỉnh Bình Định nổi tiếng với rượu Bầu Đá, loại rượu nổi tiếng với hương thơm, vị ngon đặc biệt, độ nặng và sủi tăm khi rót ra cốc. Một xóm nhỏ thuộc thôn Cù Lâm xã Nhơn Lộc thị xã An Nhơn tỉnh Bình Định, hiện nay có khoảng 33 hộ dân chủ yếu làm

1. Chi cục ATTP Bình Định

Email: vutranbaohuyen@gmail.com, SĐT: 0906.427.039

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Ngày nhận bài: 20/03/2018 | Ngày phản biện: 30/03/2018 | Ngày duyệt đăng: 10/04/2018

nghề nông nhưng nấu rượu gia truyền từ nhiều đời. Cho đến nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá điều kiện an toàn thực phẩm tại các cơ sở sản xuất rượu Bàu Đá. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục đích mô tả thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm tại các cơ sở sản xuất rượu Bàu Đá thuộc xã Nhơn Lộc, tỉnh Bình Định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian

Đối tượng: Các cơ sở sản xuất rượu Bàu Đá

Địa điểm: Thôn Cù Lâm, xã Nhơn Lộc, thị xã An Nhơn, tỉnh Bình Định.

Thời gian từ 06/2017 đến 05/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Là một nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu là toàn bộ 33 hộ gia đình tham gia sản xuất rượu đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ các cơ sở sản xuất rượu tại thôn Cù Lâm. Chọn toàn bộ 33 hộ gia đình sản xuất rượu tại thôn Cù Lâm xã Nhơn Lộc để đánh giá điều kiện đảm bảo an toàn thực phẩm theo Thông tư 15/2012/TT-BYT của Bộ Y tế.

2.2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

Sử dụng phương pháp quan sát trực tiếp bằng bảng kiểm đã chuẩn bị trước

2.2.4. Tiêu chuẩn đánh giá

Đánh giá về địa điểm, thiết kế, vật liệu xây dựng, nguồn nước, điều kiện cơ sở vật chất, điều kiện trang thiết bị dụng cụ, điều kiện về con người theo tiêu chí đạt hay không đạt, theo Chương IV, mục 1 Điều 19, mục 4 Điều 28, Điều 29, Điều 30 của Luật ATTP; và hướng dẫn thực hiện tại Thông tư số 15/2012/TT- BYT ngày 12/9/2012 quy định về điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm [1];[5]

2.2.5. Phân tích số liệu

Xử lý và phân tích theo phương pháp thống kê

III. KẾT QUẢ

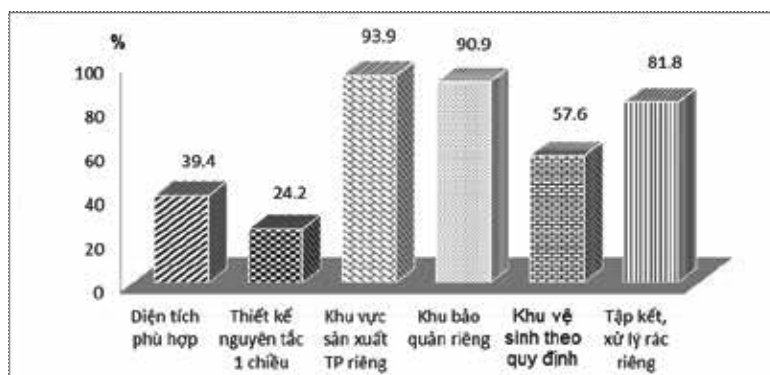
Bảng 1. Tỷ lệ cơ sở đạt yêu cầu về địa điểm, môi trường (n=33)

Yêu cầu về địa điểm, môi trường	Chung (n=33)	
	SL	%
Không bị ảnh hưởng bởi động vật, côn trùng, VSV	15	45,5
Không bị ảnh hưởng bởi khu vực ô nhiễm bụi, hóa chất, nguồn ô nhiễm	33	100,0

Qua kết quả bảng 1 cho thấy, có 100% cơ sở đạt về môi trường không bị ảnh hưởng bởi khu vực ô nhiễm bụi, hóa chất, nguồn ô nhiễm. So với nghiên cứu trước đây đã cho thấy, có 80,4% số cơ sở có vị trí xa khu vực ô nhiễm [3]. Tuy

nhiên phần lớn các cơ sở chưa làm cửa chắn ngăn được động vật, côn trùng vào khu vực sản xuất, vì vậy nhiều cơ sở còn có cơ sở còn bị ảnh hưởng bởi động vật, côn trùng, vì sinh vật, cho nên số cơ sở đạt tiêu chí này chiếm 45,5% (bảng 1).

Biểu đồ 1. Tỷ lệ cơ sở đạt yêu cầu về thiết kế, bố trí nhà xưởng (n=33)



Vì phần lớn là diện tích tận dụng chung với sinh hoạt gia đình nên hầu như các cơ sở chưa có diện tích phù hợp với sản lượng sản xuất chiếm 39,4%. Vì các cơ sở sản xuất theo hình thức hộ gia đình nên việc xây dựng khu vực sản xuất thiết kế giống như nhà ở vì vậy thiết kế chủ yếu không theo nguyên tắc một chiều, tỷ lệ đạt tiêu chí này chỉ đạt 24,2%. Theo nghiên cứu trước đây của

Phạm Xuân Đà cho thấy, đa số các cơ sở sản xuất rượu đều không xây dựng khu nhà xưởng riêng để nấu rượu mà tận dụng ngay nhà bếp, nhà ở, kể cả khu vực chăn nuôi [4]. Tuy nhiên có 93,9% cơ sở có khu sản xuất TP riêng; 90,9% cơ sở có khu bảo quản riêng; 57,6% cơ sở có khu vệ sinh theo quy định; 81,8% cơ sở có khu tập kết xử lý rác riêng (biểu đồ 1).

Bảng 2. Tỷ lệ cơ sở đạt yêu cầu về kết cấu nhà xưởng (n=33)

Yêu cầu về kết cấu nhà xưởng	Chung (n=33)	
	SL	%
Kết cấu vững chắc, phù hợp	5	15,2
Trần phẳng, sáng, không dột	24	72,7
Hệ thống cung cấp nước	33	100

Qua kết quả bảng 2, tỷ lệ cơ sở có trần phẳng, sáng, không dột cũng khá cao chiếm 72,7%. Tuy nhiên vẫn còn một số cơ sở trần nhà bị rạn nứt hoặc không có trần khu

vực nấu và ủ nên dễ bị nhiễm bụi bẩn. Đa số kết cấu nhà xưởng chưa vững chắc, phù hợp nên tỷ lệ đạt tiêu chí này chỉ chiếm 15,2%.

Bảng 3. Tỷ lệ cơ sở đạt yêu cầu về nguyên liệu, chất hỗ trợ chế biến, bao bì (n=33)

Yêu cầu về nguyên liệu, phụ gia, bao bì	Chung (n=33)	
	SL	%
Nguyên liệu, phụ gia	33	100
Bao bì	33	100

Qua kết quả bảng trên, các cơ sở sản xuất rượu Bàu Đá sản xuất theo bí quyết gia truyền nên cũng không sử dụng các nguyên liệu lạ, loại men lạ nên 100% cơ sở đạt yêu cầu về nguyên liệu, phụ gia. Các nguyên liệu sử dụng đều có

nguồn gốc rõ ràng, men sử dụng là loại men ở địa phương đã được công bố chất lượng sản phẩm. Các bao bì sử dụng là chai nhựa pet đã được công bố chất lượng nên hầu như chắc chắn, an toàn và không bị phơi nhiễm (100%).

