

Y HỌC

CỘNG ĐỒNG

ISSN 2354-0613

JOURNAL OF
COMMUNITY
MEDICINE

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



TR15: TỶ LỆ RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPID MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI QUẬN I, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

TR32: THỰC TRẠNG DUY TRÌ ĐIỀU TRỊ ARV TẠI CÁC CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ DỊCH VỤ Y TẾ LIÊN QUAN TẠI MỘT SỐ TỈNH/THÀNH PHỐ, GIAI ĐOẠN 2011-2016

TR58: NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN NHIỄM HELICOBACTER PYLORI CỦA TEST ELISA PHÂN TRONG BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG MẠN TÍNH Ở TRẺ EM

TR112: ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO NĂNG LỰC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN HÀ HOÀ VÀ CÁC TRẠM Y TẾ XÃ TRONG PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP, QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG, GIAI ĐOẠN 2015-2018



Số: 5 (46) tháng 09+10/2018



VIỆN SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

MỤC LỤC

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CHĂM SÓC TRẺ BỆNH CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI BỊ TIÊU CHẨY CẤP ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH VINH PHÚC NĂM 2016

Nguyễn Việt Sơn, Hoàng Năng Trọng, Phạm Thị Dung

Kiến thức và thực hành về phòng chống bệnh sốt rét của người dân 3 xã huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình năm 2017

Phạm Văn Chung, Phạm Văn Trọng, Vũ Phong Túc

Tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại quận I, thành phố Hồ Chí Minh

Nguyễn Mai Vy, Nguyễn Thanh Bình, Trần Thiện Thuận, Nguyễn Văn Tập

Thực trạng sử dụng ma túy và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị methadone tại Trung tâm Y tế huyện Đông Anh, Hà Nội năm 2018

Nguyễn Thị Hậu, Nguyễn Tiến Cương, Đỗ Mai Hoa

Đặc điểm nội soi, mô bệnh học viêm dạ dày, tá tràng nghi do H. Pylori ở bệnh nhi, tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016

Phạm Thu Hiền, Lưu Thị Mỹ Thục

Thực trạng duy trì điều trị ARV tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS và một số yếu tố dịch vụ y tế liên quan tại một số tỉnh/thành phố, giai đoạn 2011-2016

Hoàng Thị Nhiên, Trần Xuân Bách, Phan Thị Thu Hương, Đỗ Thị Nhàn

Thực trạng, một số yếu tố liên quan đến kiến thức về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng của nhân viên trạm y tế xã, huyện Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương

Phạm Thị Phương Dung, Mai Xuân Thu, Trần Hữu Bích

Thực trạng kiến thức, thái độ về tình dục an toàn của học sinh trung học phổ thông xã đảo Quan Lạn, huyện Vân Đồn, tỉnh Quảng Ninh năm 2017

Nguyễn Thị Ái, Nguyễn Thị Thúy Hạnh

Đánh giá kiến thức của bà mẹ sinh con lần đầu về chăm sóc thời kỳ sau sinh và chăm sóc sơ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình

Bùi Minh Tiến

Nghiên cứu giá trị chẩn đoán nhiễm Helicobacter pylori của test ELISA phân trong bệnh viêm loét dạ dày- tá tràng mạn tính ở trẻ em

Lưu Thị Mỹ Thục, Phạm Thu Hiền

Thực trạng véc tơ truyền bệnh sốt rét khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ

Trần Kiên, Trần Quang Trung

Thực trạng vệ sinh môi trường hộ gia đình tại 3 xã huyện Phú Yên tỉnh Sơn La năm 2017

Ngô Thị Nhu, Đặng Thị Ngọc Anh, Lương Văn Hóa

Tỷ lệ sử dụng rượu bia và một số yếu tố liên quan ở người lao động nhập cư trên 18 tuổi xã Tân Phú Trung, huyện Củ Chi, thành phố Hồ Chí Minh

Lê Thị Diễm Trinh, Nguyễn Thanh Bình,

Lê Minh Ngọc Huyền, Lê Văn Tâm, Trần Thiện Thuận

Tối ưu hoá quy trình phát hiện vi khuẩn Brucella bằng phương pháp PCR tổ hợp

Ngô Khánh Phương, Nguyễn Thị Thuỳ Dương, Nguyễn Hồng Đan,
Nguyễn Thành Luân, Lại Thị Minh, Vũ Sinh Nam, Lê Hồng Nga,
Nguyễn Thuý Quỳnh, Đặng Thị Thu Thảo, Bùi Minh Trang, Tống Thị Hà

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

GS.TS. Lê Bách Quang (Chủ tịch)

GS.TS. Đỗ Tất Cường

GS.TS. Đào Văn Dũng

GS.TS. Dunne Michael

GS.TS. Đặng Tuấn Đạt

GS.TS. Phạm Ngọc Đính

GS.TS. Lương Xuân Hiến

GS.TS. Vương Tiến Hòa

GS.TS. Phạm Văn Thức

TỔNG BIÊN TẬP

Đào Văn Dũng

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Trần Quốc Thắng

BAN BIÊN TẬP

Phạm Ngọc Châu (Trưởng ban)

Nguyễn Xuân Bái

Đỗ Hòa Bình

Phạm Văn Dũng

Trần Văn Hưởng

Phạm Vũ Khánh

Nguyễn Văn Lành

Lê Đình Phan

Hoàng Cao Sạ

Đình Ngọc Sỹ

Văn Quang Tân

Võ Văn Thanh

Võ Văn Thắng

Phạm Văn Thao

Ngô Văn Toàn

Nguyễn Đức Trọng

Nguyễn Xuân Trường

Nguyễn Anh Tuấn

Vũ Phong Túc

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

Hiệu quả can thiệp cải thiện quy trình trước vận chuyển cấp cứu ở bệnh nhi tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An	86
Phạm Thu Hiền, Lưu Thị Mỹ Thục, Trần Văn Cương	
Đánh giá việc thực hiện quy trình trước khi vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu ở bệnh nhi tại một số bệnh viện tỉnh Nghệ An	92
Trần Văn Cương, Phạm Thu Hiền	
Tỷ lệ tử vong trên đường vận chuyển cấp cứu ở bệnh nhi trên địa bàn tỉnh Nghệ An	97
Trần Thị Kiều Anh, Lưu Thị Mỹ Thục	
Đánh giá kết quả vi phẫu nối bạch mạch-tĩnh mạch trong di chứng phù bạch mạch sau điều trị ung thư vú	101
Trần Thị Nga , Vũ Quang Vinh	
Sức khỏe tâm thần và một số yếu tố liên quan của học sinh trường THPT Đan Phượng, Hà Nội	107
Bùi Thị Quỳnh Trâm, Nguyễn Trương Nam, Lê Thị Hải Hà, Bùi Văn Hào	
Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực trung tâm y tế huyện Hạ Hoà và các trạm y tế xã trong phòng và điều trị tăng huyết áp, quản lý tăng huyết áp và một số yếu tố ảnh hưởng, giai đoạn 2015-2018	112
Lê Quang Thọ, Ngô Văn Toàn, Nguyễn Bạch Yến	
Nhu cầu sử dụng y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe tại ba huyện thuộc tỉnh Hưng Yên năm 2017	120
Lưu Minh Châu, Đinh Văn Tài	

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CHĂM SÓC TRẺ BỆNH CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI BỊ TIÊU CHẢY CẤP ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH VINH PHÚC NĂM 2016

Nguyễn Viết Sơn¹, Hoàng Năng Trọng², Phạm Thị Dung²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 220 bà mẹ có con dưới 5 tuổi bị tiêu chảy điều trị nội trú tại Bệnh viện Sản - Nhi Vinh Phúc năm 2016 cho thấy: 90%, 85,5% và 77,3% bà mẹ biết đúng nhưng không đầy đủ về dấu hiệu, nguyên nhân, cách phòng bệnh tiêu chảy. 44,5% bà mẹ cho trẻ ăn kiêng. 50,9% và 27,7% các bà mẹ cho trẻ ăn như bình thường và ăn tăng hơn. 66,8%; 71,4% và 22,7% bà mẹ thực hành cho uống ORS, uống kháng sinh, uống thuốc nam tại nhà khi trẻ bị tiêu chảy cấp. 55,0%; 68,6% và 76,8% bà mẹ có mức độ thực hành cho trẻ bú, uống và ăn đúng khi trẻ TC.

Từ khóa: Tiêu chảy, chăm sóc trẻ bệnh.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICAL CARE FOR CHILDHOOD OF MOTHERS WITH CHILDREN UNDER 5 YEARS OF INTERVENTION TREATMENT FOR INFECTIOUS DISEASES IN THE PROVINCIAL DISTRICT OF VINH PHUC PROVINCE IN 2016

Cross-sectional descriptive study of 220 mothers of children under 5 years old with diarrhea inpatient treatment at Vinh Phuc Hospital and Obstetrics and Gynecology Hospital in 2016 found that 90%, 85.5% and 77.3% of mothers knew correctly. But not enough signs, causes, how to prevent diarrhea. 44.5% of mothers fed a fasting diet. 50.9% and 27.7% of mothers fed their children as usual and eaten more. 66.8%; 71.4% and 22.7% of mothers practiced oral ORS, oral antibiotics, and oral medications at home in children with acute diarrhea. 55.0%; 68.6% and 76.8% of mothers practiced feeding, drinking and eating right when they were young.

Key words: Diarrhea, care of ill children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo công bố của Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) mỗi ngày thế giới có 5000 trẻ nghèo dưới 5 tuổi chết vì tiêu chảy. Tiêu chảy là vấn đề y tế toàn cầu, là gánh nặng kinh tế đối với các nước đang phát triển [8].

Tại Việt Nam, trên 50% bệnh nhi nhập viện liên quan đến tiêu chảy [6]. Đảm bảo dinh dưỡng khi trẻ bị tiêu chảy có vai trò rất quan trọng, tuy nhiên, nhiều bà mẹ vẫn chưa hiểu rõ tầm quan trọng của việc chăm sóc dinh dưỡng đối với trẻ tiêu chảy, dẫn đến việc cung cấp dinh dưỡng cho trẻ chưa đầy đủ, đa số trẻ nhập viện chỉ được quan tâm chủ yếu đến điều trị mà bỏ qua vấn đề dinh dưỡng. Tiêu chảy dẫn đến suy dinh dưỡng và khi trẻ bị suy dinh dưỡng lại có nguy cơ bị tiêu chảy cao.

Ở tỉnh Vinh Phúc, chưa có nghiên cứu hay khảo sát nào nhằm tìm hiểu kiến thức, thực hành của bà mẹ về bệnh tiêu chảy đối với trẻ dưới 5 tuổi bị tiêu chảy điều trị tại bệnh viện. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: Tìm hiểu kiến thức, thực hành về bệnh tiêu chảy của bà mẹ có con dưới 5 tuổi bị tiêu chảy điều trị nội trú tại Bệnh viện Sản - Nhi Vinh Phúc năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Tất cả các bà mẹ trực tiếp chăm sóc bệnh nhi từ 1 tháng đến 60 tháng tuổi nhập viện trong vòng 48 giờ, được chẩn đoán xác định là tiêu chảy cấp điều trị tại khoa Nội Nhi, khoa Truyền nhiễm của Bệnh viện Sản - Nhi Vinh Phúc.

Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bà mẹ có trẻ mắc các bệnh lý phối hợp nặng, bà mẹ từ chối tham gia nghiên cứu.

1. Trường trung cấp Y Vinh Phúc; nguyenvietsonytcd@gmail.com, 0982426268
2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: công thức $n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p(1-p)}{(\epsilon p)^2}$

Thay các giá trị trên vào công thức ta tính được $n = 200$

Dự phòng đối tượng từ chối tham gia, chúng tôi chọn 220 đối tượng vào nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bà mẹ trực tiếp chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi vào khoa Nội Nhi và khoa Truyền nhiễm của Bệnh viện Sản - Nhi điều trị, được chẩn đoán xác định là tiêu chảy đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu cho tới khi đủ cỡ mẫu.

Phương pháp thu thập thông tin

Phỏng vấn: Phỏng vấn bà mẹ bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn

Quan sát thực hành của bà mẹ về cách sử dụng Oresol, đánh giá qua bảng kiểm

Các chỉ số, biến số nghiên cứu

Thông tin chung của trẻ bị tiêu chảy dưới 5 tuổi điều trị nội trú

Những thông tin chung về bà mẹ, kiến thức, thực hành về bệnh tiêu chảy của bà mẹ

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng chương trình EPI DATA 3.1 để nhập liệu. Dùng phần mềm SPSS 16.0 để phân tích số liệu với các test thống kê suy luận.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của bà mẹ

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn của bà mẹ (n =220)

Biến số	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		
18 – 30	176	80,0
>30 tuổi	44	20,0
Nghề nghiệp		
Làm ruộng	73	33,2
Buôn bán	39	17,7
Lao động tự do	5	2,3
Nội trợ	4	1,8
Công chức, viên chức	43	19,5
Công nhân	56	25,5
Trình độ học vấn		
Tiểu học, THCS	33	15,0
Trung học phổ thông	121	55,0
Từ trung cấp trở lên	66	30,0
Tổng	220	100,0

80% đối tượng ≤ 30 tuổi, 20% trên 30 tuổi. Làm ruộng 33,2%; công nhân 25,5%, công chức, viên chức 19,5%. Trình

độ học vấn trung học phổ thông 55,0%, trình độ tiểu học, THCS 15%, trình độ từ trung cấp trở lên 30%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ tiếp cận các phương tiện thông tin về bệnh tiêu chảy (n=220)

Các hình thức tiếp cận thông tin		Số lượng	Tỷ lệ %
Không tiếp cận thông tin		0	0,0
Có tiếp cận các thông tin	Qua sách báo	103	46,8
	Qua đài, tivi	153	69,5
	Qua mạng internet	146	66,4
	Nhân viên y tế	86	39,1
	Tranh ảnh, băng rôn	14	6,4
	Bạn bè, người thân	175	79,5

Tất cả các bà mẹ tham gia nghiên cứu đều được tiếp cận các phương tiện thông tin về bệnh tiêu chảy. Trong đó tiếp cận qua bạn bè, người thân chiếm nhiều nhất với 79,5%, qua đài tivi với 69,5%; qua mạng internet chiếm 66,4%; qua sách báo 46,8%; qua nhân viên y tế chiếm 39,1% và qua tranh ảnh băng rôn chiếm thấp nhất với 6,4%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ bà mẹ biết về dấu hiệu của bệnh tiêu chảy

Chỉ tiêu nghiên cứu	Dấu hiệu của bệnh tiêu chảy	
	SL	Tỷ lệ (%)
Biết đúng và đủ	22	10,0
Biết đúng, không đầy đủ	198	90,0
Biết sai/Không biết	0	0,0
Tổng số	220	100,0

Kết quả bảng trên cho thấy, 90% các bà mẹ biết đúng nhưng không đầy đủ về dấu hiệu của bệnh tiêu chảy, chỉ có 10% các bà mẹ biết đúng và đầy đủ. Không có bà mẹ nào biết sai hoặc không biết về dấu hiệu của bệnh tiêu chảy.