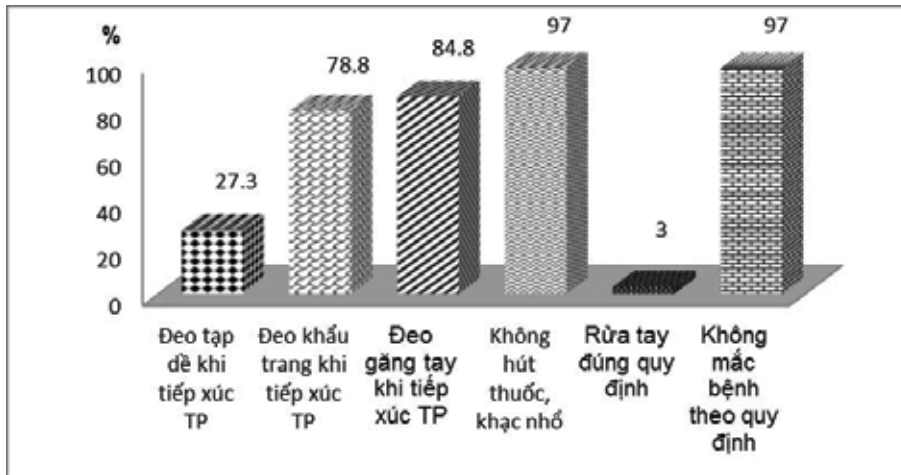
Bảng 4. Tỷ lệ cơ sở đạt yêu cầu về thiết bị, dụng cụ sản xuất thực phẩm (n=33)

Yêu cầu về kết cấu nhà xưởng	Chung (n=33)	
	SL	%
Có đủ dụng cụ, phù hợp	30	90,9
Bảng vật liệu không độc, không thôi nhiễm	12	36,4
Thiết bị phòng chống côn trùng, ĐV	2	6,1

Nồi để nấu rượu phần lớn dùng nồi nhôm và hợp kim và chất liệu khác. Thiết bị thu hồi rượu đa số sử dụng ống cao su hoặc ống nhựa thay cho nồi đồng hay nồi đất và ống tre sử dụng nấu rượu truyền thống ngày xưa. Nên tỷ lệ có đủ dụng cụ phù hợp với quy trình sản xuất đạt 90,9%. Riêng dụng cụ ủ com cho lên men có dùng dụng cụ không đạt vệ

sinh (tái sử dụng thùng nhựa đựng sơn) nên chỉ có 36,4% cơ sở có các vật dụng làm bằng vật liệu không độc, không thôi nhiễm. Ngoài ra, các cơ sở sản xuất rượu theo hình thức hộ gia đình nên đa số không có các thiết bị phòng chống côn trùng, động vật chuyên dụng. Vì vậy chỉ có 6,1% cơ sở đạt về thiết bị phòng chống côn trùng, động vật.

Biểu đồ 2. Tỷ lệ cơ sở đạt yêu cầu về thực hiện các quy định với người trực tiếp sản xuất (n=33)



Đa số các cơ sở đeo khẩu trang khi tiếp xúc chiếm 78,8%, đeo găng tay khi tiếp xúc với thực phẩm chiếm 97% nhưng chưa có thói quen đeo tạp dề khi tiếp xúc thực phẩm chiếm 27,3%. Đa số các cơ sở đều không hút thuốc,

khạc nhổ trong khu vực sản xuất (97%); đa số người tham gia sản xuất không mắc các bệnh theo quy định khi tham gia sản xuất (97%). Ngoài ra, các cơ sở chưa rửa tay đúng quy định (3%)

Bảng 5. Tỷ lệ các cơ sở sản xuất nhân viên được khám sức khỏe và có giấy xác nhận kiến thức ATTP (n=33)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số cơ sở nhân viên được khám và cấp giấy chứng nhận sức khỏe	12	36,4
Số cơ sở nhân viên đã được cấp giấy xác nhận kiến thức ATTP	11	33,3

Qua kết quả bảng 5 cho thấy, số cơ sở có nhân viên được khám và cấp giấy sức khỏe đồng thời đã được cấp giấy xác nhận kiến thức an toàn thực phẩm là chưa cao. Chỉ có 36,4% cơ sở có nhân viên được khám và cấp giấy chứng nhận sức khỏe; 33,3% cơ sở nhân viên đã được cấp giấy xác nhận kiến thức an toàn thực phẩm.

IV. BÀN LUẬN

Làng nghề sản xuất rượu Bàu Đá ở xóm Tân Long, thôn Cù Lâm, xã Nhơn Lộc, thị xã An Nhơn, tỉnh Bình Định có từ những năm 1947-1948. Người dân sống chủ yếu bằng nghề làm ruộng, vào những lúc nông nhàn họ

nấu rượu bằng gạo và lấy nước tại bàu trong thôn để nấu rượu dùng trong gia đình. Quy trình và kỹ thuật nấu rượu dựa vào công thức bí quyết gia truyền, nấu theo thói quen, kinh nghiệm. Sau này khi rượu Bàu Đá được người dân Bình Định và được nhiều người trong nước biết tới thì nhiều gia đình, nhiều người đã nấu rượu đưa ra thị trường, tạo công ăn việc làm cho nhiều lao động, không cần vốn nhiều, cơ sở vật chất trang thiết bị không cần đầu tư nhiều, cơ sở hạ tầng vệ sinh môi trường chung trong khu vực sinh hoạt của gia đình, chính vì sản xuất có tính tự phát và gia truyền như vậy nên nguy cơ gây ngộ độc thực phẩm và bệnh truyền qua thực phẩm cao.



Điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm: là những quy chuẩn kỹ thuật và những quy định khác đối với thực phẩm, cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm và do cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền ban hành nhằm mục đích bảo đảm thực phẩm an toàn đối với sức khỏe, tính mạng con người [26].

Theo quy định tại Nghị định số 94/2012/NĐ-CP của Chính phủ ngày 12 tháng 11 năm 2012 về sản xuất, kinh doanh rượu và Thông tư số 39/2012/TT-BCT của Bộ Công thương quy định chi tiết một số điều của Nghị định số 94/2012/NĐ-CP ngày 12 tháng 11 năm 2012 của Chính phủ về sản xuất, kinh doanh rượu đã xác định SX rượu thủ công là hoạt động sản xuất rượu bằng dụng cụ truyền thống như nồi (kháp) đồng, ống dẫn hơi rượu, bồn lạnh... quy mô nhỏ do hộ gia đình hoặc tổ chức, cá nhân thực hiện

Trong tổng số 33 hộ thuộc làng nghề nấu rượu Bàu Đá ở xóm Tân Long thôn Cù Lâm đều được UBND Thị xã An Nhơn cấp giấy đăng ký kinh doanh và giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện vệ sinh ATTP theo quy định.

Yêu cầu về kết cấu nhà xưởng, hầu hết các cơ sở sản xuất đều có nền phẳng, nhẵn, không trơn, thoát nước, dễ vệ sinh (100%). Tỷ lệ cơ sở có trần phẳng, sáng, không dột cũng khá cao chiếm 72,7%. Tuy nhiên vẫn còn một số cơ sở trần nhà bị rạn nứt hoặc không có trần khu vực nấu và ủ nên dễ bị nhiễm bụi bẩn. Đa số kết cấu nhà xưởng chưa vững chắc, phù hợp nên tỷ lệ đạt tiêu chí này chỉ chiếm 15,2%. Và chỉ có một số cơ sở là có cửa bằng vật liệu chắn, kín, phẳng, dễ vệ sinh trong khu vực sản xuất (36,4%)

Các cơ sở đa số có đầy đủ dụng cụ phù hợp với quy trình sản xuất chiếm 90,9%. Riêng dụng cụ ủ cơm cho

lên men có dùng dụng cụ không đạt vệ sinh, tái sử dụng thùng nhựa đựng sơn, một số thùng nhựa đã bị oxi hóa, một số lại không có nắp đậy nên chỉ có 36,4% cơ sở có các vật dụng làm bằng vật liệu không độc, không thôi nhiễm. Các cơ sở đều có các dụng cụ riêng biệt cho các khâu sản xuất rượu (97%) tuy nhiên các dụng cụ này đa số cũng bị thoái hóa nên việc vệ sinh sạch sẽ cũng gặp nhiều khó khăn, chỉ có 33,3% cơ sở là có các dụng cụ sản xuất dễ vệ sinh đảm bảo cho quá trình sản xuất (biểu đồ 3.2). Như nghiên cứu của Phạm Xuân Đà, cả nước có 85,5% số cơ sở có điều kiện vệ sinh trang thiết bị dụng cụ rất xơ xài

V. KẾT LUẬN

- Về điều kiện cơ sở, có 45,5% cơ sở có các thiết bị phòng chống động vật gây hại, côn trùng, vi sinh vật; 100% cơ sở có khu vực sản xuất tránh xa khu vực ô nhiễm bụi, hóa chất, nguồn ô nhiễm; 39,4% cơ sở có diện tích sản xuất phù hợp với công năng sản xuất của cơ sở; chỉ có 24,2% cơ sở bố trí quy trình sản xuất thực phẩm theo nguyên tắc một chiều.

- Về điều kiện trang thiết bị dụng cụ, có 90,9% cơ sở có trang bị đầy đủ các trang thiết bị, dụng cụ phù hợp để xử lý nguyên liệu, chế biến, đóng gói thực phẩm nhưng chỉ có 36,4% cơ sở sử dụng các dụng cụ bằng vật liệu không độc, không thôi nhiễm. Chỉ có 6,1% cơ sở đạt về thiết bị phòng chống côn trùng, động vật.

- Về điều kiện con người, có 36,4% cơ sở có nhân viên được khám và cấp giấy chứng nhận sức khỏe; có 33,3% cơ sở có nhân viên đã được cấp giấy xác nhận kiến thức an toàn thực phẩm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. (2012). Thông tư 15/2012/BYT Quy định về điều kiện chung bảo đảm an toàn thực phẩm đối với cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm.
2. Lâm Quốc Hùng, Trần Quang Trung, Nguyễn Hùng Long và cộng sự (2014), “Thực trạng về nhận thức, thái độ và thực hành quy định bảo đảm an toàn thực phẩm tại các cơ sở sản xuất rượu thủ công ở địa bàn thành phố Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh năm 2013”, *Tạp chí Y học Thực hành*, 4(913), tr. 71-74.
3. Phạm Thị Thu Oanh (2012), *Thực trạng điều kiện An toàn thực phẩm và kiến thức, thực hành của người chế biến tại làng nghề sản xuất bánh dày xã Nguyễn Xá huyện Đông Hưng, Thái Bình*, Trường Đại học Y Thái Bình.
4. Phạm Xuân Đà (2009), “Nghiên cứu thực trạng điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm cơ sở sản xuất rượu trắng chưng cất theo phương pháp truyền thống tại Việt Nam”, *Tạp chí Y học Dự phòng, tập XIX*, 3(102), tr. 52-56.
5. Quốc hội. (2010). Luật An toàn thực phẩm.
6. World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*.
7. World Health Organization European. (2010). *European Status Report on Alcohol and Health 210*.

ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM AN TOÀN THỰC PHẨM VÀ CHỈ SỐ KALI NITRITE TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ SẢN XUẤT NEM CHUA Ở THÀNH PHỐ THANH HÓA, 2017

Đoàn Văn Quang¹, Hoàng Năng Trọng², Ninh Thị Nhung²

TÓM TẮT

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang nghiên cứu thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm và mức độ ô nhiễm Kali nitrite tại 30 cơ sở sản xuất nem chua thuộc thành phố Thanh Hóa, cho thấy: 66.6% cơ sở sản xuất đảm bảo các yêu cầu chung về điều kiện cơ sở theo quy định, trong đó: 80% cơ sở có điều kiện vị trí, phương tiện đạt yêu cầu; 73.3% cơ sở đảm bảo về điều kiện hồ sơ pháp lý, nguyên liệu và nguồn gốc; 70% cơ sở có nơi chế biến, sản xuất đảm bảo yêu cầu; 53.3% cơ sở có điều kiện về vệ sinh trang thiết bị dụng cụ chế biến theo quy định. Về kết quả đánh giá hàm lượng Kalinitrite trong 90 mẫu nem chua kết quả, cho thấy: 75 (83.3%) mẫu dương tính với Kalinitrite, trong đó 69 (76.6%) mẫu nem chua có hàm lượng Kalinitrite vượt ngưỡng cho phép theo quy định.

Từ khóa: An toàn thực phẩm, kali nitrite, chỉ số kali nitrite có trong nem chua

ABSTRACT

CONDITIONS FOR FOOD SAFETY AND KALI NITRITE INDEX AT SOME NEM PRODUCTION FACILITIES IN THANH HOA CITY, 2017

Using a cross-sectional descriptive study to investigate the status of food safety and potassium nitrite contamination levels at 30 noodle production facilities in Thanh Hoa city, 66.6% To ensure the general requirements on basic conditions as prescribed, in which: 80% of establishments have condition that the position and means meet requirements; 73.3% of the facilities ensure the conditions of legal documents, raw materials and origin; 70% of establishments have processing and production facilities to meet requirements; 53.3% of facilities have sanitary conditions for processing equipment and tools as regulated. Results of Kalinitrite content analysis in 90

samples showed that: 75 (83.3%) samples were positive for Kalinitrite, of which 69 (76.6%) samples of nem chua had the content of Kalinitrite exceeding the allowed limit regulations.

Keyword: Safe food, kali nitrite, kali nitrite index in nem

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nem chua là sản phẩm thịt lên men truyền thống được nhiều người ưa chuộng. Đây là sản phẩm giàu giá trị dinh dưỡng, hương vị hài hoà, thơm ngon mang nét văn hoá truyền thống đặc trưng cho mỗi vùng, miền. Sản phẩm được sản xuất chủ yếu theo phương pháp thủ công, nguyên liệu chính là thịt lợn không qua xử lý nhiệt, quá trình “chín” của sản phẩm dựa chủ yếu vào giai đoạn lên men nhờ vi khuẩn (VK) lactic có sẵn trong thịt do đó việc giữ cho sản phẩm có chất lượng ổn định là rất khó khăn và luôn tiềm ẩn nguy cơ về an toàn thực phẩm (ATTP). Để khắc phục việc giữ cho sản phẩm có chất lượng ổn định, kéo dài thời gian bảo quản, tạo màu..., giải quyết vấn đề này người dân đã biết tìm đến và đưa phụ gia thực phẩm (PGTP) vào nem chua và việc sử dụng phụ gia trong chế biến, bảo quản thực phẩm là một việc cần thiết và tất yếu trong xã hội phát triển. Tuy nhiên, ô nhiễm thực phẩm chính là mối đe dọa hàng đầu mà con người phải đối mặt; nhất là ô nhiễm hóa chất phụ gia thực phẩm.

Ở Việt Nam hiện nay, tình trạng sử dụng PGTP đang rất khó khăn trong việc kiểm soát. Hoặc là dùng những phụ gia ngoài danh mục, những phụ gia đã bị cấm, hoặc là dùng quá giới hạn, dùng không đúng cho các chủng loại thực phẩm [39, 42].

Tại thành phố Thanh Hóa các cơ sở sản xuất thực phẩm trên địa bàn thành phố chủ yếu là các cơ sở

1. Chi cục ATTP tỉnh Thanh Hóa

Email: doanvanquang.txadp@gmail.com, SĐT: 0949336137

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

sản xuất truyền thống với quy mô nhỏ lẻ hoặc hộ gia đình, đặc biệt là các cơ sở sản xuất nem chua nên việc sử dụng PGTP rất khó kiểm soát; sử dụng phụ gia hóa học trong thực phẩm không hợp lý là nguyên nhân gây ô nhiễm hóa học vào thực phẩm gây nguy hại cho sức khỏe người sử dụng. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm và chỉ số *Kalinitrit* phản ánh mức độ ô nhiễm phụ gia tại cơ sở sản xuất nem chua tại thành phố Thanh Hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian

Đối tượng: Các cơ sở sản xuất nem chua

Địa điểm: Thành phố Thanh Hóa, tỉnh Thanh Hóa.

Thời gian từ 06/2017 đến 04/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Là một nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu là toàn bộ 30 hộ gia đình tham gia sản xuất rượu nếp uống các tiêu chuẩn chọn mẫu.

- Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ các cơ sở sản xuất nem chua tại thành phố Thanh Hóa có sản lượng từ 15kg/ngày trở lên, qua đó chúng tôi chọn được 30 cơ sở để đánh giá điều kiện ATVSTP theo Thông tư 15/2012/TT-BYT của Bộ Y tế và tiến hành lấy mỗi cơ sở 03 mẫu nem chua để tiến hành kiểm nghiệm hàm lượng kalinitrite.

2.2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

Sử dụng phương pháp quan sát trực tiếp, kiểm theo bảng kiểm đã chuẩn bị trước và tiến hành lấy mẫu kiểm nghiệm theo QCVN 4-5:2010/BYT, Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về PGTP-chất giữ màu.

2.2.4. Tiêu chuẩn đánh giá

Đánh giá về địa điểm, thiết kế, vật liệu xây dựng, nguồn nước, điều kiện cơ sở vật chất, điều kiện trang thiết bị dụng cụ, điều kiện về con người theo tiêu chí đạt hay không đạt, tại Thông tư số 15/2012/TT-BYT ngày 12/9/2012 quy định về điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm; theo QCVN 4-5:2010/BYT, Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về PGTP-chất giữ màu.

2.3. Phân tích số liệu

Xử lý và phân tích theo phương pháp thống kê

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3. 1. Tỷ lệ cơ sở đạt yêu cầu về vị trí xây dựng và bố trí các khu vực theo qui định theo tổng sản lượng (n=30)

Yêu cầu về vị trí, phương tiện	Dưới 50kg/ngày (n=18)		Từ 50kg/ngày trở lên (n=12)		Chung (n=30)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Địa điểm môi trường	17	94.4	12	100	29	96.7
Có nhà vệ sinh đạt TCVS	13	72.2	12	100	25	83.3
Có thùng rác có nắp đậy	09	50.0	10	62.5	19	63.3
Các khu vực tách biệt	05	27.7	05	41.6	10	33.3
Có phòng thay đồ bảo hộ lao động	02	11.1	04	33.3	06	20.0
Có nơi rửa tay và dụng cụ	17	94.4	10	83.3	27	90.0
Có đủ nước sạch	17	94.4	12	100	29	96.7

Bảng trên cho thấy tỷ lệ đạt yêu cầu cao nhất là địa điểm môi trường và có đủ nước sạch đều 96.7%, trong đó tỷ lệ cơ sở có công suất từ 50kg/ngày trở lên có tỷ lệ đạt 100%; thấp

nhất là điều kiện các khu vực tách biệt và phòng thay đồ bảo hộ lao động có tỷ lệ đạt lần lượt là 33.3% và 20%, trong đó cơ sở có công suất từ 50kg/ngày trở lên có tỷ lệ đạt cao hơn.