Bảng 3.4. Tỷ lệ bà mẹ biết về nguyên nhân gây ra bệnh tiêu chảy

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nguyên nhân gây ra bệnh tiêu chảy	
	SL	Tỷ lệ (%)
Biết đúng và đủ	32	14,5
Biết đúng, không đầy đủ	188	85,5
Biết sai/Không biết	0	0,0
Tổng số	220	100,0

Không có bà mẹ nào biết sai hoặc không biết về nguyên nhân gây ra bệnh tiêu chảy. Có 85,5% các bà mẹ biết đúng nhưng không đầy đủ về nguyên nhân gây ra bệnh tiêu chảy và chỉ có 14,5% các bà mẹ biết đúng và đầy đủ.



Bảng 3.5. Tỷ lệ bà mẹ biết về cách phòng bệnh tiêu chảy

Chỉ tiêu nghiên cứu	Cách phòng bệnh tiêu chảy	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biết đúng và đủ	50	22,7
Biết đúng, không đầy đủ	170	77,3
Biết sai/Không biết	0	0,0
Tổng số	220	100,0

Kết quả bảng trên cho thấy có 77,3% bà mẹ biết đúng nhưng không đầy đủ về cách phòng bệnh tiêu chảy và có 22,7% bà mẹ biết đúng và đầy đủ về cách phòng bệnh tiêu chảy. Không có bà mẹ nào biết sai hoặc không biết về cách phòng bệnh tiêu chảy.

Bảng 3.6. Tỷ lệ bà mẹ biết về cách chăm sóc khi trẻ bị tiêu chảy cấp

Chỉ tiêu nghiên cứu		Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ăn kiêng		Kiêng	98	44,5
		Không kiêng	122	55,5
Mức độ cho trẻ ăn	Đúng	Nhiều hơn	61	27,7
		Bình thường	112	50,9
	Sai	Ít hơn	47	21,4

Kết quả nghiên cứu cho thấy khi trẻ bị tiêu chảy cấp, có 44,5% các bà mẹ cho trẻ ăn kiêng; 55,5% các bà mẹ không cho trẻ ăn kiêng. Trong đó có 50,9% và 27,7% các bà mẹ cho trẻ ăn như bình thường và ăn tăng nhiều hơn so với bình thường, là mức độ cho trẻ ăn đúng. Tuy nhiên vẫn còn 21,4% các bà mẹ cho trẻ ăn ít hơn bình thường hay mức độ cho trẻ ăn sai.

Bảng 3.7. Tỷ lệ bà mẹ biết về cách xử trí tại nhà khi trẻ bị tiêu chảy cấp (n=220)

Chỉ tiêu nghiên cứu		Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Loại nước cho uống	ORS	173	78,6	
	Biết DD thay thế	Cháo muối	139	63,2
		Muối đường	15	6,8
		DD khác	59	26,8
Nấu bữa ăn cho trẻ	Buổi sáng, nấu 1 lần ăn cả ngày	63	28,6	
	Ăn bữa nào nấu bữa đó	137	71,4	

78,6% các bà mẹ biết về cách cho trẻ uống dung dịch ORS, trong đó 63,2% và 26,8% các bà mẹ biết về dung dịch thay thế là dung dịch cháo muối; muối đường. Có 71,4% các bà mẹ biết trẻ ăn bữa nào nấu bữa đó. Có 28,6% các bà mẹ chỉ nấu bữa ăn cho trẻ vào buổi sáng và nấu 1 lần ăn cả ngày.

Bảng 3.8. Tỷ lệ thực hành của bà mẹ về cách xử trí tại nhà khi trẻ bị tiêu chảy cấp

Chỉ tiêu nghiên cứu		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cho uống ORS	Có	147	66,8
	Không	73	33,2
Sử dụng kháng sinh	Có	163	74,1
	Không	57	25,9
Sử dụng cây thuốc nam	Có	50	22,7
	Không	170	77,3

66,8% các bà mẹ thực hành cho uống ORS tại nhà khi trẻ bị TC cấp. Có 71,4% và 22,7% bà mẹ thực hành cho uống kháng sinh, thuốc nam tại nhà khi trẻ bị TC cấp.

Bảng 3.9. Tỷ lệ thực hành của bà mẹ về cách chăm sóc khi trẻ bị tiêu chảy

Chỉ tiêu nghiên cứu	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ cho trẻ bú	Đúng	121	55,0
	Sai	99	45,0
Mức độ cho trẻ uống	Đúng	151	68,6
	Sai	69	31,4
Mức độ cho trẻ ăn	Đúng	169	76,8
	Sai	51	23,2

55,0%; 68,6% và 76,8% các bà mẹ có mức độ thực hành cho trẻ bú, uống, ăn đúng (cho trẻ bú, uống, ăn như bình thường hoặc bú tăng nhiều hơn).

III. BÀN LUẬN

Bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ em là bệnh được khuyến khích điều trị tại nhà, vì vậy kiến thức, thái độ và kỹ năng thực hành của bà mẹ càng có ý nghĩa đối với kết quả tự điều trị, là nhân tố quyết định giảm mắc tiêu chảy cấp ở trẻ em và giảm tử vong.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 80% bà mẹ ≤ 30 tuổi, 20% >30 tuổi. Tương đồng về nhóm tuổi trong nghiên cứu của tác giả Trương Thanh Phương khi tìm hiểu kiến thức, hành vi của các bà mẹ tại xã Ba Trinh, huyện Kế Sách, Sóc Trăng, nhóm tuổi 18-30 chiếm tỷ lệ cao nhất 86,5%. Thấp nhất là nhóm 41-49 tuổi 0,5% [5].

Nghề nghiệp chủ yếu là làm ruộng 33,2%; công nhân 25,5%, công chức, viên chức 19,5%. Trình độ học vấn chủ yếu là THPT 55,0%, tiểu học, THCS 15%, trình độ TC, CĐ, ĐH, trên ĐH 30%. Nghiên cứu của tác giả Bửu Hạnh,

cho thấy bà mẹ ở nhóm tuổi ≥ 25 chiếm cao nhất 82,8%; và nghề nghiệp là công nhân cao nhất 50,7%. Trình độ học vấn khá đồng đều ở 3 cấp bậc học, chiếm ít nhất là CĐ, ĐH 10,2% [2].

Tất cả các bà mẹ tham gia nghiên cứu đều được tiếp cận các phương tiện thông tin về bệnh tiêu chảy, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Hồng Phúc khi vẫn còn nhiều bà mẹ chưa nhận được thông tin với 23,9% [4].

Trong đó tiếp cận qua cận qua CBYT còn thấp 39,1% cho thấy vai trò chủ đạo trong truyền thông rộng rãi về mặt sức khỏe cho người dân chưa đi vào chiều rộng lẫn chiều sâu, do đó cần phải phát huy hơn nữa vai trò của CBYT trong tuyên truyền giáo dục sức khỏe. Trong khi đó tác giả Lê Hồng Phúc khi nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ có con dưới 5 xử trí bệnh tiêu chảy tại xã Vinh An, Ba Tri, Bến Tre cho thấy đa số bà mẹ lại nhận được nguồn thông tin từ các nhân viên y tế 44,6% [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 90% bà mẹ biết đúng nhưng không đầy đủ về dấu hiệu của bệnh tiêu chảy, chỉ có 10% các bà mẹ biết đúng và đầy đủ. Nghiên cứu của tác



già Đỗ Quang Thành cho thấy tỷ lệ bà mẹ biết đúng định nghĩa là tiêu chảy khá cao, trên 90%. Nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Nguyên cho thấy bà mẹ nhận biết đúng định nghĩa gồm 3 tính chất là 10,4%; biết được 2/3 tính chất là 51,2% [3].

Có rất nhiều nguyên nhân gây nên bệnh cảnh lâm sàng về tiêu chảy trẻ em dưới 05 tuổi được đề cập đến. Tuy nhiên một số nhóm chính được coi là trọng tâm như do virus, do vi khuẩn, do ký sinh trùng, do nấm. Trong nghiên cứu của chúng tôi 85,5% các bà mẹ biết đúng nhưng không đầy đủ về nguyên nhân gây bệnh tiêu chảy và chỉ có 14,5% bà mẹ biết đúng và đầy đủ. Hiểu biết về nguyên nhân gây tiêu chảy có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh tiêu chảy của trẻ do vậy khi giáo dục truyền thông, CBYT nên giúp đỡ cho đối tượng hiểu rõ hơn về các nguyên nhân gây bệnh giúp cho bà mẹ có thể phòng tránh tốt hơn. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Vinh: 0,3% bà mẹ không biết về nguyên nhân gây tiêu chảy; 70,7% biết đúng 1 nguyên nhân và 29,9% biết đúng tất cả các nguyên nhân gây ra tiêu chảy [1], [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 77,3% bà mẹ biết đúng nhưng không đầy đủ về cách phòng bệnh tiêu chảy và 22,7% bà mẹ biết đúng và đầy đủ. Điều này có thể giải thích rằng trong hiểu biết về phòng bệnh có 7 nội dung thì 2 nội dung “rửa tay thường quy” và “xử lý phân an toàn” các bà mẹ thường không quan tâm nên hiểu biết đủ cần phải hội đủ 7/7 nội dung là điều khó thực hiện được. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Thanh Phương với tỷ lệ biết không đủ (78,4%), biết đủ (20,4%) [5].

Chế độ ăn cho trẻ bị tiêu chảy góp phần quan trọng vào kết quả điều trị cũng như phòng chống SDD cho trẻ. Khi trẻ bị tiêu chảy cấp, có 44,5% bà mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi cho rằng nên cho trẻ ăn kiêng; 55,5% các bà mẹ không cho trẻ ăn kiêng. Trong đó có 50,9% và 27,7% bà mẹ cho trẻ ăn như bình thường và ăn tăng. Tuy nhiên vẫn còn 21,4% bà mẹ cho rằng nên cho trẻ ăn ít hơn bình thường. Nghiên cứu tại Sóc Trăng cũng cho thấy số bà mẹ cho trẻ ăn kiêng 11,5% [5]. Tác giả Nguyễn Quang Vinh cũng cho thấy 13,8% bà mẹ không dám cho con ăn; 23,7% cho ăn nhưng ít đi và kiêng chất tanh béo; chỉ 41,8% cho ăn như bình thường và 20,7% là cho ăn nhiều hơn [7].

Việc bù dịch bằng đường uống khi tiêu chảy là biện pháp quan trọng trong chăm sóc trẻ. 78,6% bà mẹ biết về cách cho trẻ uống ORS, 63,2%; 26,8% bà mẹ biết về dung

dịch thay thế là cháo muối; muối đường. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Ánh về kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống bệnh tiêu chảy của bà mẹ cho thấy 70,7% bà mẹ biết sử dụng tại nhà ORS và nước cháo muối 24,3% [1]. Tương đồng với kết quả của tác giả Trương Thanh Phương với đa số bà mẹ đều sử dụng Oresol khi trẻ bị mắc tiêu chảy (84,0%), nước cháo muối (29,5%), nước hoa quả (18,2%) [5].

Hiện nay trong nhân dân hay có quan niệm dùng các thuốc điều trị tiêu chảy, như thuốc giảm nhu động ruột, thuốc chống nôn, kháng sinh hay thuốc nam,... Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 71,4% bà mẹ thực hành cho uống kháng sinh tại nhà khi trẻ bị tiêu chảy cấp. Tỷ lệ này là rất cao, việc lạm dụng kháng sinh đã xảy ra ở nhiều nơi, cũng không ít những thầy thuốc, dược sĩ còn phạm sai lầm trong điều trị tiêu chảy cấp ở trẻ em gây nguy hiểm cho trẻ chưa kể tốn tiền vô ích. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có 22,7% các bà mẹ thực hành sử dụng cây thuốc nam tại nhà khi trẻ bị tiêu chảy cấp. Cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Quang Vinh với tỷ lệ chỉ là 7,4%. Nguyên nhân có thể do thuốc nam sẵn có, dễ tìm và không mất tiền, nếu dùng đúng, sẽ có tác dụng tốt, mặt khác không đúng, có tác dụng không tốt và rất dễ gây nhiễm khuẩn làm cho bệnh nặng hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 55,0%; 68,6%; 76,8% bà mẹ có mức độ thực hành cho trẻ bú, uống và ăn đúng (như bình thường hoặc tăng). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Vinh có 1,3% bà mẹ không dám cho bú vì nghĩ bệnh nặng thêm, đa số các bà mẹ cho trẻ bú bình thường chiếm 54% và 42,6% cho trẻ bú nhiều. 3,1% bà mẹ không dám cho uống vì sợ tiêu chảy nhiều hơn; 5,2% hạn chế cho uống, và 51% bà mẹ vẫn cho trẻ uống nhiều hơn [7].

IV. KẾT LUẬN

- 90%, 85,5% và 77,3% bà mẹ biết đúng nhưng không đầy đủ về dấu hiệu, nguyên nhân, cách phòng bệnh tiêu chảy.

- 44,5% bà mẹ cho trẻ ăn kiêng. 50,9% và 27,7% các bà mẹ cho trẻ ăn như bình thường và ăn tăng nhiều hơn so với bình thường.

- 66,8%; 71,4% và 22,7% bà mẹ thực hành cho uống ORS, uống kháng sinh, uống thuốc nam tại nhà khi trẻ bị tiêu chảy cấp.

- 55,0%; 68,6% và 76,8% bà mẹ có mức độ thực hành cho trẻ bú, uống và ăn đúng khi trẻ TC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Ánh (2008), *Khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống bệnh tiêu chảy của bà mẹ có con <5 tuổi tại Tân thành, Tân Phước Hưng, huyện Phụng Hiệp, tỉnh Hậu Giang*, Luận án CK1 Y tế công cộng, Đại học Y Dược Huế.
2. Bửu Hạnh, Nguyễn Thị Thanh, Nguyễn Tuấn Khiêm (2013), “*Đánh giá kiến thức, thái độ về phòng và xử trí bệnh tiêu chảy của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại trung tâm y tế Hòa Thành, Tây Ninh 2012*”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 17, tr. 66-70.
3. Lê Thanh Nguyên (2016), *Kiến thức, thực hành của bà mẹ có con từ 3-5 tuổi về chăm sóc dinh dưỡng trẻ tiêu chảy tại các trường mẫu giáo thị xã Lagi tỉnh Bình Thuận*, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ Y học dự phòng, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
4. Lê Hồng Phúc, Lý Văn Xuân (2006), “*Kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi trong xử trí bệnh tiêu chảy cấp trẻ em tại nhà ở xã Vĩnh An huyện Ba Tri, tỉnh Bến Tre năm 2004*”, Y Học TP. Hồ Chí Minh Tập 10, tr. 181-184.
5. Trương Thanh Phương (2009), *Nghiên cứu bệnh tiêu chảy ở trẻ dưới 5 tuổi và kiến thức, hành vi của các bà mẹ tại xã Ba Trinh, huyện Kế Sách, Sóc Trăng*, Luận án CK cấp 1, Đại học Y Dược Huế.
6. Viện Dinh dưỡng (2011), “*Tình hình dinh dưỡng Việt Nam năm 2009-2010*”.
7. Nguyễn Quang Vinh (2007), *Kiến thức, thái độ thực hành của bà mẹ về một số yếu tố liên quan trong phòng - xử trí bệnh tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Đăk Ha, Kon Tum*, Luận văn Thạc sỹ YTCC, Đại học Y tế Công cộng.
8. UNICEF (2004), “*Facts of life diarrhoea*”.



KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH SỐT RÉT CỦA NGƯỜI DÂN 3 XÃ HUYỆN MINH HÓA, TỈNH QUẢNG BÌNH NĂM 2017

Phạm Văn Chung¹, Phạm Văn Trọng², Vũ Phong Túc²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện với sự tham gia của 386 người dân huyện Minh Hóa tỉnh Quảng Bình về kiến thức, thực hành phòng chống bệnh sốt rét của người dân cho kết quả: Người dân có kiến thức đúng còn thấp: 34,7% biết nguyên nhân, 54,7% biết về tác nhân gây bệnh và biết đúng về triệu chứng 50,8%. Tỷ lệ người dân trả lời đúng về các biện pháp phòng bệnh sốt rét là 53,7% và giặt màn đúng cách sau khi tắm hóa chất diệt muỗi là 42%. Thực hành của người dân về ngủ màn thường xuyên là 77,5%. Tỷ lệ người dân tắm màn bằng hóa chất là khá cao 97,3%, giặt màn đúng sau khi tắm là 73,2%, và phơi màn đúng cách sau khi tắm là 51,8%.

Từ khóa: Bệnh sốt rét, ký sinh trùng

ABSTRACT:

KNOWLEDGE AND PRACTICE ON MALARIA PREVENTION IN 3 COMMUNES OF MINH HOA DISTRICT, QUANG BINH PROVINCE IN 2017

The cross-sectional study was implemented among 386 people to describe the knowledge and practice on malaria prevention in 3 communes in Minh Hoa District, Quang Binh Province in 2017. The results showed that the percentage of people having correct knowledge was 34.7%. In specific, those who known the cause, the pathogen and the symptom correctly were 34.7%, 54.7% and 50.8% respectively. The rate of correctly responded about malaria prevention measures was 53.7%. People who known how to wash insecticide-treated mosquito nets properly were 42.0%. Regarding to practice, the percentage of population sleeping under the nets regularly was 77.5%. Those who treated the net with insecticides, washed insecticide-treated mosquito nets properly and hanged up the treated net to finish drying were 97.3%, 73.2% and 51.8% respectively.

Key words: Malaria, parasite

1. Trung tâm y tế huyện Minh Hóa tỉnh Quảng Bình
2. Trường đại học Y Dược Thái Bình

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Minh Hóa là huyện có điều kiện tự nhiên, khí hậu rất thuận lợi cho sự phát sinh và phát triển bệnh sốt rét và là nơi cư trú chủ yếu của các dân tộc thiểu số như Chứt, Khùa, Mày... nên nhận thức về phòng chống sốt rét còn hạn chế. Chính vì vậy tình hình sốt rét còn phức tạp, mặc dù, chương trình phòng chống sốt rét đã đạt được những kết quả đáng kể nhưng mầm bệnh sốt rét vẫn còn, ký sinh trùng sốt rét tại chỗ và sốt rét ngoại lai. Vấn đề nguy cơ sốt rét quay trở lại do biến động thời tiết, môi trường là rất lớn. Để xác định tỷ lệ mắc bệnh sốt rét và trả lời câu hỏi kiến thức và thực hành của người dân về phòng chống sốt rét như thế nào? Nhằm góp phần giúp lãnh đạo y tế và chính quyền địa phương nắm thực trạng, tình hình đưa ra những giải pháp phù hợp để công tác phòng chống bệnh sốt rét được tốt hơn. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

Đánh giá kiến thức và thực hành về phòng chống bệnh sốt rét của người dân 3 xã huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình năm 2017

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình. Quảng Bình là một tỉnh có 6 huyện và 1 thành phố.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Các bệnh án, sổ sách ghi chép, tài liệu lưu trữ về quản lý, điều trị, theo dõi BNSR ở 15 xã và 1 thị trấn và ở Bệnh viện Đa khoa huyện từ 2013-2017.

- Người dân có độ tuổi từ 18 tuổi trở lên không phân biệt giới tính, dân tộc, tôn giáo đã sống trên địa bàn nghiên cứu tối thiểu từ 12 tháng trở lên tại 3 xã Dân Hóa, Trọng Hóa và Trung Hóa.

*** Thời gian nghiên cứu**

- Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/8/2017 - tháng 30/5/2018.
- Tiến hành hồi cứu các thông tin về tình hình sốt rét từ tháng 1/2013 - 12/2017

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu ngang mô tả có phân tích

Chọn mẫu và cỡ mẫu

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

Từ công thức chúng tôi tính được cỡ mẫu là 384 người trên thực tế chúng tôi đã điều tra được 386 người dân.

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 DATA ENTRY 3.1 và phân tích, xử lý số liệu theo phần mềm thống kê SPSS 20.0.
- Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ người dân biết tác nhân gây bệnh sốt rét

Tác nhân	Nhóm xã 1 (n=202)		Nhóm xã 2 (n=184)		Chung (n=386)	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Vi khuẩn	17	8,4	6	3,3	23	6,0
Vi rút	40	19,8	24	13,0	64	16,6
KST sốt rét	34	16,8	100	54,4	134	34,7
Không biết	111	55,0	54	29,3	165	42,7

Qua bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ người dân biết về nguyên nhân gây bệnh sốt rét là 34,7%. Tỷ lệ người dân không biết nguyên nhân sốt rét chiếm 42,7%, 16,6% cho là nguyên nhân

là do vi rút và 6,0% cho là do vi khuẩn. Ở nhóm xã 2 có tỷ lệ trả lời đúng cao hơn gấp 3 lần nhóm xã 1. Trong đó nhóm xã 2 trả lời đúng chiếm tỷ lệ 54,4% và nhóm xã 1 trả lời đúng là 16,8%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ người dân biết nguyên nhân lây truyền bệnh sốt rét

Nguyên nhân	Nhóm xã 1 (n=202)		Nhóm xã 2 (n=184)		Chung (n=386)	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Nước uống	5	2,5	5	2,7	10	2,6
Môi trường	52	25,7	9	4,9	61	15,8
Muỗi đùn xóc (Muỗi Anophen)	68	33,7	143	77,7	211	54,7
Không biết	77	38,1	27	14,7	104	26,9

Qua bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ người dân biết về tác nhân lây truyền bệnh sốt rét là 54,7%. Tỷ lệ người dân không biết về tác nhân gây bệnh sốt rét chiếm 26,9%. Một số

người cho là do môi trường, nước uống (15,8%; 2,6%). Trong đó nhóm xã 2 có tỷ lệ trả lời đúng là 77,7%, nhóm xã 1 là 33,7%.



Bảng 3.4. Tỷ lệ người dân biết triệu chứng đặc hiệu của bệnh sốt rét

Triệu chứng	Nhóm xã	Nhóm xã 1 (n=202)		Nhóm xã 2 (n=184)		Chung (n=386)	
		Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Rét run, sốt nóng và vã mồ hôi		97	48,0	99	53,8	196	50,8
Sốt		48	23,8	52	28,3	100	25,9
Ốn lạnh		1	0,5	6	3,3	7	1,8
Không biết		56	27,2	27	13,6	83	21,5

Qua bảng 3.4 cho thấy cả hai nhóm xã có tỷ lệ người dân biết về triệu chứng đặc hiệu của bệnh sốt rét là tương đương nhau. Trong đó nhóm xã 1 có tỷ lệ trả lời đúng là 48%, nhóm xã 2 trả lời đúng chiếm 53,8%. Có 25,9 % đối

tượng cho là sốt, 21,5 đối tượng không biết và thấp nhất là ớn lạnh 1,8%. Tỷ lệ đối tượng trả lời đúng về triệu chứng đặc hiệu của bệnh sốt rét là 50,8%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ người dân biết biện pháp phòng bệnh sốt rét

Biện pháp phòng	Nhóm xã	Nhóm xã 1 (n=202)		Nhóm xã 2 (n=184)		Chung (n=386)	
		Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Phun hóa chất diệt muỗi		21	10,4	2	1,1	23	6,0
Nằm màn, tẩm hóa chất		65	32,2	51	27,7	116	30,1
Nằm màn khi ngủ		16	7,9	17	9,2	33	8,5
Nằm màn khi ngủ trong rừng		6	3,0	2	1,1	8	2,1
Tất cả các ý trên		94	46,5	112	60,9	206	53,4

Qua bảng 3.5 cho thấy nhóm xã 2 có tỷ lệ người dân trả lời đúng cao hơn nhóm xã 1 về các biện pháp phòng

bệnh sốt rét. Trong đó nhóm xã 2 là 60,9%, nhóm xã 1 là 46,5%. Cả 2 nhóm có tỷ lệ trả lời đúng 53,7%.

Bảng 3.6. Tỷ lệ người dân thường xuyên ngủ màn

Mức độ sử dụng	Nhóm xã	Nhóm xã 1 (n=202)		Nhóm xã 2 (n=184)		Chung (n=386)	
		Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Thường xuyên		119	58,9	180	97,8	299	77,5
Không thường xuyên		58	28,7	4	2,2	62	16,1
Không bao giờ		25	12,4	0	-	25	6,5

Qua bảng 3.6 cho thấy nhóm xã 2 có tỷ lệ người dân ngủ màn thường xuyên cao hơn ở nhóm xã 1. Trong đó nhóm xã 2 là chiếm tỷ lệ 97,8%, nhóm xã 1 là 58,9%. Ở nhóm xã 1 người

màn không thường xuyên chiếm 28,7%, nhóm xã 2 là 2,2%, và ở nhóm xã 1 có tỷ lệ 12,4% không bao giờ ngủ màn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Bảng 3.7. Tỷ lệ người dân có giặt màn tẩm hóa chất

Giặt màn	Nhóm xã	Nhóm xã 1 (n=177)		Nhóm xã 2 (n=184)		Chung (n=361)	
		Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
6 tháng 1 lần		109	61,6	155	84,2	264	73,2
Một năm 1 lần		27	15,3	14	7,6	41	11,4
Không giặt		41	5,1	0	-	41	11,4

Qua bảng 3.7 cho thấy cả 2 nhóm xã có tỷ lệ người dân giặt màn đúng sau khi tẩm là 73,2%. Trong đó nhóm xã 2 giặt màn tẩm hóa chất chiếm tỷ lệ 84,2%, nhóm xã 1 chiếm tỷ lệ 61,6%. Còn lại chọn 1 năm giặt một lần và không giặt 11%.

Bảng 3.8. Tỷ lệ người dân sử dụng thuốc điều trị sốt rét

Cách sử dụng thuốc điều trị	Nhóm xã	Nhóm xã 1 (n=76)		Nhóm xã 2 (n=30)		Chung (n=106)	
		Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Uống thấy hết sốt là dừng		16	21,0	6	20,0	22	20,8
Uống hết liều theo hướng dẫn		60	79,0	24	80,0	84	79,2
Tổng		76	100	30	100	106	100

Qua bảng 3.8 cho thấy cả 2 nhóm xã có tỷ lệ sử dụng thuốc đúng cách chiếm tỷ lệ 79,2%, số còn lại thì sử dụng thuốc đúng cách ngang nhau. Tỷ lệ đối tượng sử dụng thuốc hết sốt thì không uống nữa.

Bảng 3.9. Biện pháp phòng chống sốt rét tại gia đình (n=386)

Phòng chống SR	Có		Không	
	Tần số	%	Tần số	%
Nhà được phun hóa chất diệt muỗi	183	47,4	203	52,6
Thường xuyên quét dọn, phát quang bụi rậm, khai thông cống rãnh phòng chống muỗi	367	95,1	19	4,9

Qua bảng 3.9 cho thấy cả tỷ lệ đối tượng được phun hóa chất diệt muỗi là 47,4%, có vệ sinh quét dọn nhà cửa, phát quang bụi rậm khai thông cống rãnh chiếm tỷ 95,1%.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ đối tượng điều tra trả lời đúng về nguyên nhân lây bệnh sốt rét là 54,7%. Trong đó nhóm xã 2 có tỷ lệ trả lời đúng là (77,7%) cao gấp hơn 2 lần nhóm xã 1 là 33,7%. Tỷ lệ người dân không biết về nguyên nhân lây bệnh sốt rét chiếm 26,9%. Một số người cho là do môi trường, nước uống (15,8%; 2,6%). Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Dương đồng bào RagLai về phòng chống

sốt rét tại một số xã thuộc huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa thì hiểu biết đúng về nguyên nhân gây bệnh là do muỗi đốt (62,4%) [9]. Hiểu biết về kiến thức phòng chống sốt rét giúp cho người dân chủ động trong công tác phòng chống sốt rét. Theo nghiên cứu của Hoàng Hà đánh giá biện pháp phòng chống sốt rét tại 2 xã trọng điểm vùng biên giới Việt - Lào thì nhờ truyền thông trực tiếp, quản lý bệnh nhân di biến động liên tục nên phát hiện được bệnh nhân nhiễm sốt rét và phòng được sốt rét ác tính [18]. Tỷ lệ đạt kiến thức chung thấp (36,3%) có thể trong những năm gần đây bệnh sốt rét đã có phần giảm nên sự quan tâm của người dân về bệnh cũng giảm



xuông, vì thế hiểu biết của người dân về bệnh qua điều tra cũng không cao. Đây là điều cần phải được cải thiện từ phía người làm công tác PCSR cũng như các cấp lãnh đạo cần quan tâm để [50].

Khi hỏi về giặt màn tẩm hóa chất diệt muỗi thì cả 2 nhóm xã thực hành giặt màn đúng chiếm tỷ lệ 73,1%. Trong đó nhóm xã 2 giặt màn tẩm hóa chất chiếm tỷ lệ 84,2%, nhóm xã 1 chiếm tỷ lệ 61,6%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng tại xã Phú Lý, huyện Vĩnh Cửu, tỉnh Đồng Nai năm 2010 có 66,8% thực hành giặt màn đúng.

V. KẾT LUẬN

- Người dân có kiến thức đúng còn thấp: 34,7% biết nguyên nhân, 54,7% biết về tác nhân gây bệnh và biết đúng về triệu chứng 50,8%.

- Tỷ lệ người dân trả lời đúng về các biện pháp phòng bệnh sốt rét là 53,7% và giặt màn đúng cách sau khi tẩm hóa chất diệt muỗi là 42%.

- Thực hành của người dân về ngủ màn thường xuyên là 77,5%. Tỷ lệ người dân tẩm màn bằng hóa chất là khá cao 97,3%, giặt màn đúng sau khi tẩm là 73,2%, và phơi màn đúng cách sau khi tẩm là 51,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Dương, Trần Văn Hương, Nguyễn Văn Tập và cộng sự (2017), Nghiên cứu kiến thức, thực hành của đồng bào RagLai về phòng chống sốt rét tại một số xã thuộc huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa, Tạp chí Y học dự phòng, Tập 27 - Phụ bản 2.
2. Hoàng Hà (2014), Nghiên cứu thực trạng sốt rét và đánh giá kết quả can thiệp phòng chống sốt rét tại một số xã biên giới của huyện Hướng Hóa, tỉnh Quảng Trị, Luận án tiến sĩ y học – Đại học Huế
3. Nguyễn Văn Khởi (2013), Tỷ lệ được cấp thuốc tự điều trị và kiến thức thực hành tự điều trị sốt rét ở người đi rừng, ngủ rẫy tại xã Đak O, huyện Bù Gia Mập, tỉnh Bình Phước, Tạp chí Y học dự phòng, số 10, tr. 146.
4. Nguyễn Khang Sơn, Phạm Trung Kiên (2011), Thực trạng bệnh sốt rét và công tác phòng chống sốt rét tại Thạch An, Cao Bằng từ năm 2007-2009, Tạp chí Y học thực hành, (783), số, tr. 9.
5. Zhou G, Delenasaw Yewhalaw, et al. (2016), Analysis of asymptomatic and clinical malaria in urban and suburban settings of southwestern Ethiopia in the context of sustaining malaria control and approaching elimination, Zhou et al. Malar J, 15, pp. 250.