Bảng 3.2. Tỷ lệ cơ sở đạt yêu cầu về nơi chế biến theo tổng sản lượng (n=30)

Yêu cầu về nơi chế biến	Dưới 50kg/ngày (n=18)		Từ 50kg/ngày trở lên (n=12)		Chung (n=30)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Thoát nước, thông gió, thoát khí, ánh sáng	13	72.2	09	75.0	22	73.3
Khu vực sản xuất không đọng nước	16	89.0	11	91.6	27	90.0
Xử lý chất thải (rác, nước thải)	12	66.6	11	91.6	23	76.7
Cơ sở chế biến một chiều	05	27.7	04	33.3	09	30.0
Không có ruồi, muỗi, côn trùng	14	77.7	10	83.3	24	80.0
Khu vực chế biến sạch sẽ	16	89.0	11	91.6	27	90.0
Chất tẩy rửa theo quy định	16	89.0	11	91.6	27	90.0

Kết quả cho thấy cơ sở đạt yêu cầu về nơi chế biến sạch sẽ, chất tẩy rửa theo quy định chiếm tỷ lệ cao nhất đều là 90%; tiếp theo là nhóm điều kiện về thoát nước, xử lý rác thải và ruồi muỗi có tỷ lệ đạt lần lượt (73.3%,

76.7% và 80%); tỷ lệ thấp nhất là cơ sở chế biến đạt một chiều 30%, trong đó những cơ sở có công suất từ 50kg/ngày trở lên đều có tỷ lệ đạt cao hơn cơ sở dưới 50kg/ngày.

Bảng 3.3. Tỷ lệ cơ sở đạt yêu cầu về vệ sinh trang thiết bị dụng cụ theo tổng sản lượng (n=30)

Yêu cầu về vệ sinh trang thiết bị dụng cụ	Dưới 50kg/ngày (n=18)		Từ 50kg/ngày trở lên (n=12)		Chung (n=30)	
	SL	%	SL	SL	%	SL
Có các khu vực chứa nguyên liệu, thành phẩm	10	55.5	06	50.0	16	53.3
Nhà kho có giá kệ để nguyên liệu và thành phẩm	08	44.4	08	66.6	16	53.3
Giá kệ đạt yêu cầu theo quy định	02	11.1	02	16.6	04	13.3
Thiết bị, dụng cụ giám sát, đo lường	00	00.0	01	3.3	01	3.3
Trang bị đầy đủ trang phục, bảo hộ lao động	07	39.0	08	66.7	15	50.0

Bảng 3.3. cho thấy tỷ lệ cơ sở đạt về vệ sinh thiết bị dụng cụ là khá thấp, thấp nhất là có dụng cụ giám sát,

đo lường (3.3%); tiếp đến là giá kệ đạt theo quy định (13.3%); còn lại các điều kiện khác đều đạt trên dưới 50%.



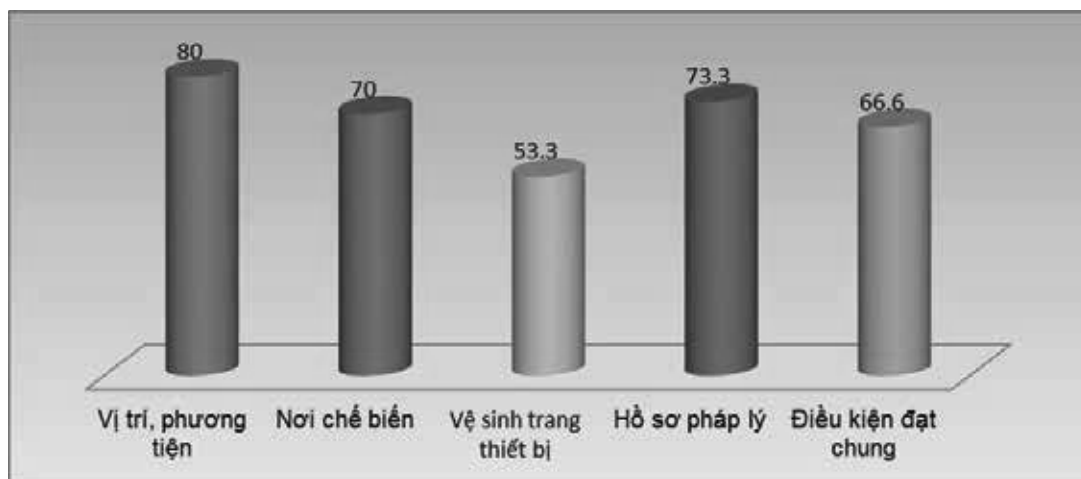
Bảng 3. 4. Tỷ lệ cơ sở đạt yêu cầu về hồ sơ pháp lý, nguyên liệu và nguồn gốc thực phẩm theo tổng sản lượng (n=30)

Yêu cầu về hồ sơ pháp lý, nguyên liệu và nguồn gốc	Dưới 50kg/ngày (n=18)		Từ 50kg/ngày trở lên (n=12)		Chung (n=30)	
	SL	%	SL	SL	%	SL
Có hợp đồng mua bán nguyên liệu	06	30.0	06	50.0	12	40.0
Sổ sách ghi chép nhập nguyên liệu trước sản xuất	10	55.5	08	66.7	18	60.0
Sổ ghi chép số lượng, chủng loại thành phần sản xuất hàng ngày	10	55.5	08	66.7	18	60.0
Sổ ghi việc cân, đo, phối trộn nguyên liệu để sản xuất	02	11.1	03	25.0	07	23.3
Thực hiện kiểm nghiệm định kỳ theo quy định	00	00	03	10.0	03	10.0

Kết quả bản 3.4. cho thấy tỷ lệ đạt về sổ sách ghi chép nhập nguyên liệu trước sản xuất (60%); sổ ghi chép số lượng, chủng loại thành phần sản xuất hàng ngày là (60%), trong đó các cơ sở có công xuất từ 50kg/ngày trở

lên có tỷ lệ đạt (66.7%) và cơ sở dưới 50kg/ngày có tỷ lệ đạt (55.5%); tỷ lệ đạt khá thấp là có sổ ghi việc cân, đo, phối trộn nguyên liệu để sản xuất (23.3%) và thực hiện kiểm nghiệm định kỳ theo quy định (10%).

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ cơ sở đạt yêu cầu chung về ATTP theo sản lượng sản xuất trong ngày (n=30)



Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ đạt chung về các điều kiện theo quy định là (66.6%), trong đó đạt cao nhất

là cơ sở có vị trí và phương tiện (80%); thấp nhất là tỷ lệ cơ sở đạt điều kiện về vệ sinh trang thiết bị (53.3%).

Bảng 3.5. Tỷ lệ cơ sở có Kali nitrit trong nem chua theo tổng sản lượng

Kết quả kiểm nghiệm		Dưới 50kg/ngày (n=54)		Từ 50kg/ngày trở lên (n=36)		Chung (n=90)	
		SL	%	SL	%	SL	%
<i>Kali nitrit có trong nem chua</i>	Dương tính	51	94.4	24	66.6	75	83.3
	Âm tính	03	5.5	12	33.3	15	16.7
<i>Kali nitrite (mg) vượt ngưỡng cho phép</i>	Dưới 80mg/kg	03	5.5	03	8.3	06	6.6
	Trên 80mg/kg	48	89.0	21	58.3	69	76.6

Bảng 3.5 cho thấy trong số 90 mẫu nem chua có 75 mẫu (83.3%) có hàm lượng kalinitrite, trong đó có tới 69 mẫu (76.6%) mẫu vượt tiêu chuẩn cho phép của Bộ Y tế;

trong đó mẫu nem chua được lấy ở các cơ sở từ 50kg/ngày trở lên có tỷ lệ dương tính và vượt tiêu chuẩn thấp hơn mẫu được lấy ở cơ sở dưới 50kg/ngày.