TỶ LỆ RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPID MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI QUẬN 1, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Mai Vy¹, Nguyễn Thanh Bình¹, Trần Thiện Thuận², Nguyễn Văn Tập²

TÓM TẮT

Nhằm mục đích tìm hiểu tỷ lệ rối loạn lipid máu ở người cao tuổi, và khảo sát các yếu tố liên quan khác như tuổi, tình trạng sống chung, tư vấn của nhân viên y tế, hành vi nguy cơ, các bệnh lý nền kèm theo và đề ra những biện pháp chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ở Quận 1, TP.HCM năm 2018. Một nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang, được tiến hành trên 296 người cao tuổi sinh sống trên địa bàn quận 1. Kết quả thu được: tỷ lệ người cao tuổi có rối loạn chuyển hóa lipid máu là 43,6%, trong đó nam có rối loạn lipid là 33,1% và nữ là 51,5%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ rối loạn lipid máu ở người cao tuổi với giới tính, thu nhập của hộ gia đình hàng tháng, tình trạng béo phì trung tâm, từng uống rượu bia và có uống rượu bia trong vòng 12 tháng qua ($p < 0,05$).

Từ khóa: Rối loạn chuyển hóa lipid máu, người cao tuổi.

ABSTRACT

THE PROPORTION OF DYSLIPIDEMIA AND RELATED FACTORS IN THE ELDERLY IN DISTRICT 1, HO CHI MINH CITY

Aim of the study was to determine the prevalence of dyslipidemia in the elderly, and to examine other relevant factors such as age, cohabitation status, counseling of medical workers, risk behaviours, medical history and proposing the measures healthcare related for the elderly in District 1, Ho Chi Minh City. An analytical cross-sectional study was conducted on 296 elderly people living in District 1. According to the results, the proportion of the elderly with dyslipidemia was 43.6%, in which men with lipid disorders are 33.1% and women are 51.5%. There was a statistically significant relationship between the rating of dyslipidemia in the elderly and genders, household income per month, central obesity status, had been and have been consuming alcohol in the last 12 months ($p < 0.05$).

Key word: Dyslipidemia, elderly.

1. Trung tâm Y tế Quận 1, tp Hồ Chí Minh, SĐT: 0937035062, Email: maivy0802@gmail.com
2. Khoa Y tế Công cộng – ĐH Y Dược TP Hồ Chí Minh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Báo cáo của Atlas toàn cầu về phòng chống bệnh tim mạch trong số 57 triệu ca tử vong toàn cầu do nhồi máu cơ tim và đột quỵ trong năm 2008, có đến 17,3 triệu ca (30%), là do các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, tăng lượng đường trong máu, tăng lipid máu bất thường và béo phì[10]. Những thói quen không tốt, chế độ ăn uống không phù hợp, không tập thể dục và căng thẳng thường xuyên làm tăng nguy cơ mắc bệnh rối loạn lipid máu đặc biệt là ở người cao tuổi. Mới đây tại Việt Nam một cuộc điều tra dịch tễ học mô hình bệnh tật sức khỏe ở người cao tuổi do Viện Lão khoa Quốc gia tiến hành trên cả nước cho thấy trung bình một người cao tuổi có khoảng 3 bệnh lý rối loạn, các bệnh lý rối loạn có xu hướng tăng nhanh như đái tháo đường, rối loạn lipid máu, trầm cảm,... Tình trạng già hóa và tỷ lệ người cao tuổi trong dân số cao sẽ làm tăng nhu cầu chăm sóc sức khỏe trong thời gian tới. Do đó cần thiết tìm hiểu tỷ lệ rối loạn lipid máu ở người cao tuổi, và khảo sát các yếu tố liên quan nhằm đưa ra những biện pháp chăm sóc người cao tuổi tốt hơn và giúp cho ngành y tế có sự chuẩn bị cũng như kế hoạch đầu tư cho nhân lực, vật lực kịp thời.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang trên đối tượng là người cao tuổi sinh sống trên địa bàn quận 1 năm 2018.

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

P được chọn là 0,77 theo nghiên cứu tại Phú Yên năm 2013[3]. Sai số tối đa cho phép $d = 0,05$. Suy ra tính được cỡ mẫu $n = 268,8$. Cỡ mẫu cuối cùng của nghiên cứu sau khi dự trừ mất mẫu 10% là 296 người cao tuổi.

Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi chuẩn khảo sát cho phù hợp với đối tượng nghiên cứu. [9] bệnh không lây của Tổ chức Y tế thế giới (WHO STEPS Instrument) đã được chuẩn hóa tiếng Việt và điều chỉnh

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1 : Tỷ lệ rối loạn lipid ở người cao tuổi (n=296)

Đặc tính mẫu	Chung	Giới tính	
		Nam	Nữ
Rối loạn chuyển hóa lipid (n = 296)			
Có	129 (43,6%)	42 (33,1%)	87 (51,5%)
Không	167 (56,4%)	85 (66,9%)	82 (48,5%)
Cholesterol toàn phần (n = 296)			
Bình thường	201 (67,9%)	100 (78,7%)	101 (59,8%)
Cao	95 (32,1%)	27 (21,3%)	68 (40,2%)
HDL cholesterol (n = 296)			
Bình thường	292 (98,7%)	125 (98,4%)	167 (98,8%)
Thấp	4 (1,3%)	2 (1,6%)	2 (1,2%)
LDL cholesterol (n = 296)			
Bình thường	278 (94,0%)	122 (96,1%)	156 (92,3%)
Cao	18 (6,0%)	5 (3,9%)	13 (7,7%)
Triglyceride (n = 296)			
Bình thường	235 (79,4%)	106 (83,5%)	129 (76,3%)
Cao	61 (20,6%)	21 (16,5%)	40 (23,7%)

Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người cao tuổi có rối loạn chuyển hóa lipid máu là 43,6%, trong đó nam là 33,1% và nữ là 51,5%. Tỷ lệ rối loạn lipid trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự 80,3%[4], nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Loan và cộng sự 71,7%. Sự chênh lệch này có lẽ do sự khác biệt trong đối tượng chọn mẫu,

các đối tượng trong 2 nghiên cứu trên đều là ở người cao tuổi có bệnh rối loạn chuyển hóa kèm theo như tăng huyết áp hoặc đái tháo đường. Tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu theo giới trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Mỹ Loan, trong đó nam giới có rối loạn chuyển hóa lipid máu thấp hơn so với nữ giới. [5]

Bảng 3.2: Mối liên quan giữa rối loạn chuyển hóa lipid máu với các đặc điểm dân số xã hội của mẫu nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	RLCH lipid máu		p	PR (KTC 95%)
	Có (%)	Không (%)		
Giới tính (n = 296)				
Nam	42 (33,1)	85 (66,9)	0,002	0,64 (0,48 – 0,86)
Nữ	87 (51,5)	82 (48,5)		
Nhóm tuổi (n = 296)				
60 – 79 tuổi	115 (44,9)	141 (55,1)	0,24	1,28 (0,82 – 1,99)
≥80 tuổi	14 (35,0)	26 (65,0)		
Trình độ học vấn (n = 296)				
Không biết chữ/Dưới C1	16 (50,0)	16 (50,0)	0,75*	1
Cấp 1	22 (48,9)	23 (51,1)		0,98 (0,62 – 1,54)
Cấp 2	32 (42,7)	43 (57,3)		0,85 (0,55 – 1,32)
Cấp 3	29 (43,9)	37 (56,1)		0,88 (0,57 – 1,37)
Sau cấp 3	30 (38,5)	48 (61,5)		0,77 (0,49 – 1,20)
Nghề nghiệp trước nghỉ hưu(n = 296)				
Nội trợ	27 (52,9)	24 (47,1)	0,29	1
Công nhân viên chức	39 (37,1)	66 (62,9)		0,70 (0,49 – 1,00)
Buôn bán, kinh doanh	37 (44,1)	47 (55,9)		0,83 (0,58 – 1,18)
Khác	26 (46,4)	30 (53,6)		0,88 (0,60 – 1,28)
Nghề nghiệp hiện tại (n = 296)				
Lao động chân tay	21 (45,6)	25 (54,4)	0,85*	1
Lao động trí thức	02 (33,3)	04 (66,7)		0,73 (0,22 – 2,36)
Nghỉ ngơi	106 (43,4)	138 (56,6)		0,95 (0,67 – 1,34)
Thu nhập hàng tháng(n = 296)				
<3.000.000 đ	14 (73,7)	05 (26,3)	0,006*	1
3.000.000 – <5.000.000 đ	13 (59,1)	09 (40,9)		0,80 (0,52 – 1,25)
5.000.000 – <7.000.000 đ	12 (30,8)	27 (69,2)		0,42 (0,24 – 0,72)
≥7.000.000 đ	34 (35,8)	61 (64,2)		0,49 (0,33 – 0,71)
Từ chối trả lời	56 (46,3)	65 (53,7)		0,63 (0,45 – 0,87)
Sống chung (n = 296)				
Sống chung người thân	123 (44,1)	156 (55,9)	0,48	1,25 (0,65 – 2,41)
Sống một mình	06 (35,3)	11 (64,7)		



*: Phép kiểm chính xác Fisher

Trong số 296 đối tượng nghiên cứu tỷ lệ nữ giới là 57,1%, nam giới là 42,9. Nhóm tuổi từ 60 – 79 tuổi chiếm tỷ lệ khá cao 86,5%. Về trình độ học vấn đa số đối tượng có trình độ cao, bao gồm cấp 2 là 25,3%, cấp 3 là 22,3%, trong đó trình độ sau đại học là chiếm tỷ lệ cao nhất 26,4%. Nghề nghiệp trước khi nghỉ hưu chủ yếu là công nhân viên chức chiếm tỷ lệ 35,5%. Hiện tại đa số các đối tượng đều đã nghỉ ngơi không còn làm việc (82,4%). Có đến 40,9% là từ chối trả lời về thu nhập hộ gia đình và 32,1% số đối tượng trả lời có tổng thu nhập hộ gia đình trên 7 triệu đồng, phù hợp với mức sống và thu nhập trên địa bàn quận 1. Đa số các đối tượng được phỏng vấn đều trả lời là hiện có sống chung với người thân trong gia đình 94,3%.

Theo các kết quả của nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và rối loạn chuyển hóa lipid máu. Tỷ lệ nữ có rối loạn chuyển hóa lipid máu (51,5%) cao gấp 1,56 lần so với nam giới

(33,1%) với KTC 95% (0,48 – 0,86). Những người sống trong các hộ gia đình có thu nhập thấp dưới 3 triệu đồng một tháng có tỷ lệ rối loạn lipid cao nhất 73,7%. Theo đó tỷ lệ rối loạn lipid giảm dần theo sự gia tăng mức thu nhập hộ gia đình hàng tháng. Những người có mức thu nhập trên 5 triệu đồng có tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu thấp hơn 0,42 lần so với những người có mức thu nhập trên 3 triệu đồng với KTC 95% (0,24 - 0,72), tương tự những người có thu nhập trên 7 triệu đồng có tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu thấp hơn 0,49 lần so với những người có mức thu nhập trên 3 triệu đồng với KTC 95% (0,33 – 0,71) và những người từ chối trả lời về mức thu nhập có tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu thấp hơn 0,63 lần so với những người có mức thu nhập trên 3 triệu đồng với KTC 95% (0,45 – 0,87). Những người có mức thu nhập hộ gia đình thấp, thường có chế độ ăn không hợp lý và thường cũng không có nhiều thời gian rảnh để hoạt động thể lực điều này có thể làm gia tăng tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu.

Bảng 3.3: Mối liên quan giữa rối loạn chuyển hóa lipid máu với các đặc điểm chỉ số sức khỏe của mẫu nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	RLCH lipid máu		p	PR (KTC 95%)
	Có (%)	Không (%)		
BMI (n = 296)				
Gầy	05 (27,8)	13 (72,2)	0,20*	1
Bình thường	43 (40,9)	62 (59,1)		1,47 (0,68 – 3,21)
Thừa cân	39 (53,4)	34 (46,6)		1,92 (0,89 – 4,17)
Béo phì độ I	39 (43,8)	50 (56,2)		1,58 (0,72 – 3,44)
Béo phì độ II	03 (27,3)	08 (72,7)		0,98 (0,29 – 3,32)
Béo phì trung tâm(n = 296)				
Có	76 (52,1)	70 (47,9)	0,004	1,47 (1,13 – 1,92)
Không	53 (35,3)	97 (64,7)		

*: Phép kiểm chính xác Fisher

Đa số các đối tượng ở nhóm có BMI bình thường 35,5%, chiếm tỷ lệ cao thứ hai là số đối tượng có béo phì độ I chiếm 30%. Dựa theo bảng 3.3 ta thấy ở các đối tượng nam giới tỷ lệ béo phì độ I (35,4%) cao hơn so với nữ (26,1%), trong khi đó ở mức độ béo phì độ II thì nữ (4,1%) lại chiếm tỷ lệ cao hơn nam (3,1%).

Có 49,3% đối tượng có tình trạng béo bụng, tỷ lệ nữ có tình trạng béo bụng 61,5% chiếm gần gấp đôi nam giới 33,1%. Tương tự kết quả của tác giả Trần Hữu Dàng với 58,9% nữ giới và 29,1% nam giới có

tình trạng béo bụng[1]. Kết quả này phù hợp với báo cáo tình hình béo bụng của người Việt Nam theo giới tính của Viện Dinh dưỡng giai đoạn 2001-2010 (Tỷ lệ béo bụng ở nữ là 64,1% cao hơn nhiều so với nam giới 17,1%). Những người có tình trạng béo phì trung tâm có mối liên quan chặt chẽ với sự gia tăng rối loạn lipid máu. Tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu ở người có béo phì trung tâm cao gấp 1,47 lần so với những người không có béo phì trung tâm với KTC 95% (1,13-1,92), tương tự với các tác giả như Lê Chí Trung, Trương Văn Trị, Nguyễn Chí Đức.

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa uống rượu bia và rối loạn chuyển hóa lipid máu

Yếu tố nguy cơ	RLCH lipid máu		P	PR (KTC 95%)
	Có (%)	Không (%)		
Từng uống rượu, bia (n = 296)				
Có	80 (52,3)	73 (47,7)	0,002	1,53 (1,16 – 2,00)
Không	49 (34,3)	94 (65,7)		
Uống rượu, bia 12 tháng vừa qua (n = 52)				
Có	33 (63,5)	19 (36,5)	0,04	1,36 (1,02 – 1,83)
Không	47 (46,5)	54 (53,5)		
Tần suất uống rượu, bia 12 tháng vừa qua (n = 52)				
≥5 ngày/ tuần	09 (52,9)	08 (47,1)	0,07	1
≥1– 4 ngày/ tuần	03 (75,0)	01 (25,0)		1,41 (0,69 – 2,92)
≥1– 3 ngày/tháng	05 (41,7)	07 (58,3)		0,79 (0,35 – 1,76)
≤1 ngày/ tháng	16 (84,2)	03 (15,8)		1,59 (0,98 – 2,59)
Uống rượu, bia 7 ngày vừa qua (n = 52)				
Có	16 (76,2)	5 (23,8)	0,11	1,39 (0,93 – 2,07)
Không	17 (54,8)	14 (45,2)		

Tỷ lệ người từng uống rượu bia là 51,7% tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Văn Trung và cộng sự (42,2%), Trần Thị Mai Oanh (30%) người cao tuổi có sử dụng rượu, bia [40]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu nước ngoài như một nghiên cứu ở Brazil cho thấy tỷ lệ người cao tuổi có sử dụng rượu bia là 8,2% , còn ở Pháp khoảng 20% [7, 8].