Bảng 3.6. Giá trị trung bình hàm lượng (HL) Kali nitrite trong nem chua theo tổng sản lượng

Giá trị trung bình Kali nitrite (mg/g)	Dưới 50kg/ngày (n=54)	Từ 50kg/ngày trở lên (n=36)	Chung (n=90)	p
$\bar{X} \pm SD$	0.2889±0.1452	0.0135±0.0013	0.1512±0.0732	P> 0.05
Min	0.1241	0.0000	0.1241	
Max	0.5125	0.1663	0.5125	

Kết quả cho thấy giá trị trung bình hàm lượng kalinitrite ở các cơ sở dưới 50kg/ngày cao hơn giá trị trung bình hàm lượng kalinitrite 50kg/ngày trở lên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với (p>0.05).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy 66.6% cơ sở đảm bảo các điều kiện an toàn thực phẩm theo quy định. Nghiên cứu có tỷ lệ đạt thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu về “Thực trạng ô nhiễm hàn the, vi khuẩn và nhận thức, thực hành của người sản xuất, kinh doanh giò chả về an toàn thực phẩm tại thành phố Thái Bình năm 2011” của tác giả Bùi Văn Kiên. Kết quả cho thấy chỉ có 9,5% cơ sở sản xuất giò chả đạt điều kiện chung về an toàn thực phẩm [2]; nghiên cứu có kết quả điều kiện cơ sở tương đồng nghiên cứu của

chúng tôi là nghiên cứu “Thực trạng sử dụng hàn the và kiến thức thực hành về an toàn thực phẩm của cán bộ quản lý các cơ sở sản xuất chả cá, chả lụa tại Quy Nhơn và Tuy Phước năm 2015” của Trần Thị Ánh Hồng, Lê Văn An và Cộng sự. Kết quả cho thấy, 33,43% cơ sở không đạt về điều kiện cơ sở vật chất [4].

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong số 90 mẫu nem chua có 75 mẫu (83,3%) có hàm lượng kalinitrite, trong đó có tới 69 mẫu (76,6%) mẫu vượt tiêu chuẩn cho phép của Bộ Y tế. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả cao hơn nghiên cứu Nguyễn Thanh Hương (2012) về thực trạng và giải pháp nâng cao năng lực quản lý việc sử dụng một số phụ gia trong chế biến thực phẩm tại Quảng Bình cho thấy: Tỷ lệ mẫu có phẩm màu kiềm là 25,8%; tỷ lệ mẫu thực phẩm chứa hàn the chiếm 37,1% trong đó 65,4%



mẫu nem; tỷ lệ mẫu thực phẩm có sử dụng acid benzoic và acid sorbic lần lượt là 23,7% và 17,5%, trong đó tỷ lệ mẫu có hàm lượng vượt mức cho phép tương ứng đối với acid benzoic là 46,4% và acid sorbic là 50,0%[3]. Như vậy điều này cho thấy thực trạng đáng báo động về việc sử dụng phụ gia chứa hàm lượng kalinitrite ở các cơ sở sản xuất nem chua hiện nay tại thành phố Thanh Hóa.

V. KẾT LUẬN

Đã đánh giá được các điều kiện của các cơ sở nem

chua tại thành phố Thanh Hóa. Kết quả cho thấy 66.6% cơ sở đạt yêu cầu theo quy định, còn lại 33.4% cơ sở chưa đạt yêu cầu về điều kiện cơ sở theo yêu cầu; trong đó điều kiện vệ sinh trang thiết bị có tỷ lệ đạt thấp 53.3%.

Đã đánh giá được hàm lượng kalinitrite trong sản phẩm nem chua tại thành phố Thanh Hóa trong thời gian tháng 12/2017. Kết quả cho thấy, mẫu thực phẩm nem chua được phân tích có hàm lượng kalinitrite khác nhau đáng kể và có tới 76.6% vượt ngưỡng giới hạn cho phép của Bộ Y tế quy định lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012). *Thông tư 15/2012/TT-BYT 12/9/2012 Quy định về điều kiện chung bảo đảm an toàn thực phẩm đối với cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm*. Hà Nội.
2. Bùi Văn Kiên (2011), *Thực trạng ô nhiễm hàn the, vi khuẩn và nhận thức, thực hành của người sản xuất, kinh doanh giò chả về an toàn thực phẩm tại thành phố Thái Bình năm 2011*, Trường Đại học Y Thái Bình.
3. Nguyễn Thị Thanh Hương (2012). *Thực trạng và giải pháp nâng cao năng lực quản lý việc sử dụng một số phụ gia trong chế biến thực phẩm tại Quảng Bình*, Luận án Tiến sỹ dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng năm 2012.
4. Trần Thị Ánh Hồng, Lê Văn An, Đào Thị Xuân Hà và cộng sự (2015), “*Thực trạng sử dụng hàn the và kiến thức thực hành về an toàn thực phẩm của cán bộ quản lý các cơ sở sản xuất chả cá, chả lụa tại Quy Nhơn và Tuy Phước năm 2015*”, Hội nghị khoa học ATTP lần thứ 8, 2016, Tạp chí Dinh dưỡng và An toàn thực phẩm số 6(1) năm 2016, tr. 263 – 268.
5. Trường Đại học Y Dược Thái Bình (2010), *Bài giảng vệ sinh an toàn thực phẩm*. tr 265-286.
6. Trương Quốc Khánh, Nguyễn Minh Tiến (2013), “*Đánh giá thực trạng và hiệu quả sử dụng chất bảo quản Natri benzoat (211) trong công bố tiêu chuẩn thực phẩm tại thành phố Đà Nẵng năm 2013*”, Hội nghị khoa học ATTP lần thứ 7, 2014, Tạp chí Y học Thực hành số 933+934, Bộ Y tế xuất bản, tr. 14 – 16.
7. Helen C Roberts, Sanet De Wet, Kirsty Porter, et al. (2014), “*The feasibility and acceptability of training volunteer mealtime assistants to help older acute hospital inpatients: the Southampton Mealtime Assistance Study*”, J Clin Nurs, 23 (21-22): pp. 3240 - 9.
8. Hidetaka Wakabayashi, Hironobu Sashika (2014), “*Malnutrition is associated with poor rehabilitation outcome in elderly inpatients with hospital-associated deconditioning a prospective cohort study*”, J Rehabil Med, 46 (3): pp. 277- 82.
9. Safety assessment of PGTP substances and contaminants. Addition 1: The polychlorin-like biphenyl is not dioxin-like. PGTP of WHO, No. 71-S1, 2016. The toxin list of the 80th meeting
10. Shuchi Rai Bhatt (2010), *Impact Analysis of knowledge Practice for Food Safety in Urban Area of Varanasi*, Pakistan Journal of Nutrition
11. Susana Montoya Montoya, Nora Elena Múnera García (2014), “*Effect of early nutritional intervention in the a outcome of patients at risk clinical nutrition*”, Nutr Hosp, 29 (2): pp. 427 - 436.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI THÁI BÌNH NĂM 2017

Nguyễn Thị Thùy Linh¹, Vũ Phong Túc², Ngô Thị Nhu²

TÓM TẮT

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, mô tả tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân COPD thông qua các chỉ số BMI, chu vi vòng cánh tay, đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân qua bộ công cụ SGA, MNA, các chỉ số hóa sinh. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có suy dinh dưỡng cao, chiếm 62,2% (theo BMI), trên 50% (theo SGA), 93,4% theo MNA. Đo chu vi vòng cánh tay (MAC) có 45,6% bệnh nhân có MAC ở ngưỡng có suy dinh dưỡng. Tỷ lệ bệnh nhân có Albumin giảm nhẹ chiếm 25,4%, 5,3% bệnh nhân có Albumin giảm vừa. Về tình trạng Protein huyết thanh, có 28,9% bệnh nhân có chỉ số Protein huyết thanh giảm.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, COPD

SUMMARY:

NUTRITIONAL STATUS OF HOSPITALIZED PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT THAI BINH LUNG HOSPITAL IN 2017

Cross-sectional study was implemented to describe the nutritional status of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) by Body Mass Index (BMI), Mid-arm circumference (MAC), Subjective Global Assessment (SGA), Mini-Nutritional Assessment (MNA); and biochemical indicators.

The majority of patients with COPD were found to be malnourished according to BMI, SGA, MNA (62.2%, over 50% and 93.4% respectively). According to MAC, 45.6% of patients were identified as malnourished. The rate of patients who had mild and moderate albumin reduction were 25.4% and 5.3% respectively. Protein status, 28.9% of patients with COPD had serum protein decline.