Số người uống rượu bia trên 5 ngày/tuần chiếm tỷ lệ khá cao 33,3% cao hơn so với các tần suất uống rượu bia khác, từ 1 – 4 ngày/tuần (11,9%), từ 1-3 ngày/tháng (28,6%), 1 ngày/tháng (26,2%). Sự khác biệt này có lẽ là do đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi, do đó những người đến hiện tại vẫn còn uống rượu bia có thể là do có hội chứng lạm dụng bia rượu nên tần suất uống rượu bia trên 5 ngày/tuần là cao nhất, còn những người khác là lâu lâu mới uống vào những dịp tiệc tùng lễ hội.

Số người trong 12 tháng qua có uống rượu bia chiếm tỷ lệ là 34% và tỷ lệ người có uống rượu bia trong 7 ngày

vừa qua 52,4%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu về tình hình sử dụng và lạm dụng rượu bia ở một số tỉnh ở Việt Nam, trong đó có 33,5% người hiện có đang sử dụng rượu bia[2] và nghiên cứu của tác giả Trần Hữu Dàng có 39% người cao tuổi có sử dụng rượu bia[1].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa việc đã từng uống rượu bia với rối loạn chuyển hóa lipid máu trong đó những người có hoặc đã từng uống rượu bia có tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu cao gấp 1,53 lần so với những người không có uống rượu bia với KTC 95% (1,16 – 2,00). Điều này cho thấy việc sử dụng rượu bia có ảnh hưởng nhiều đến rối loạn lipid máu, phù hợp với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Lê Văn Trung.[6]

Tương tự như vậy cũng tìm thấy mối liên quan giữa những người đã từng uống rượu bia trong vòng 12 tháng qua, theo đó những người có uống rượu bia trong vòng 12 tháng qua có tỷ lệ bị rối loạn chuyển hóa lipid máu



cao hơn gấp 1,36 lần so với những người không có uống rượu bia trong vòng 12 tháng qua với KTC 95% (1,02 – 1,83). Như vậy theo kết quả nghiên cứu này việc uống rượu bia sẽ làm tăng nguy cơ bị rối loạn chuyển hóa lipid máu ở người cao tuổi. Ở người cao tuổi, quá trình chuyển hóa rượu chậm hơn, và rượu làm cho các vấn đề sức khỏe liên quan đến tuổi tác trở nên trầm trọng hơn, như chứng huyết áp cao, tiểu đường, bệnh gan và các vấn đề về trí nhớ. Theo báo cáo tổng quan pháp luật về rượu bia của Quốc hội cho thấy, tại Việt Nam rượu bia là yếu tố nguy cơ xếp thứ 4 đối với gánh nặng bệnh tật; gây ra 2,9% trường hợp tử vong và 2,2% gánh nặng bệnh tật quốc gia. Vì vậy công tác truyền thông phổ biến tác hại của rượu bia ảnh hưởng lên sức khỏe cho người cao tuổi là cần thiết.

IV. KẾT LUẬN:

Tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid chung là 43,6% , trong

đó ở nam là 33,1% và nữ là 51,5%. Các đặc điểm dân số xã hội như giới tính, thu nhập hộ gia đình, và các yếu tố nguy cơ như tình trạng béo bụng, uống rượu bia có liên quan đến rối loạn chuyển hóa lipid máu ở người cao tuổi.

V. KHUYẾN NGHỊ

Về phía bản thân và gia đình:

Thực hiện chế độ ăn uống khỏe mạnh, hợp lý, loại bỏ các thói quen có hại như uống quá nhiều rượu, bia, hút thuốc lá,.. tránh lối sống tĩnh tại hoặc căng thẳng...

Về phía xã hội:

Kiểm tra định kỳ lipid máu để phòng ngừa và phát hiện sớm rối loạn chuyển hóa lipid.

Tổ chức các buổi truyền thông cho người cao tuổi về các bệnh không lây cách phòng tránh, khuyến khích người dân vận động thể lực, thay đổi chế độ ăn hàng ngày và loại bỏ các thói quen có hại cho sức khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GS.TS. Trần Hữu Dàng (2014) “Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cu Ba Đồng Hới”.
2. Vũ Thị Minh Hạnh Hoàng Thị Phương, Đàm Viết Cương, Nguyễn Trần Hiền (2009) “Tình hình sử dụng và lạm dụng rượu bia ở một số tỉnh ở Việt Nam”. *Tạp chí Y học Thực hành*.
3. Lê Thị Bích Thuận, Nguyễn Thị Hồng Thủy (2013) “Nghiên cứu rối loạn lipid máu và kết quả điều trị bằng Rosuvastatin ở người cao tuổi tại phòng khám đa khoa Bệnh viện tỉnh Phú Yên”. *Tạp chí Y học TP.HCM*, 17, (3), Tr 177-183.
4. Vũ Thị Thanh Huyền, Nguyễn Thị Thu Hương (2015) “Một số yếu tố liên quan đến rối loạn chuyển hóa lipid ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường tuýp 2 “. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 94, (2), 72-79.
5. Trương Quang Bình, Trần Thị Mỹ Loan (2009) “Tương quan giữa chỉ số khối cơ thể và rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp”. *Tạp chí Y học TP.HCM*, 13, (1).
6. Lê Văn Trung (2002) “Khảo sát đặc điểm rối loạn chuyển hóa lipid và lipoprotein máu trên đối tượng cán bộ diện bảo vệ sức khỏe tỉnh Vĩnh Long”. *Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ*, Tr 50-51.
7. A. Henni et al (2013) “Prevalence and issues of screening for alcohol consumption among elderly inpatients admitted to acute geriatric inpatient unit”. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 11, (1), Pp 33 - 44.
8. M. A. Lopes et al. (2010) “Prevalence of alcohol-related problems in an elderly population and their association with cognitive impairment and dementia”. *Alcohol Clin Exp Res*, 34, (4), Pp 26-33.
9. WHO (2005) “Viet Nam National STEPS Survey 2015”.
10. WHO (2011) “Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Policies, strategies and interventions”. *Cardiovascular disease*.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG MA TÚY VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ METHADONE TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN ĐÔNG ANH, HÀ NỘI NĂM 2018

Nguyễn Thị Hậu¹, Nguyễn Tiến Cường¹, Đỗ Mai Hoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả thực trạng và xác định một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng ma túy ở bệnh nhân điều trị Methadone tại Trung tâm y tế huyện Đông Anh, Hà Nội năm 2018. Nghiên cứu được thiết kế cắt ngang mô tả, phỏng vấn 155 đối tượng đang điều trị Methadone tại các cơ sở điều trị của huyện Đông Anh, Hà Nội. Kết quả cho thấy: (1) Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu sử dụng ma túy nói chung trong điều trị Methadone tại các cơ sở điều trị của huyện Đông Anh là 29,0%, tỷ lệ sử dụng heroin, ma túy đá và các loại ma túy khác lần lượt là 21,9%; 12,3% và 3,2% (2). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng việc làm, tuổi lần đầu sử dụng ma túy, thời gian sử dụng ma túy trước điều trị Methadone, việc tuân thủ điều trị, có người thân/bạn bè/bạn tình đang sử dụng ma túy, sự phù hợp về thời gian hoạt động của cơ sở, thái độ của cán bộ y tế tại cơ sở với tình trạng tái sử dụng ma túy của các đối tượng. Khuyến nghị bao gồm tăng cường các hoạt động tư vấn điều trị, bổ sung test nhanh phát hiện ma túy tổng hợp tại cơ sở điều trị và sắp xếp thời gian hoạt động của cơ sở cho phù hợp với nhu cầu của đối tượng.

Từ khóa: Sử dụng ma túy, Methadone, điều trị.

SUMMARY

THE CURRENT SITUATION OF DRUG USE OF PATIENTS TREATED WITH METHADONE MAINTENANCE THERAPY AT DONG ANH DISTRICT HEALTH CENTER, HANOI IN 2018 AND SOME RELATED FACTORS

The objective of study was to describe the current situation and to identify some factors related to drug use of patients treated with Methadone Maintenance Therapy (MMT) at Dong Anh District Health Center, Hanoi in 2018. A cross – sectional descriptive study was conducted

to interview 155 respondents treated in there. The results show that: (1) The percentage of respondent to use drugs in MMT treatment was 29,0%, the percentage of using heroin, Methamphetamine and others were 21,9%; 12,3% and 3,2%, respectively. (2) Some factors related to drug use of patients treated with Methadone Maintenance Therapy were employment situation, age of first time of drug use, duration of drug use before MMT, adherence to treatment, relatives/friends/sex partners using drugs, suitability of treatment facility's operation time and attitude of health staffs. Recommendations include: To strengthen treatment counselling; To add more rapid drug test at treatment facilities; To arrange treatment facility's operation time.

Keywords: Drug use, Methadone, treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone (MMT) đã được chứng minh có hiệu quả trong việc điều trị nghiện, giúp làm giảm tần suất và tiến tới ngưng sử dụng các chất gây nghiện, giảm nguy cơ và dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS trong nhóm nghiện chích ma túy. Tuy nhiên, hiện nay xảy ra tình trạng bệnh nhân không tuân thủ điều trị, bỏ điều trị, tái nghiện, tái sử dụng ma túy, hoặc chuyển sang sử dụng các dạng ma túy khác. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu mô tả thực trạng và xác định một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng ma túy ở bệnh nhân điều trị Methadone tại Trung tâm y tế huyện Đông Anh, Hà Nội năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đang điều trị Methadone từ 3 tháng trở lên ở giai đoạn duy trì liều và ổn định liều.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng

1. Trung tâm Y tế huyện Đông Anh, Hà Nội
2. Trường Đại học Y tế Công cộng

10/2017 đến tháng 06/2018 tại huyện Đông Anh, Hà Nội.

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân và hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đang điều trị Methadone được 3 tháng trở lên ở giai đoạn duy trì. Tổng cộng có 155 bệnh nhân kèm theo bệnh án đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp thu thập thông tin: Sử dụng phiếu hỏi phỏng vấn bán cấu trúc.

Phương pháp phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm EpiData 3.0 để nhập liệu và phần mềm SPSS để phân tích. Số liệu được mô tả tần số, tỷ lệ và phân tích mối liên quan dùng tỷ số chênh OR với khoảng tin cậy 95%.

Đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua và cho phép tiến hành nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	155	100,0
Tuổi	Dưới 30 tuổi	14	9,0
	30 – 39 tuổi	65	41,9
	40 – 49 tuổi	58	37,4
	≥ 50 tuổi	18	11,7
Trình độ học vấn	Dưới THPT	78	50,3
	Từ THPT trở lên	77	49,7
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	108	69,7
	Chưa kết hôn/ly dị/góa	47	30,3
Tình trạng việc làm	Có việc làm	123	79,4
	Thất nghiệp	32	20,6
Nơi ở hiện tại	Huyện Đông Anh	98	63,2
	Huyện khác	57	36,8
Thu nhập trung bình/tháng	Không có thu nhập	32	20,6
	Dưới 3 triệu đồng	15	9,7
	Từ 3 triệu đồng trở lên	108	69,7

Trong số 155 đối tượng tham gia nghiên cứu đều là nam giới (100%), có độ tuổi trung bình là 39,6 tuổi ($\pm 8,3$), phần lớn trong độ tuổi từ 39 - 49 tuổi (79,3%), chủ yếu sống trên địa bàn huyện Đông Anh (63,2%). Tỷ lệ đối tượng thất

nghiệp là 20,6%, trình độ học vấn dưới THPT chiếm 50,3% và 30,3% đối tượng chưa kết hôn, ly dị, ly thân hoặc góa. Thu nhập trung bình của các đối tượng là 3,81 triệu đồng, trong đó nhóm có thu nhập ≥ 3 triệu đồng là chủ yếu (69,7%).

2. Thực trạng tái sử dụng ma túy của đối tượng nghiên cứu

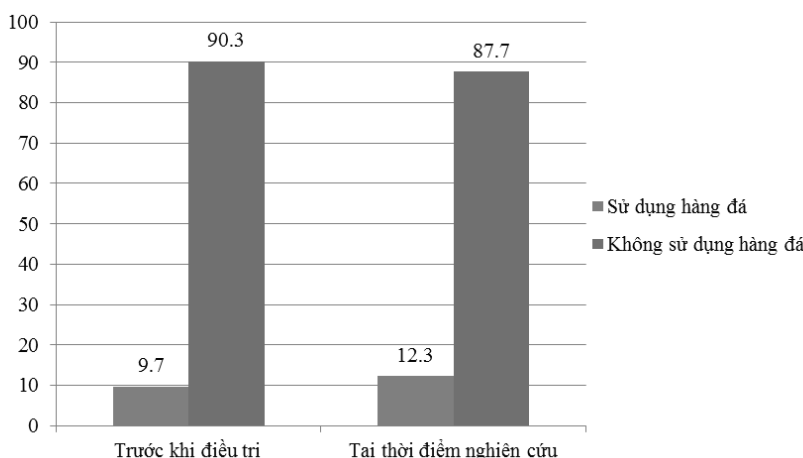
Bảng 2. Thực trạng sử dụng ma túy trong 01 tháng qua của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Sử dụng ma túy trong 1 tháng qua	Có	45	29,0
	Không	110	71,0
Tần suất sử dụng ma túy trong 1 tháng qua	1 lần/tháng	14	31,1
	2 – 3 lần/tháng	23	51,1
	Từ 4 lần/tháng trở lên	8	17,8
Sử dụng ma túy trong 1 tháng qua theo loại ma túy	Heroin	34	21,9
	Ma túy đá	19	12,3
	Dạng khác (thuốc lắc, hồng phiến)	5	3,2

Tỷ lệ đối tượng còn sử dụng lại ma túy trong quá trình điều trị Methadone là 29,0%. Trong đó, tỷ lệ đối tượng sử dụng 2 – 3 lần trong tháng qua chiếm phần lớn (51,1%). Trong các đối tượng nghiên cứu, chủ yếu sử dụng là heroin (21,9%), ma túy đá (12,3%), các dạng ma

túy khác như hồng phiến, thuốc lắc (3,2%). Tỷ lệ sử dụng các loại ma túy này có chênh lệch so với các nghiên cứu khác trước đó, do các yếu tố liên quan đến thời gian điều trị Methadone của đối tượng nghiên cứu, liều điều trị trung bình khác nhau.