Keywords: Nutritional Status, COPD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), đến năm 1997 trên toàn thế giới đã có khoảng 600 triệu người mắc COPD, bệnh xếp hàng thứ tư trong các nguyên nhân gây tử vong và đứng thứ 12 trong các nguyên nhân gây tàn phế. Suy dinh dưỡng (SDD) là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân COPD, chiếm tỷ lệ 30-60% số bệnh nhân nội trú và chiếm tỷ lệ 20-40% số bệnh nhân ngoại trú. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân COPD thiếu cân cao hơn so với bệnh nhân COPD có cân nặng bình thường, béo phì hay thừa cân. Tại Việt Nam có rất ít tác giả đề cập cũng như nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân COPD. Từ thực tế trên, tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: “**Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Bình năm 2017**”

Mục tiêu nghiên cứu: *Xác định tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Phổi Thái Bình được chẩn đoán COPD theo tiêu chuẩn của GOLD (2013).

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Là một nghiên cứu dịch tễ học mô tả có phân tích qua một cuộc điều tra cắt ngang nhằm:

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng khi vào viện và các xét nghiệm sinh hóa của bệnh nhân COPD để góp phần xây dựng kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân

- Mô tả đặc điểm khẩu phần và mức độ tiêu thụ thực phẩm của bệnh nhân COPD

1. Bệnh viện Phổi Thái Bình

Email: nguyenthithuylinh11091@gmail.com, SĐT: 0127.629.7029

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2.2. Cơ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán là COPD theo tiêu chuẩn của GOLD (2013) đang điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Bình từ tháng 8/2017 đến tháng 01/2018

2.3. Cách chọn mẫu: Chọn chủ đích tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là COPD nhập viện Bệnh viện Phổi Thái Bình từ tháng 8/2017 đến tháng 01/2018

3. Kỹ thuật thu thập số liệu: Kỹ thuật cân, đo chiều cao, đo chu vi vòng cánh tay, phỏng vấn bệnh nhân bằng bảng câu hỏi đã được thiết kế sẵn, bộ công cụ sàng lọc SGA, MNA, các xét nghiệm sinh hóa

Phân tích thông kê: Số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính, sử dụng chương trình Epi data để nhập số liệu. Các dữ liệu được phân tích với ngôn ngữ của phần

mềm Stata 10.0 tại Trường Đại học Y Dược Thái Bình với các test thống kê y học.

Đạo đức nghiên cứu: Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu không phải can thiệp các biện pháp nào. Tuy nhiên các đối tượng tham gia nghiên cứu đều có quyền tự nguyện tham gia hoặc không tự nguyện tham gia. Các kỹ thuật nghiên cứu được thao tác đơn giản cho người bệnh, ngoài ra còn giúp ích cho chẩn đoán tình trạng dinh dưỡng và đưa lời khuyên trong quá trình điều trị. Người bệnh tham gia nghiên cứu được tư vấn về cách dinh dưỡng hợp lý, không phải chi trả thêm bất cứ khoản gì từ các hoạt động nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Phân loại tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân COPD theo BMI

	≤ 65 tuổi (n = 54)		> 65 tuổi (n = 60)		Chung (n = 114)	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Suy dinh dưỡng	31	57,4	40	66,7	71	62,2
Bình thường	21	38,9	20	33,3	41	36,0
Thừa cân/ Béo phì	2	3,7	0	0	2	1,8

Kết quả bảng 1 cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân COPD theo BMI chiếm đa số (62,2%), tỷ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân COPD ở các nhóm tuổi ≤ 65 tuổi và >65 tuổi là như nhau. Tuy nhiên, vẫn còn 1,8% (n=2) bệnh nhân COPD thừa cân/béo phì.

Theo BMI, đa số bệnh nhân COPD có suy dinh dưỡng (chiếm 62,2%), kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu “Khảo sát tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Bạch Mai” của Đinh Thị Phương Thảo

(2015) (tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân COPD theo BMI là 69,3%) [1]. Tỷ lệ bệnh nhân thừa cân chỉ có 1,8%, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu của Ciric (2013) cho kết quả tỷ lệ thừa cân là 32,9% và béo phì là 17,6% [2]. Trên thế giới, ngày càng tăng số lượng bệnh nhân COPD thừa cân, béo phì, lý do để giải thích cho điều này có thể là do các nước phát triển, tỷ lệ thừa cân béo phì tăng trong dân số nói chung, do đó tỷ lệ tương ứng là nhiều bệnh nhân COPD thừa cân hoặc béo phì.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của nhóm bệnh nhân COPD đánh giá bằng phương pháp SGA

Tình trạng dinh dưỡng	Nam (n = 43)		Nữ (n = 11)		Chung (n = 54)	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Bình thường	17	39,6	6	54,5	23	42,6
Nguy cơ SDD	18	41,9	3	27,3	21	38,9
Suy dinh dưỡng	8	18,5	2	18,2	10	18,5

Bảng 2 cho thấy trong 54 bệnh nhân được đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp SGA có

trên 50% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của nhóm bệnh nhân COPD đánh giá bằng phương pháp MNA

Tình trạng dinh dưỡng	Nam (n = 52)		Nữ (n = 8)		Chung (n = 60)	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Bình thường	4	7,7	0	0	4	6,6
Nguy cơ SDD	25	48,1	3	37,5	28	46,7
Suy dinh dưỡng	23	44,2	5	62,5	28	46,7

Kết quả bảng 3 cho thấy trong 60 bệnh nhân COPD được đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp MNA có đến 93,4% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng.

Trên 50% bệnh nhân được đánh giá bằng phương

pháp SGA và 93,4% bệnh nhân được đánh giá bằng phương pháp MNA có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng. Kết quả này, tương đương với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Thanh (2017) (chiếm 96,6%) [3].

Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân theo chu vi vòng cánh tay

Mức độ SDD	≤ 65 tuổi (1) (n = 54)		> 65 tuổi (2) (n = 60)		Chung (n = 114)		p(1,2)
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Bình thường	38	70,4	24	40,0	62	54,4	<0,05
SDD vừa và nhẹ	14	25,9	34	56,7	48	42,1	
SDD nặng	2	3,7	2	3,3	4	3,5	

Kết quả bảng 4 cho thấy, theo chu vi vòng cánh tay có 42,1% bệnh nhân suy dinh dưỡng vừa và nhẹ, 3,5% bệnh nhân có suy dinh dưỡng nặng. Tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng suy dinh dưỡng vừa và nhẹ theo chu vi vòng cánh tay ở độ tuổi ≤ 65 tuổi chiếm 25,9%, >65 tuổi chiếm 56,7%, tình trạng suy dinh dưỡng nặng theo chu vi vòng cánh tay ở hai độ tuổi này là như nhau, sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê.

Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Laaban (1993) trong 50 bệnh nhân có 42% bệnh nhân suy dinh dưỡng [4], tương đương với nghiên cứu của Đinh Thị Phương Thảo (2015) 51,9% bệnh nhân có chỉ số MAC bình thường, 48,1% bệnh nhân có suy

dinh dưỡng trong đó 41,4%) bệnh nhân suy dinh dưỡng nhẹ, chỉ có 6,7% bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng. Tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng suy dinh dưỡng vừa và nhẹ theo chu vi vòng cánh tay ở độ tuổi ≤ 65 tuổi chiếm 25,9%, >65 tuổi chiếm 56,7%, tình trạng suy dinh dưỡng nặng theo chu vi vòng cánh tay ở hai độ tuổi này là như nhau, sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nếu chỉ dựa vào chỉ số MAC thì sẽ gặp sai sót trong các trường hợp bệnh nhân có tình trạng tụt cân nhiều trong thời gian ngắn nhưng cân nặng và MAC vẫn trên mức bình thường nên chưa đặt vào đối tượng đang có suy dinh dưỡng tiến triển và dẫn đến bỏ sót những bệnh nhân này.

Bảng 5. Tỷ lệ bệnh nhân giảm Albumin và protein theo nhóm tuổi

Các chỉ số		≤ 65 tuổi (1) (n = 54)		> 65 tuổi (2) (n = 60)		Chung (n = 114)	
		SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Tình trạng Albumin	Bình thường	39	72,2	40	66,7	79	69,3
	Giảm nhẹ	12	22,2	17	28,3	29	25,4
	Giảm vừa	3	5,6	3	5,0	6	5,3
Tình trạng protein huyết thanh	Bình thường	41	75,9	40	66,7	81	71,1
	Giảm	13	24,1	20	33,3	33	28,9



Bảng 5 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có Albumin giảm nhẹ chiếm 25,4%, 5,3% bệnh nhân có Albumin giảm vừa. Kết quả này thấp hơn nhiều so với kết quả của Đinh Thị Phương Thảo (2015): 30,7% bệnh nhân có albumin trong giới hạn bình thường, 69,3% bệnh nhân có albumin thấp [1].

Về tình trạng Protein huyết thanh, có 28,9% bệnh nhân có chỉ số Protein huyết thanh giảm. Kết quả này thấp hơn so với kết quả của Nguyễn Mộc Sơn (2012) nghiên cứu trên 187 bệnh nhân mạn tính có 46% bệnh nhân có chỉ số protein dưới 60 g/l [5].