Biểu đồ 1. Thực trạng sử dụng ma túy đá trước và trong quá trình điều trị Methadone



Tình trạng sử dụng heroin từ trước khi điều trị là 100% đã giảm xuống còn 21,9% tại thời điểm nghiên cứu. Điều này cho thấy hiệu quả của chương trình điều trị Methadone trong việc giảm sử dụng các chất dạng thuốc phiện. Tuy nhiên, tình trạng sử dụng ma túy đá lại tăng lên so với trước khi điều trị, khi tỷ lệ đối tượng sử dụng ma túy đá tại thời điểm nghiên cứu cao hơn 2,6% so với trước khi

điều trị Methadone. Kết quả này tương đồng với kết quả của các nghiên cứu khác trên cùng nhóm đối tượng, cho thấy tình trạng sử dụng ma túy tổng hợp có xu hướng gia tăng trong nhóm bệnh nhân đang điều trị Methadone, với lý do sử dụng hàng đá cho cảm giác “phê” hơn, bần bê rù rê, cơ sở không có xét nghiệm nhanh để phát hiện và tình trạng phổ biến của ma túy đá tại thị trường.



3. Một số yếu tố liên quan đến việc tái sử dụng ma túy của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến việc tái sử dụng ma túy của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Tái sử dụng ma túy		OR	KTC 95%	p
	Có n (%)	Không n (%)			
Tình trạng việc làm Thất nghiệp Có việc làm	18 (56,3) 27 (22,0)	14 (43,8) 96 (78,0)	4,6 1	2,0 – 10,3	<0,0001*
Tuổi lần đầu tiên SDMT < 25 tuổi ≥ 25 tuổi	35 (35,4) 10 (17,9)	64 (64,4) 46 (82,1)	2,52 1	1,13 – 5,59	0,021*
Thời gian SDMT trước điều trị Methadone ≥ 10 năm < 10 năm	38 (34,5) 7 (15,6)	72 (65,5) 38 (84,4)	2,86 1	1,16 – 7,02	0,018*
Tuân thủ điều trị Không Có	24 (49,0) 21 (19,8)	25 (51,0) 85 (80,2)	3,88 1	1,86 – 8,11	<0,0001*
Người thân/bạn bè/bạn tình sử dụng ma túy Có Không	23 (51,1) 22 (20,0)	22 (48,9) 88 (80,0)	4,18 1	1,97 – 8,83	<0,0001*
Sự phù hợp về thời gian hoạt động của cơ sở Không phù hợp Phù hợp	34 (39,1) 11 (16,2)	53 (60,9) 57 (83,8)	3,32 1	1,53 – 7,22	0,02*
Thái độ của cán bộ y tế tại cơ sở Bình thường Tốt	8 (57,1) 37 (26,2)	6 (42,9) 104 (73,8)	3,74 1	1,21–11,52	0,03*

Kết quả phân tích cho thấy:

- Nhóm đối tượng thất nghiệp có nguy cơ tái sử dụng ma túy cao hơn 4,6 lần so với nhóm đối tượng có việc làm ($p < 0,0001$).

- Nhóm đối tượng có tuổi lần đầu tiên sử dụng ma túy dưới 25 tuổi có nguy cơ tái sử dụng ma túy cao hơn 2,52 lần so với nhóm từ 25 tuổi trở lên ($p = 0,021$).

- Nhóm đối tượng có thời gian sử dụng ma túy từ 10 năm trở lên có nguy cơ tái sử dụng ma túy cao hơn 2,86 lần so với nhóm dưới 10 năm ($p = 0,018$).

- Nhóm đối tượng không tuân thủ điều trị có nguy cơ tái sử dụng ma túy cao hơn 3,88 lần nhóm bệnh nhân tuân thủ điều trị ($p < 0,0001$).

- Nhóm đối tượng có bạn bè, họ hàng, bạn tình đang sử dụng ma túy có nguy cơ tái sử dụng ma túy cao hơn 4,18 lần so với nhóm không có bạn bè/họ hàng sử dụng ma túy ($p < 0,0001$).

- Nhóm đối tượng cho rằng thời gian hoạt động của cơ sở không phù hợp có nguy cơ tái sử dụng ma túy cao hơn 3,32 lần so với nhóm đánh giá phù hợp ($p = 0,02$).

- Nhóm đối tượng cho rằng thái độ của cán bộ y tế tại cơ sở bình thường có nguy cơ tái sử dụng ma túy cao hơn 3,74 lần so với nhóm đánh giá thái độ của cán bộ y tế tốt ($p = 0,03$).

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu sử dụng ma túy nói chung trong điều trị Methadone tại cơ sở điều trị của huyện Đông Anh là 29,0%; tỷ lệ sử dụng heroin là 21,9%, sử dụng ma túy đá là 12,3%, sử dụng các loại ma túy khác là 3,2%. Tần suất sử dụng trong tháng từ 2-3 lần/tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,1%.

Kết quả cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng việc làm, tuổi lần đầu sử

dụng ma túy, thời gian sử dụng ma túy trước điều trị Methadone, việc tuân thủ điều trị, có người thân/bạn bè/bạn tình đang sử dụng ma túy, sự phù hợp về thời gian hoạt động của cơ sở điều trị, thái độ của cán bộ y tế tại cơ sở điều trị với tình trạng tái sử dụng ma túy của các đối tượng.

Nghiên cứu đưa ra các khuyến nghị như sau:

- Tăng cường các hoạt động tư vấn điều trị, bao gồm tư vấn về tuân thủ điều trị Methadone, hướng dẫn kỹ năng

từ chối khi được mời sử dụng, truyền thông nâng cao nhận thức cho bệnh nhân về tác hại của Methamphetamine, tư vấn hỗ trợ tâm lý đối với những bệnh nhân nghi ngờ sử dụng hàng đá.

- Bổ sung test nhanh phát hiện ma túy tổng hợp tại cơ sở điều trị nhằm kiểm tra, giám sát chặt chẽ hành vi sử dụng các loại ma túy của đối tượng.

- Sắp xếp thời gian hoạt động của cơ sở điều trị cho phù hợp với nhu cầu của đối tượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), *Đánh giá hiệu quả của chương trình thí điểm điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone tại Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội.*
2. Nguyễn Thanh Sơn (2015), *Đánh giá kết quả điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại thành phố Tân An, tỉnh Long An năm 2015.* Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Thuận (2017), *Thực trạng sử dụng ma túy và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị methadone tại thành phố Hải Dương năm 2017.* Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
4. Phạm Thị Bích (2015), *Kết quả điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone và một số yếu tố liên quan tại huyện Kinh Môn – Hải Dương năm 2015.* Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
5. Trần Quang Đạo (2016), *Bổ trợ của bệnh nhân điều trị Methadone tại thành phố Hòa Bình tỉnh Hòa Bình giai đoạn 2012-2015: Thực trạng và một số yếu tố liên quan.* Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y tế Công Cộng, Hà Nội.
6. C. L. Masson, P. G. Barnett, K. L. Sees et al (2004), *Cost and cost-effectiveness of standard methadone maintenance treatment compared to enriched 180-day methadone detoxification.* Addiction, 99(6), 718 - 726.
7. J. J. Wammes, A. Y. Siregar, T. Hidayat et al (2012), *Cost-effectiveness of methadone maintenance therapy as HIV prevention in an Indonesian high-prevalence setting: a mathematical modeling study.* Int J Drug Policy, 23(5), 358 - 364.
8. Linda R. Gowing, Hickman, Matthew, and Louisa Degenhardt (2012), *Mitigating the risk of HIV infection with opioid substitution treatment*, accessed 13/11/2017, from <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/2/12-109553/en/>.
9. Wang R., Ding Y., Bai H., Duan S., Ye R., Yang Y., Wang J., Tang R., Gao M., He N. (2015), *Illicit Heroin and Methamphetamine Use among Methadone Maintenance Treatment Patients in Dehong Prefecture of Yunnan Province, China.* PloS One, 10(7):e0133431, 2015.



ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC VIÊM DẠ DÀY, TÁ TRÀNG NGHI DO *H. PYLORI* Ở BỆNH NHI, TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2016

Phạm Thu Hiền¹, Lưu Thị Mỹ Thục¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm hình ảnh nội soi, kết quả mô bệnh học viêm dạ dày, tá tràng nghi do *H. Pylori* ở bệnh nhi 3-15 tuổi.

Phương pháp: Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang trên 112 bệnh nhi được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng nghi do *H. Pylori* tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016

Kết quả:

Nội soi: Hình ảnh tổn thương trên nội soi là phù nề niêm mạc 78,6%, trào ngược dịch mật 7,1%; loét hành tá tràng 6,3%. Vị trí tổn thương toàn bộ dạ dày 47,3%; hang vị đơn thuần 22,3%; dạ dày và tá tràng 18,8%; hành tá tràng 7,1% và thân vị đơn thuần 1,8%.

Mô bệnh học: Viêm nặng 25,9%; viêm vừa 50,9%, viêm nhẹ 23,2%; kết quả *H. Pylori* (-) 32,1%; (+) là 33%; (++) là 31,3%, (+++) là 3,6%.

Kết luận: Bệnh nhân viêm loét dạ dày, tá tràng nghi do *H. pylori* có đặc điểm nội soi thường thấy là phù nề niêm mạc, niêm mạc lằn sần dạng hạt với vị trí tổn thương phổ biến là toàn bộ dạ dày, tỷ lệ nhiễm *H. pylori* là 67,9%.

Từ khóa: Hình ảnh nội soi, kết quả mô bệnh học, viêm dạ dày tá tràng nghi do *H. Pylori*

ABSTRACT:

FEATURES OF ENDOSCOPIC IMAGES AND HISTOLOGY OF PATIENTS WITH GASTRIC AND PEPTIC ULCERS CAUSED BY *H. PYLORI* AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2016

Objective: To describe some endoscopic images and histopathology of gastric and peptic ulcers caused by *H. Pylori* in patients from 3-15 years old

Methodology: A cross-sectional study was conducted on 112 patients diagnosed with gastric and peptic ulcers due to *H. Pylori* at Vietnam National Children's hospital in 2016.

Result:

Endoscopy: mucosal edema 78,6%, bile reflux 7,1%; Ulcerative colitis 6,3%; excessive mucus 5,4%. Position of whole stomach trauma 47,3%; single antrum 22,3%; gastro and peptic 18,8%; duodenum 7,1% and corpus 1,8%.

Histopathology: severe inflammation 25,9%; average inflammation 50,9%, mild inflammation 23,2%; *H. Pylori* (-) 32,1%; (+) là 33%; (++) là 31,3%, (+++) was 3,6%.

Conclusion: Patients with gastric and peptic ulcers caused by *H. Pylori* have some features of mucosal edema, granular mucosal pattern with common trauma position at the whole stomach, percentage of acquiring *H. pylori* is 67,9%.

Keywords: Endoscopic images, histopathology, gastric and peptic ulcers caused by *H. Pylori*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới khoảng 50% dân số thế giới có nhiễm *H. pylori* [2]. Trẻ em là thời điểm dễ bị nhiễm *H. pylori* và tần suất nhiễm tăng dần theo tuổi [2;8;9;10]. Nhiều nghiên cứu ở trẻ em cho thấy viêm dạ dày mạn tính (VDDMT) gặp với tỉ lệ 12-56% các trường hợp nội soi đường tiêu hóa trên và chiếm tới 17- 63% số trẻ em đau bụng tái diễn, trong đó tỉ lệ nhiễm *H. pylori* từ 56-79,4% [2;5]. Bệnh thường diễn biến kéo dài tiến triển thành từng đợt, tỉ lệ điều trị thất bại cao. Nhiễm *H. pylori* ở trẻ em ít khi gây ra những bệnh lý nặng ngay từ thời niên thiếu như u lympho niêm mạc dạ dày và ung thư dạ dày. Bệnh lý dạ dày tá tràng do nhiễm *H. pylori* ở trẻ em chủ yếu là viêm mạn tính và loét dạ dày hành tá tràng. Loét hành tá tràng ở trẻ em gây ảnh hưởng nhiều đến sự phát triển thể chất của trẻ và VDDMT do *H. pylori* được cho rằng là tiền đề dẫn đến loét dạ dày tá tràng và ung thư dạ dày về sau [2;5;7].

Quy trình chẩn đoán nhiễm *H. pylori* hiện nay chủ yếu dựa vào sự kết hợp của các phương pháp chẩn đoán xâm nhập và không xâm nhập [9]. Nội soi lấy mảnh sinh

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

» Ngày nhận bài: 20/07/2018 | » Ngày phản biện: 28/07/2018 | » Ngày duyệt đăng: 10/08/2018

thiết dạ dày tá tràng làm mô bệnh học, test nhanh urease (RUT) và nuôi cấy vi khuẩn là các phương pháp chẩn đoán xâm nhập.

Nhằm tìm hiểu những đặc điểm nội soi, mô bệnh học các trường hợp viêm dạ dày tá tràng, qua đó rút ra các bài học kinh nghiệm trong chẩn đoán bệnh viêm loét dạ dày, tá tràng do *H. pylori* ở bệnh nhi chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài: “*Đặc điểm nội soi, mô bệnh học viêm dạ dày, tá tràng nghi do H. Pylori ở bệnh nhi, tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân tuổi từ 3 đến 15 đến khám trong khoảng thời gian từ tháng 1/3/2016 đến tháng 30/9/2016 có các triệu chứng hướng tới bệnh lý dạ dày tá tràng (BLDDTT) như đau bụng, nôn, buồn nôn, chán ăn... được làm nội soi tiêu hóa và test RUT chẩn đoán nhiễm *H. pylori* tại Đơn vị nội soi tiêu hóa Bệnh viện Nhi Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân trong nghiên cứu:

- Các trẻ từ 3-15 tuổi
- Có một hoặc nhiều triệu chứng hướng tới bệnh lý dạ dày có chỉ định làm nội soi tiêu hóa như: Đau bụng kéo

dài; nôn, buồn nôn; ợ hơi, ợ chua; đầy bụng khó tiêu, chán ăn; cảm giác khó chịu nóng rát vùng thượng vị; thiếu máu, xuất huyết tiêu hóa; chậm tăng cân

- Nội soi dạ dày có các biểu hiện tổn thương dạ dày tá tràng và/ hoặc tổn thương trên mô bệnh học

- Test urease nhanh (RUT) dương tính

- Trẻ có khả năng hợp tác làm test thở và bố mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có các bệnh phối hợp khác: Bệnh máu, gan, thận, tim mạch, hô hấp, thần kinh...

- Bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh, antacid, kháng H₂ hoặc PPI trong vòng 4 tuần trước khi đến khám và làm test thở, test phát hiện kháng nguyên trong phân.

2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng

3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu chọn các đối tượng mắc viêm dạ dày, tá tràng nghi do *H. Pylori* trong khoảng thời gian từ 01/03/2016 đến 30/09/2016. Tổng số đối tượng được chọn là 112 bệnh nhi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Hình ảnh tổn thương trên nội soi (n=112)

Hình ảnh trên nội soi	Tần số	%
Phù nề niêm mạc	88	78,6
Niêm mạc lẫn sần dạng hạt	71	63,4
Xung huyết niêm mạc	36	32,1
Niêm mạc dễ chảy máu	10	8,9
Tăng tiết dịch nhầy	6	5,4
Trợt phẳng niêm mạc hang vị	4	3,6
Trợt lõm niêm mạc hang vị	5	4,5
Loét hành tá tràng	7	6,3
Trào ngược dịch mật	8	7,1
Bình thường	3	2,7

78,6% bệnh nhân có hình ảnh tổn thương trên nội soi thường là phù nề niêm mạc; Tổn thương niêm mạc lẫn sần dạng hạt gặp ở 63,4%; 58,9% trẻ có xung huyết

niêm mạc; 6,3% trẻ có loét hành tá tràng; trong số tham gia nghiên cứu có 3 trường hợp nội soi bình thường chiếm 2,7%.