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân COPD theo BMI chiếm tỷ lệ cao 62,2%, tỷ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân COPD ở các nhóm tuổi ≤ 65 tuổi và >65 tuổi là như nhau. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu ở nước ngoài: Theo nghiên cứu của Gupta B và cộng sự tỷ lệ suy dinh dưỡng là 57,8%; nghiên cứu của Schols, Vermeeren và cộng sự tỷ lệ suy dinh dưỡng 25-40%; nghiên cứu của Sajal De và cộng sự là 38%.

So sánh với các nghiên cứu trong nước cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng là tương đương. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Long (2014) đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên 96 bệnh nhân BPTNMT tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI < 18,5 chiếm 67,7%, nghiên cứu của Lê Thị Diễm Tuyết và cộng sự (2016) đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên 150 bệnh nhân BPTNMT tỷ lệ suy dinh dưỡng với BMI < 18,5 chiếm 69,3%. Nghiên cứu của Đinh Thị Phương Thảo (2015) đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên 150 bệnh nhân BPTNMT tỷ lệ suy dinh dưỡng chiếm 69,3% [5]. Nghiên cứu của Vũ Thị Thanh (2017), tỷ lệ suy dinh dưỡng chiếm 73,7% [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân thừa cân chỉ có 1,8%, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu của Ciric (2013) cho kết quả tỷ lệ thừa cân là 32,9% và béo phì là 17,6%. Tuy nhiên, so sánh với các nghiên cứu trong nước tương đương với kết quả nghiên cứu của Đinh Thị Phương Thảo (2015) tỷ lệ bệnh nhân COPD thừa cân chiếm 2,7% [5]. Trên thế giới, ngày càng tăng số lượng bệnh nhân COPD thừa cân, béo phì, lý do để giải thích cho điều này có thể là do các nước phát triển, tỷ lệ thừa cân béo phì tăng trong dân số nói chung, do đó tỷ lệ tương ứng là nhiều bệnh nhân COPD thừa cân hoặc béo phì.

Phương pháp đánh giá tổng thể SGA hiện nay được nhiều nghiên cứu trên thế giới sử dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tuy nhiên phương pháp này chỉ đánh giá cho người ≤ 65 tuổi. Vì vậy, để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho người > 65

tuổi chúng tôi đã sử dụng phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng tối thiểu (MNA). Cả hai phương pháp này đều có thể đánh giá bệnh nhân trong suốt quá trình mắc bệnh bao gồm: Thay đổi về cân nặng, biểu hiện của tình trạng dinh dưỡng kém, những đánh giá về lâm sàng của thầy thuốc.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có trên 50% bệnh nhân được đánh giá bằng phương pháp SGA và 93,4% bệnh nhân được đánh giá bằng phương pháp MNA có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng.

Theo nghiên cứu của nước ngoài như: Nghiên cứu của Gupta, B và cộng sự trong tổng số 106 bệnh nhân BPTNMT nhập viện đánh giá theo SGA có 83% có nguy cơ suy dinh dưỡng. Nghiên cứu của Yuceege và cộng sự nguy cơ suy dinh dưỡng các mức độ là 41,7%.

Theo các nghiên cứu trong nước cho thấy: Đặng Thị Phương Thảo [7] có 92% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng, Nguyễn Đức Long bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng chiếm 89,6%, nghiên cứu của Vũ Thị Thanh (2017) 96,6% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng [9], nghiên cứu Hogan, Lê Thị Tuyết Lan và cộng sự (2016) đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên 393 bệnh nhân BPTNMT điều trị ngoại trú tại phòng khám hô hấp thành phố Hồ Chí Minh. Có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nhẹ đến vừa chiếm 31%, nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng chiếm 14%.

Theo bảng 4 trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có 54,4% bệnh nhân có chỉ số chu vi vòng cánh tay bình thường, 42,1% bệnh nhân suy dinh dưỡng vừa và nhẹ, 3,5% bệnh nhân có suy dinh dưỡng nặng.

Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Laaban (1993) trong 50 bệnh nhân có 42% bệnh nhân suy dinh dưỡng, tương đương với nghiên cứu của Đinh Thị Phương Thảo (2015) 51,9% bệnh nhân có chỉ số MAC bình thường, 48,1% bệnh nhân có suy dinh dưỡng trong đó 41,4% bệnh nhân suy dinh dưỡng nhẹ, chỉ có 6,7% bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng [5], tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đức Long (2014) 61,4% bệnh nhân có chỉ số MAC bình thường, 39,6% bệnh nhân có suy dinh dưỡng trong đó 29,2% bệnh nhân suy dinh dưỡng nhẹ, chỉ có 9,4% bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng.

Tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng suy dinh dưỡng vừa và nhẹ theo chu vi vòng cánh tay ở độ tuổi ≤ 65 tuổi chiếm 25,9%, >65 tuổi chiếm 56,7%, tình trạng suy dinh dưỡng nặng theo chu vi vòng cánh tay ở hai độ tuổi này là như nhau, sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nếu chỉ dựa vào chỉ số MAC thì sẽ gặp sai sót trong các trường hợp bệnh nhân có tình trạng tụt cân nhiều trong thời gian ngắn nhưng cân nặng và MAC vẫn trên mức bình thường nên chưa đặt vào đối tượng đang

có suy dinh dưỡng tiến triển và dẫn đến bỏ sót những bệnh nhân này.

- Chỉ số Albumin: Trong bảng 5 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có Albumin giảm nhẹ chiếm 25,4%, 5,3% bệnh nhân có Albumin giảm vừa.

Nghiên cứu trong nước của Nguyễn Đức Long chỉ số albumin giảm nặng <25g/l là 16,6% , nghiên cứu Đặng Thị Phương Thảo là 27,3% albumin giảm <28g/l [5], nghiên cứu của Vũ Thị Thanh (2017) là albumin <21g/l chiếm 2,7%, albumin 21-27g/l chiếm 34,8%, albumin 28-34g/l chiếm 52,7% [7].

Nghiên cứu trên thế giới: Laaban (1993) có 4% bệnh nhân có chỉ số Albumin giảm nặng.

Albumin máu trung bình là $37,8 \pm 5,3$ g/l, ở đối tượng ≤ 65 tuổi có Albumin máu trung bình là 38,8g/l, đối tượng > 65 tuổi có Albumin máu trung bình là 36,8 g/l, sự khác biệt về Albumin máu của hai nhóm tuổi này có ý nghĩa thống kê

- Chỉ số Protein toàn phần: Trong bảng 3.8 cho thấy 28,9% bệnh nhân có chỉ số Protein toàn phần giảm

Nghiên cứu trong nước của Đinh Thị Phương Thảo chỉ số protein toàn phần <60g/l là 52,7% [5], Nguyễn Mộc Sơn nghiên cứu trên 187 bệnh nhân mạn tính điều trị tại khoa ICU chỉ số protein toàn phần <60g/l là 46%, Vũ Thị Thanh chỉ số protein toàn phần <66g/l chiếm 74,6% [7].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có suy dinh dưỡng cao, chiếm 62,2% (theo BMI), trên 50% (theo SGA), 93,4% theo MNA

Đo chu vi vòng cánh tay (MAC) có 45,6% bệnh nhân có MAC ở ngưỡng có suy dinh dưỡng

Tỷ lệ bệnh nhân có Albumin giảm nhẹ chiếm 25,4%, 5,3% bệnh nhân có Albumin giảm vừa. Về tình trạng Protein huyết thanh, có 28,9% bệnh nhân có chỉ số Protein huyết thanh giảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn sinh lý Trường Đại học Y Hà Nội. (2007). Sinh lý học, NXB Y học, 140-141.
2. Đỗ Thị Lương, Vũ Văn Giáp, Phạm Duy Tường (2016). Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định và một số yếu tố liên quan tại BV Bạch Mai năm 2015
3. Cai B, et al. (2003). Effect of supplementing a high-fat, low-carbohydrate enteral formula in COPD patients. *Nutrition*, 19, 229-32.
4. Cano, N.J., et al. (2002). Nutritional depletion in patients on long-term oxygen therapy and/or home mechanical ventilation. *Eur Respir J*, 20,30-7.
5. Đinh Thị Phương Thảo; Lê Thị Diễm Tuyết; Trần Thị Phúc Nguyệt, (2015). Khảo sát tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại BV Bạch Mai năm 2014
6. Ciric, Z., et al. (2013). Nutrition disorder and systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Med Glas (Zenica)*, 10, 266-71.
7. Vũ Thị Thanh (2017). Hiệu quả chế độ dinh dưỡng giàu lipid trong điều trị bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thở máy.
8. Laaban, J.P., et al. (1993). Nutritional status of patients with chronic obstructive pulmonary disease and acute respiratory failure. *Chest*. 103, 1362-8.
9. Nguyễn Mộc Sơn. (2012). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân tại khoa HSCC Bệnh viện Bạch Mai, khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, ĐH Y Hà Nội, Hà Nội.
10. Trần Thị Minh Hạnh. (2011). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng. *Dinh dưỡng học*, NXB Y học, 143 – 164.