Bảng 2. Vị trí tổn thương dạ dày tá tràng trên nội soi (n=112)

Vị trí tổn thương	Tần số	%
Bình thường	3	2,7
Thân vị đơn thuần	2	1,8
Hang vị đơn thuần	25	22,3
Toàn bộ dạ dày	53	47,3
Tổn thương hành tá tràng	8	7,1
Tổn thương dạ dày và tá tràng	21	18,8

Tổn thương toàn bộ dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất (47,3%); tổn thương hang vị đơn thuần chiếm 22,3%; trẻ có tổn thương hành tá tràng đơn thuần chỉ gặp ở 7,1% bệnh nhân; 18,8% trẻ có tổn thương cả dạ dày và tá tràng.

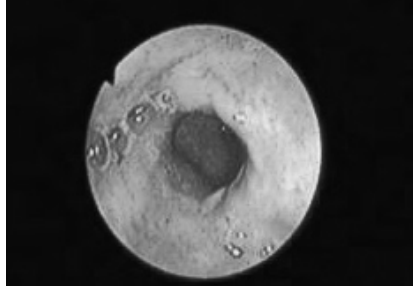
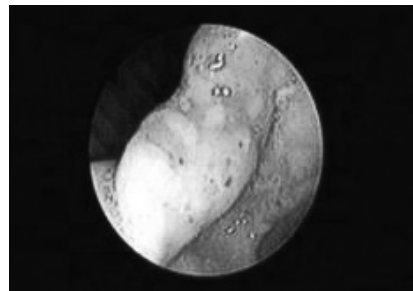
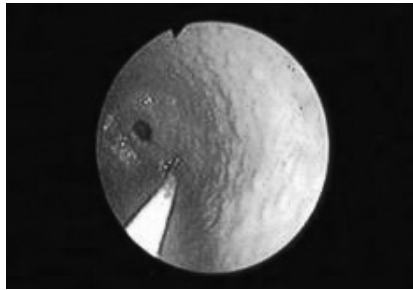
Bảng 3. Mức độ nặng của tổn thương, và nhiễm vi khuẩn trên tiêu bản mô bệnh học (n=112)

Tổn thương giải phẫu bệnh	Tần số	%
Mức độ nặng của tổn thương viêm niêm mạc hang vị, thân vị trên tiêu bản		
Viêm nhẹ	26	23,2
Viêm vừa	57	50,9
Viêm nặng	29	25,9
Mức độ nhiễm <i>Helicobacter pylori</i>		
Âm tính	36	32,1
H. pylori (+)	37	33,0
H. pylori (++)	35	31,3
H. pylori (+++)	4	3,6

3 bệnh nhân có kết quả nội soi bình thường nhưng có tổn thương trên tiêu bản mô bệnh học. Mức độ nặng của tổn thương viêm: tỷ lệ trẻ có mức độ viêm trên tiêu bản mô bệnh học nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 23,2%, 50,9% và 25,6%; mức độ nhiễm *H. pylori* trên tiêu bản: 32,1% trẻ không phát hiện thấy vi khuẩn trên tiêu bản. Tỷ lệ trẻ có nhiễm vi khuẩn trên tiêu bản mô bệnh học (+), (++) và (+++) lần lượt là 33,0%, 31,3% và 3,6%.

Ảnh 4.1 Niêm mạc dạ dày bình thường MS: 10173087



Ảnh 4.2 Viêm xung huyết hang vị MS: 10212100*Ảnh 4.3. Viêm trượt niêm mạc MS: 10183674**Ảnh 4.4. Viêm hang vị lần sỏi dạng hạt MS: 7260837*

IV. BÀN LUẬN

Hình ảnh tổn thương trên nội soi

Theo các tác giả trên thế giới, không có các biểu hiện đặc trưng về hình ảnh tổn thương của viêm, loét dạ dày tá tràng do nhiễm *H. pylori* trên nội soi. Theo nghiên cứu của Nguyễn Gia Khánh và cộng sự trên 480 trẻ em có triệu chứng gợi ý bệnh lý dạ dày tá tràng, 81,3% bệnh nhân có phù nề niêm mạc ở nhóm nhiễm *H. pylori* trong khi đó tỷ lệ này là 25% ở nhóm bệnh lý dạ dày không có nhiễm *H. pylori*. Xung huyết niêm mạc gặp với tỷ lệ 66,7% ở nhóm trẻ có nhiễm *H. pylori* trong khi ở trẻ không bị nhiễm *H. pylori* tỷ lệ này chỉ có 24,2% [1].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Bằng và cộng sự trên 78 trẻ [4], 38,5% trẻ bị viêm dạ dày tá tràng do nhiễm *H. pylori* có phù nề xung huyết tiết dịch, 44,9% có viêm hang vị dạng hạt. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Việt Hà và cộng sự trên 238 trẻ, 79% bệnh nhân có phù nề niêm mạc, 67,2% có xung huyết niêm mạc và 38,7% có viêm

hang vị lần sỏi dạng hạt [3]. Về hình ảnh viêm hang vị lần sỏi dạng hạt, đa số các tác giả đều kết luận đây là hình ảnh đặc thù chỉ thấy trên VDDMT do *H. Pylori* [2;3;4;6]. Hình ảnh này thường xuất hiện sớm sau khi nhiễm *H. pylori*, tương ứng với hình ảnh tổn thương nang dạng lympho trên mô bệnh học. Hình ảnh hạt không những là hình ảnh đặc thù mà còn là dấu hiệu cảnh báo VDDMT do *H. pylori* với mức độ tổn thương niêm mạc dạ dày nặng [2]. Tỷ lệ soi thấy hình hạt rất khác nhau từ 17,2 đến 44%.

Theo nghiên cứu của Lebib và cộng sự, tỷ lệ viêm dạ dày dạng nốt hiếm gặp trên người lớn. Tổn thương viêm dạ dày lần sỏi dạng hạt chủ yếu gặp ở trẻ em có nhiễm *H. pylori*. Theo nghiên cứu của Tống Quang Hưng, 77% bệnh nhân có biểu hiện phù nề niêm mạc, niêm mạc xung huyết gặp ở 62,5%, viêm niêm mạc hang vị lần sỏi dạng hạt gặp với tỷ lệ 38,8% [6]. Hình ảnh tổn thương trên nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là phù nề niêm mạc (76,6%), tương tự như ghi nhận của Nguyễn Thị Việt



Hà và Tổng Quang Hưng. 63,4% bệnh nhân có biểu hiện viêm hang vị lần sản dạng hạt. Đây là hình ảnh tổn thương điển hình của viêm dạ dày tá tràng do nhiễm *H. pylori*. Tỷ lệ viêm hang vị lần sản dạng hạt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Việt Hà và Tổng Quang Hưng.

Bản luận về hình ảnh tổn thương trên nội soi trong VDDMT ở trẻ em các tác giả cho rằng *H. pylori* cư trú chủ yếu và với mật độ cao nhất ở hang vị so với thân vị và các vị trí khác của dạ dày, do vậy tổn thương trên nội soi trong bệnh cảnh VDDMT cũng chủ yếu là thấy ở hang vị với hình ảnh phù nề niêm mạc, dễ tổn thương và chảy máu khi soi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

Định khu tổn thương trên nội soi

Về định khu tổn thương trên nội soi, theo Nguyễn Gia Khánh và cộng sự, 5,1% bệnh nhân nhiễm *H. pylori* có biểu hiện tổn thương ở thân vị đơn thuần, 38,5% tổn thương hang vị đơn thuần và 56,5% bệnh nhân có tổn thương cả hang vị và thân vị. Tỷ lệ tổn thương cả hang vị và thân vị ở nhóm nhiễm *H. pylori* cao gấp 1,8 lần so với nhóm không nhiễm *H. Pylori* [2]. Theo nghiên cứu của Tổng Quang Hưng, tổn thương toàn bộ dạ dày là hay gặp nhất chiếm 46,3%. Tổn thương hang vị đơn thuần chiếm 22,5%. Tổn thương thân vị đơn thuần chỉ gặp ở duy nhất 1 trường hợp chiếm 1,2%. 5% trẻ có tổn thương hành tá tràng đơn thuần và 12,5% trẻ có tổn thương cả dạ dày và tá tràng [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 47,3% bệnh nhân có tổn thương toàn bộ dạ dày, 22,3% có tổn thương hang vị, 7,1% tổn thương hành tá tràng và 18,8% bệnh nhân có tổn thương cả dạ dày và tá tràng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như ghi nhận của Tổng Quang Hưng. Điều này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, mật độ *H.pylori* tập trung cao nhất ở hang vị so với các vùng khác của dạ dày do vậy quá trình viêm cũng diễn ra ưu thế ở hang vị rồi lan tỏa đến các vùng khác của dạ dày, tùy theo tình trạng nhiễm *H. pylori* nặng hay nhẹ, có *H. pylori* ở thân vị hay không mà quá trình viêm diễn ra khu trú ở hang vị hay lan cả ra vùng thân vị (tức là viêm toàn bộ dạ dày).

Về tổn thương định khu trên nội soi, khi so sánh kết quả với nghiên cứu của hai tác giả Nguyễn Gia Khánh và Tổng Quang Hưng chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [1;6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 3 trẻ (2,5%) có triệu chứng gợi ý bệnh lý dạ dày tá tràng, có nhiễm vi khuẩn *H. pylori* nhưng không có tổn

thương niêm mạc dạ dày tá tràng trên nội soi. Cả 3 trẻ này đều có biểu hiện tổn thương viêm niêm mạc hang vị, thân vị mức độ vừa trên tiêu bản mô bệnh học. Theo các tác giả, hình ảnh dạ dày bình thường trên đại thể khi nội soi ở trẻ bị nhiễm *H. pylori* là khá phổ biến, hình ảnh đại thể bình thường trên nội soi không loại trừ được không có tổn thương trên mô bệnh học [1;6]. Trên thực tế lâm sàng, hình ảnh nội soi bình thường làm thầy thuốc khó quyết định thái độ điều trị. Tình huống này đòi hỏi sự kết hợp chặt chẽ với kết quả mô bệnh học và triệu chứng lâm sàng.

Đặc điểm tổn thương mô bệnh học

Kết quả mô bệnh học đóng vai trò quan trọng trong việc quyết định chẩn đoán viêm, loét dạ dày tá tràng mạn tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi 3 bệnh nhân có hình ảnh nội soi bình thường nhưng có tổn thương viêm mạn tính mức độ vừa trên tiêu bản mô bệnh học. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Việt Hà [3], tỷ lệ trẻ tổn thương viêm thể hoạt động ở nhóm viêm dạ dày mạn tính *H. pylori* dương tính là 95,1% cao hơn ở nhóm viêm dạ dày mạn tính *H. pylori* âm tính (63,8%). Mức độ hoạt động của các tế bào viêm trên mảnh sinh thiết niêm mạc dạ dày chủ yếu ở mức độ nhẹ và vừa (83,2%), mức độ hoạt động mạnh chỉ chiếm 11,9% ở nhóm trẻ *H. pylori* dương tính. Trong nghiên cứu này, tác giả ghi nhận thấy có sự khác biệt rõ rệt về mức độ hoạt động và mức độ tổn thương giữa hai nhóm viêm dạ dày mạn tính có *H. pylori* dương tính và *H. pylori* âm tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ có mức độ viêm trên tiêu bản mô bệnh học nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 23,2%, 50,9% và 25,6%. Mức độ tổn thương trên mô bệnh học trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như ghi nhận của Nguyễn Thị Việt Hà.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ có nhiễm vi khuẩn trên tiêu bản mô bệnh học (+), (++) và (+++) lần lượt là 33,0%, 31,3% và 3,6%. Tỷ lệ phát hiện thấy vi khuẩn trên tiêu bản mô bệnh học trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Việt Hà. Trong nghiên cứu này, tác giả cũng ghi nhận thấy, tỷ lệ nhiễm *H.pylori* trên tiêu bản mô bệnh học ở 63,3% trong đó 37,9% có nhiễm *H.pylori* ở mức độ nhẹ, 18,8% ở mức độ vừa và 6,7% ở mức độ nặng [3].

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm nội soi VDDMT do *H.pylori* ở trẻ em: Hình ảnh tổn thương trên nội soi chủ yếu là phù nề niêm mạc (78,6%), xung huyết (58,9%) và niêm mạc lần sản dạng hạt (63,4%). Loét hành tá tràng gặp 7 trường hợp, chiếm tỷ lệ 6,3%. Niêm mạc dạ dày bình thường ở 3

trường hợp nhưng có tổn thương trên mô bệnh học là viêm ở mức độ trung bình. Vị trí tổn thương dạ dày, tá tràng: tổn thương toàn bộ dạ dày, tổn thương hang vị đơn thuần, tổn thương cả dạ dày và tá tràng, tổn thương hành tá tràng có tỷ lệ lần lượt là 47,3%, 22,3%, 18,8%, 7,1%.

- Đặc điểm tổn thương mô bệnh học: Có 3 trẻ có hình

ảnh nội soi bình thường nhưng có tổn thương viêm mạn tính mức độ vừa trên tiêu bản mô bệnh học. Tỷ lệ trẻ có nhiễm vi khuẩn trên tiêu bản MBH (+), (++) , và (+++) lần lượt là 33,0%, 31,1% và 3,6%. Tỷ lệ trẻ có mức độ viêm trên tiêu bản MBH nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 23,2%, 50,9% và 25,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thọ Lê & Khánh Nguyễn Gia (2008), Đánh giá tác dụng điều trị viêm dạ dày có nhiễm *Helicobacter pylori* bằng phác đồ OAC (omeprazole, amoxicillin, clarithromycin) tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Đại học Y Hà Nội, Đại học Y Hà Nội.
2. Khánh Nguyễn Gia & Bằng Nguyễn Văn (2009), *Nhiễm Helicobacter pylori ở trẻ em lâm sàng và điều trị*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Việt Hà, Hiền Phan Thị, Quang Trần Văn & Khánh Nguyễn Gia (2010), Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm, loét dạ dày tá tràng do *Helicobacter pylori* ở trẻ em, Tạp chí Nhi khoa.
4. Bằng Nguyễn Văn (2005), *Một số đặc điểm dịch tễ học nhiễm Helicobacter pylori ở trẻ em Việt Nam*, Tạp chí Nghiên cứu Y học.
5. Ngoan Nguyễn Văn (2004), *Viêm dạ dày mạn tính ở trẻ em: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi mô bệnh học và điều trị*, Đại học Y Hà Nội.
6. Hưng Tổng Quang (2010), Đánh giá hiệu quả diệt *Helicobacter pylori* của hai phác đồ điều trị viêm dạ dày mạn tính ở trẻ em, Đại học Y Hà Nội.
7. Trung Trần Thiện (2002) Viêm loét dạ dày - tá tràng và vai trò của *Helicobacter pylori*. Nhà xuất bản Y Học, pp 13-112.
8. Moujaber, T., MacIntyre, C. R., Backhouse, J., Gidding, H., Quinn, H. & Gilbert, G. L. (2008), "The seroepidemiology of *Helicobacter pylori* infection in Australia", *Int J Infect Dis*, 12(5), pp. 500-4.
9. Naous, A., Al-Tannir, M., Naja, Z., Ziade, F. & El-Rajab, M. (2007), "Fecoprevalence and determinants of *Helicobacter pylori* infection among asymptomatic children in Lebanon", *J Med Liban*, 55(3), pp. 138-44.
10. Ndip, R. N., Malange, A. E., Akoachere, J. F., MacKay, W. G., Titanji, V. P. & Weaver, L. T. (2004), "*Helicobacter pylori* antigens in the faeces of asymptomatic children in the Buea and Limbe health districts of Cameroon: a pilot study", *Trop Med Int Health*, 9(9), pp. 1036-40.