Tạp chí “Y HỌC CỘNG ĐỒNG” xuất bản 06 số/năm, đăng tải các công trình nghiên cứu, các bài tổng quan về Y, Dược học cộng đồng, sức khỏe môi trường, y sinh học và y xã hội học, những thông tin Y-Dược học trong nước và quốc tế, thông tin về nghiên cứu và đào tạo.

I. Một số yêu cầu về bài đăng công trình nghiên cứu khoa học.

1. Bài gửi đăng công trình nghiên cứu khoa học chưa đăng ở bất kỳ tạp chí quốc gia nào.

2. Các thuật ngữ thống nhất theo từ điển Bách khoa Việt Nam.

Bài gửi đăng đánh máy bằng tiếng Việt, rõ ràng, cách dòng, một bài không dài quá 7 trang khổ A4, kể cả bảng biểu và tài liệu tham khảo. Chỉ sử dụng những bảng, biểu, hình ảnh cần thiết và phải có chú thích rõ. Mỗi bài viết không quá 5 hình. Cuối bài phải nêu rõ xuất xứ của công trình, làm tại đâu, thời gian, số điện thoại cần liên hệ, địa chỉ Email.

3. Các danh từ tiếng Việt nếu dịch từ tiếng nước ngoài viết kèm theo tiếng nước ngoài. Các chữ viết tắt phải có chú thích các từ gốc của các chữ viết tắt.

4. Trình tự các mục trong bài:

a) Đầu đề

b) Họ và tên tác giả: Không ghi học hàm, học vị, chức danh. Có ghi chú đơn vị công tác của từng tác giả ở cuối trang thứ nhất bài báo.

c) Nội dung:

Tóm tắt tiếng Việt và tiếng Anh (tối đa 150 từ). Ghi từ khóa tiếng Việt và tiếng Anh.

Đặt vấn đề: bao gồm cả phần mục tiêu nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu và bàn luận.

Kết luận.

Tài liệu tham khảo

d) Tài liệu tham khảo (không quá 10 tài liệu)

Đánh số thứ tự tài liệu tiếng Việt (vấn ABC theo tên tác giả) sau đó đến tài liệu tiếng Anh, tiếng Pháp, tiếng Đức, tiếng Nga (vấn ABC theo họ)... Mỗi tài liệu đề họ, tên tác giả, tên bài, tên tạp chí, năm xuất bản, số trang. Tên sách: tên tác giả, tên nhà xuất bản, năm xuất bản, số trang.

Ví dụ: 1. Vũ Triệu An, Nguyễn Ngọc Lan: Điều tra HLA ở bộ tộc người Êđê, Y học thực hành, 1999, 4,17-25. 2. Wright P, 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

Nhà thuốc chuẩn mực CỦA MỌI GIA ĐÌNH



Chúng tôi CAM KẾT

- ✓ SẢN PHẨM ĐƯỢC CHỌN TỪ CÁC NHÀ SẢN XUẤT UY TÍN
- ✓ BẢO QUẢN THUỐC ĐÚNG CHUẨN
- ✓ BÁN ĐÚNG GIÁ NIÊM YẾT
- ✓ TƯ VẤN DÙNG ĐÚNG THUỐC, ĐÚNG LIỀU, ĐÚNG CÁCH

QUYỀN LỢI DÀNH CHO HỘI VIÊN

- ✓ Tư vấn sức khỏe miễn phí với Bác sĩ qua tổng đài **1900 63 64 73**
- ✓ Tích lũy điểm **đổi quà hấp dẫn. Chiết khấu trực tiếp** trên hóa đơn
- ✓ Chương trình **giảm 5% và tặng quà** vào ngày 01, 15, 25 hàng tháng
- ✓ Mua các sản phẩm với **giá ưu đãi chỉ dành cho Hội viên**
- ✓ **Quà tặng đặc biệt** vào ngày sinh nhật
- ✓ **Tham gia miễn phí** các sự kiện chăm sóc sức khỏe với Bác sĩ
- ✓ **Nhận Cẩm nang sức khỏe** hàng tháng



TỔNG ĐÀI TƯ VẤN DÀNH RIÊNG CHO HỘI VIÊN

1900636473

BẤM PHÍM SỐ 2 GẶP NGAY BÁC SĨ!



Từ thứ 2 đến thứ 6
Sáng: 8h - 12h
Chiều: 13h - 17h

BẠN ĐANG CẦN

- ✓ TƯ VẤN VỀ BỆNH MẠN TÍNH?
- ✓ TƯ VẤN ĐIỀU TRỊ?
- ✓ TƯ VẤN VỀ CÁCH SỬ DỤNG THUỐC?

HỆ THỐNG NHÀ THUỐC PHANO TẠI TP. CẦN THƠ

1 150 Nguyễn An Ninh, P. Tân An, Q. Ninh Kiều 2 28 Đường 30/04, P. An Phú, Q. Ninh Kiều 3 117 Cách Mạng Tháng 8, P. An Hoà, Q. Ninh Kiều.

Liên hệ ngay **1900 63 64 73** để Phano được phục vụ bạn - www.phanopharmacy.com



NGÀY HỘI CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

CẦN THƠ NĂM 2018

Cùng hành động vì sức khỏe cộng đồng



NGÀY HỘI CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG CẦN THƠ 2018

“*Cùng hành động vì sức khỏe cộng đồng*” là chủ đề của Ngày Hội chăm sóc sức khỏe cộng đồng – Cần Thơ 2018 do Viện Sức khỏe Cộng đồng, Trung tâm Xúc tiến Đầu tư-Thương mại và Hội chợ Triển lãm Cần Thơ phối hợp với Công ty TNHH Dịch vụ Quảng cáo Trang Vàng Việt Nam tổ chức vào ngày 26-27/05/2018 tại Trung tâm Xúc tiến Đầu tư – Thương mại và Hội chợ Triển lãm tp Cần Thơ – 108A Lê Lợi, quận Ninh Kiều, tp Cần Thơ.

Đây là chương trình nhằm nhiệt liệt chào mừng kỷ niệm 17 năm Ngày truyền thống Người cao tuổi Việt Nam và ngày quốc tế thiếu nhi. Ngày hội tập trung các hoạt động như: khám và tư vấn sức khỏe, đo và tư vấn các chỉ số sức khỏe, tư vấn làm đẹp, hội thảo, tuyên truyền-huấn luyện sơ cấp cứu, triển lãm và giới thiệu sản phẩm...

Với các nội dung hoạt động phong phú đa dạng, ngày hội là một sự kiện quan trọng mang ý nghĩa cộng đồng – xã hội hết sức thiết thực,

nhân văn, trên tinh thần công tác xã hội hóa trong việc góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân trên địa bàn thành phố Cần Thơ nói riêng và cả nước nói chung.

Sự kiện này có sự phối hợp, tham gia của Hội Người cao tuổi, Liên hiệp Hội phụ nữ, Thành đoàn tp Cần Thơ.

Ngoài hoạt động chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng, ngày hội còn có các hoạt động ý nghĩa nhân văn như: tặng 300 phần quà cho người có hoàn cảnh khó khăn và học sinh hiếu học (người cao tuổi, phụ nữ, trẻ em), thể dục dưỡng sinh, văn nghệ chào mừng khai mạc,...

Ngày hội cũng là cơ hội giới thiệu và quảng bá các dịch vụ khám chữa bệnh uy tín, tiên tiến của các bệnh viện, phòng khám, cơ sở thẩm mỹ, các sản phẩm chăm sóc sức khỏe-dinh dưỡng của các doanh nghiệp trong và ngoài nước đến với người dân trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

TÀI TRỢ KHÁM BỆNH



ĐỒNG TÀI TRỢ



ĐƠN VỊ THỰC HIỆN:



Giải pháp là thành công

CÔNG TY TNHH DỊCH VỤ QUẢNG CÁO TRANG VÀNG VIỆT NAM
Trụ sở: 35/1C Khu phố 4, Phan Văn Hớn, P. Tân Thới Nhất, Quận 12, Tp. HCM
VPGD: Tầng 3, Toàn Nhà Gia Cát, 316 Lê Văn Sỹ, P.1, Q. Tân Bình, Tp. HCM
028.3991 4187 028.6292.1553 ypcvietnam@gmail.com ypcmedia.vn