THỰC TRẠNG DUY TRÌ ĐIỀU TRỊ ARV TẠI CÁC CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ DỊCH VỤ Y TẾ LIÊN QUAN TẠI MỘT SỐ TỈNH/THÀNH PHỐ, GIAI ĐOẠN 2011-2016

Hoàng Thị Nhiên¹, Trần Xuân Bách², Phan Thị Thu Hương¹, Đỗ Thị Nhân¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 23.960 bệnh nhân HIV/AIDS bắt đầu điều trị năm 2011-2015 của 62 cơ sở điều trị (CSĐT), tại 15 tỉnh/thành phố để tìm hiểu thực trạng duy trì điều trị ARV của bệnh nhân tại CSĐT và một số yếu tố của CSĐT liên quan. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị chung là 87,3% (dao động 86%-88,8%). Sử dụng mô hình hồi quy đa biến cho thấy yếu tố của CSĐT như khu vực, loại hình cơ sở, hỗ trợ điều trị, quy trình khám bệnh, chữa bệnh và vị trí tiếp đón bệnh nhân HIV/AIDS có liên quan tới tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị ($p < 0,05$). Tuyển điều trị của CSĐT không liên quan tới tỷ lệ duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị; bên cạnh đó, yếu tố vùng/miền (Bắc, Trung, Nam) của CSĐT cũng không liên quan tới tỷ lệ này.

Từ khóa: HIV/AIDS, duy trì điều trị ARV, bỏ trị, ngừng theo dõi, cơ sở điều trị HIV/AIDS.

SUMMARY:

RETENTION ON ANTIRETROVIRAL THERAPY IN HIV/AIDS TREATMENT FACILITIES AND HEALTH SERVICE-RELATED FACTORS IN SOME PROVINCES, 2011-2016

A cross-sectional study was conducted on 23.960 HIV/AIDS patients who initiated antiretroviral therapy (ART) in 2011-2015 of 62 HIV/AIDS treatment facilities in 15 provinces to find out the reality of retention on ART and some factors related to the treatment facilities. The results showed that percentage of patients retained in care 12 months after initiating ART was 87.3% (range 86%-88.8%). The multivariate logistic regression model showed that the factors of treatment facilities such as geographic characteristics, types of facility, turn over

health worker, treatment peer supporters, examination and treatment process and location of receptions associated with retention on ART at 12 months ($p < 0.05$). The levels of treatment facilities was not associated with retention rate at 12 months after ART initiation; Additionally, retention on ART was not associated with regions of treatment facilities across the country (north, central and south).

Keywords: HIV/AIDS, Retention on ARV, loss to follow-up, attrition, HIV/AIDS treatment facility.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị ARV làm giảm tỷ lệ tử vong và bệnh tật ở người nhiễm HIV và làm giảm tỷ lệ nhiễm HIV mới trong cộng đồng [1].

Tính đến tháng 9/2017, trên cả nước có 122.439 người nhiễm HIV đang điều trị ARV [2]. Điều trị ARV là điều trị liên tục, suốt đời, đảm bảo bệnh nhân HIV/AIDS tuân thủ và được theo dõi trong suốt quá trình điều trị ARV [3]. Tỷ lệ duy trì điều trị ARV là một chỉ số đánh giá sự thành công của chương trình điều trị HIV/AIDS [4]. Đây cũng là một trong những chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc do Tổ chức Y tế thế giới (WHO) lựa chọn.

Trong bối cảnh các nhà tài trợ cắt giảm kinh phí viện trợ trực tiếp cho các dịch vụ HIV/AIDS, Chính phủ Việt Nam đã xác định bảo hiểm y tế là nguồn tài chính bền vững đối với điều trị HIV/AIDS [5]. Từ năm 2014 trở lại đây, các nhà tài trợ đã giảm dần và hiện đã ngừng hỗ trợ đối với điều trị bệnh nhiễm trùng cơ hội và một số xét nghiệm theo dõi điều trị HIV/AIDS. Năm 2015, các CSĐT HIV/AIDS trên toàn quốc bắt đầu thực hiện kiện toàn đáp ứng yêu cầu khám chữa bệnh qua bảo hiểm y tế đối với HIV/AIDS. Theo đó, phần lớn các CSĐT thuộc hệ thống y tế dự phòng đã chuyển sang hệ thống bệnh viện hoặc bổ sung chức năng điều trị, quy trình khám chữa bệnh HIV/AIDS đã điều chỉnh từ độc lập sang lồng

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS
2. Trường Đại học Y Hà Nội

» Ngày nhận bài: 22/06/2018 | » Ngày phản biện: 05/07/2018 | » Ngày duyệt đăng: 19/07/2018

ghép với quy trình khám chữa bệnh của bệnh viện. Điều này có thể làm ảnh hưởng đến việc duy trì điều trị ARV của người nhiễm HIV.

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về duy trì điều trị ARV. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về duy trì điều trị trong bối cảnh chuyển đổi các chính sách liên quan đến điều trị HIV/AIDS. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng tình hình duy trì điều trị và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại cơ sở điều trị HIV/AIDS ở một số tỉnh/thành phố, năm 2011-2016. Từ đó, đưa ra các giải pháp tiếp cận phù hợp nhằm tăng cường duy trì hiệu quả chương trình điều trị ARV cho người nhiễm HIV.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân và cơ sở điều trị HIV/AIDS

$$\text{Tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị} = \frac{\text{Số bệnh nhân bắt đầu điều trị ARV trong năm và còn nhận thuốc ARV tại thời điểm 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị}}{\text{Tổng số bệnh nhân bắt đầu điều trị ARV trong năm (bao gồm bệnh nhân chuyển tới, tử vong và bỏ điều trị, trừ bệnh nhân chuyển đi)}}$$

2.6. Công cụ thu thập và phương pháp xử lý số liệu
 - Phòng vấn cán bộ y tế về thông tin CSĐT bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn gồm vị trí đặt CSĐT, số lượng cán bộ tham gia hoạt động điều trị HIV/AIDS, các dịch vụ y tế chăm sóc điều trị HIV/AIDS sẵn có, số lượng bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ARV đang quản lý, tần suất phát thuốc, vị trí tiếp đón bệnh nhân HIV/AIDS;

- Hồi cứu hồ sơ bệnh án và sổ điều trị bằng thuốc kháng HIV.

Nhập liệu bằng phần mềm Epi Info 7, phân tích bằng phần mềm Stata 14.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết hợp phỏng vấn cán bộ y tế, bệnh nhân

2.3. Địa điểm nghiên cứu: 62 cơ sở điều trị HIV/AIDS thuộc 15 tỉnh/thành phố

2.4. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 6/2017 - 5/2018

2.5. Phương pháp chọn mẫu

- Chọn toàn bộ bệnh nhân HIV/AIDS bắt đầu điều trị năm 2011-2015 tại 62 CSĐT thuộc 15 tỉnh/thành phố

- Phỏng vấn cán bộ y tế (bác sỹ, điều dưỡng) tại 62 CSĐT.

Bệnh nhân HIV/AIDS duy trì điều trị sau 12 tháng bắt đầu điều trị ARV là bệnh nhân còn sống và đang được điều trị ARV tại thời điểm 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV (từ tháng 1-12 hằng năm) tính đến thời điểm thu thập.

Cách tính tỷ lệ duy trì điều trị ARV:

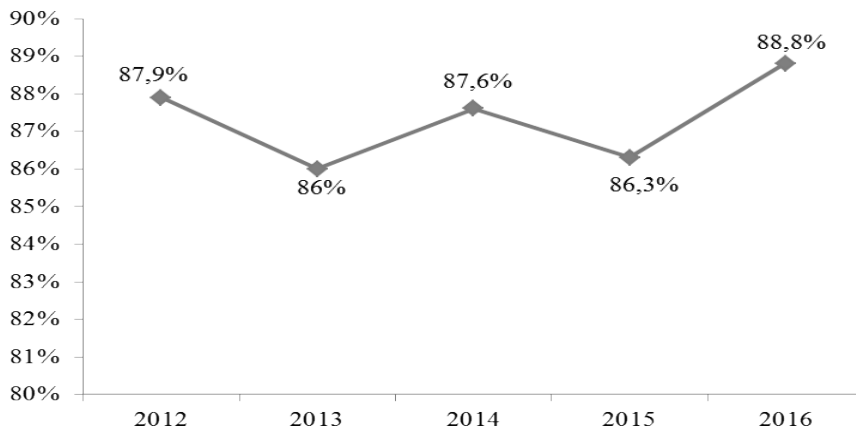
Nghiên cứu được thông Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội, đảm bảo đối tượng đồng ý tham gia vào nghiên cứu và mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 23.960 bệnh nhân HIV/AIDS bắt đầu điều trị ARV từ năm 2011-2015 của 62 CSĐT tại 15 tỉnh/thành phố. Trong đó, nam giới chiếm 63,6%, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 33,6 tuổi, tập trung ở nhóm 30 - 39 tuổi (chiếm 51,1%, tương đương 12.239 bệnh nhân).

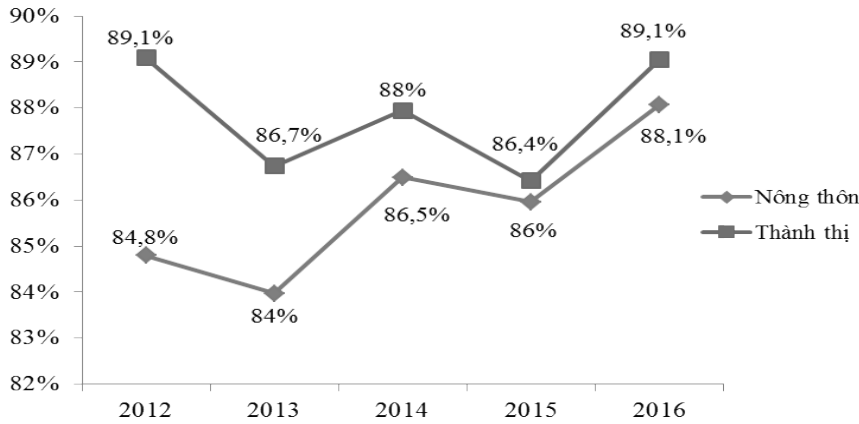
3.1. Thực trạng duy trì điều trị ARV tại CSĐT

Biểu đồ 1. Tỷ lệ duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị qua các năm



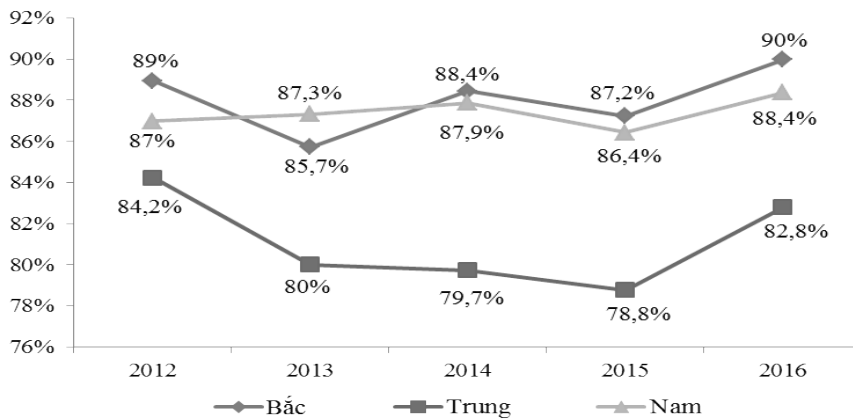
Tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị thay đổi qua các năm 2012-2016 và đều đạt mục tiêu của WHO (>85%).

Biểu đồ 2. Tỷ lệ duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị theo khu vực



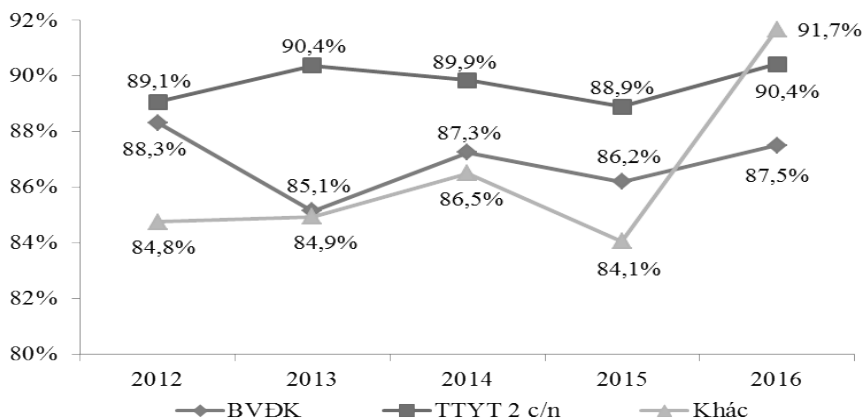
Các CSĐT thuộc khu vực thành thị có tỷ lệ duy trì điều trị ARV cao hơn CSĐT mới triển khai hoạt động. Sự khác biệt này chỉ có ý nghĩa thống kê năm 2012 và 2013 ($p < 0,05$).

Biểu đồ 3. Tỷ lệ duy trì điều trị ARV theo vùng miền qua các năm



Tỷ lệ duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị theo vùng miền thay đổi qua các năm. Nhìn chung, tỷ lệ duy trì điều trị tại các CSĐT miền Bắc cao hơn miền Trung và Nam, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Biểu đồ 4. Tỷ lệ duy trì điều trị ARV loại hình CSĐT qua các năm

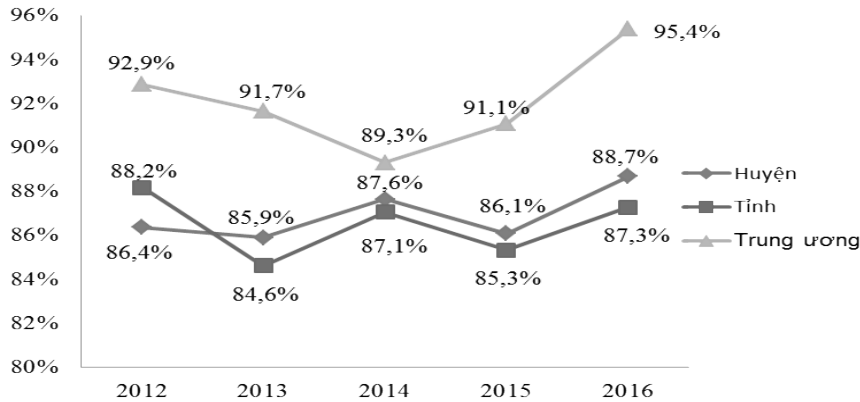


Theo loại hình CSĐT, tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị thay đổi theo thời gian. Trong đó, tỷ lệ duy trì tại các CSĐT thuộc TTYT 2 chức năng cao hơn so với các CSĐT khác năm 2012-2015. Năm 2016, tỷ lệ duy trì điều trị tại CSĐT

loại hình khác cao hơn so với CSĐT thuộc bệnh viện đa khoa và TTYT 2 chức năng, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

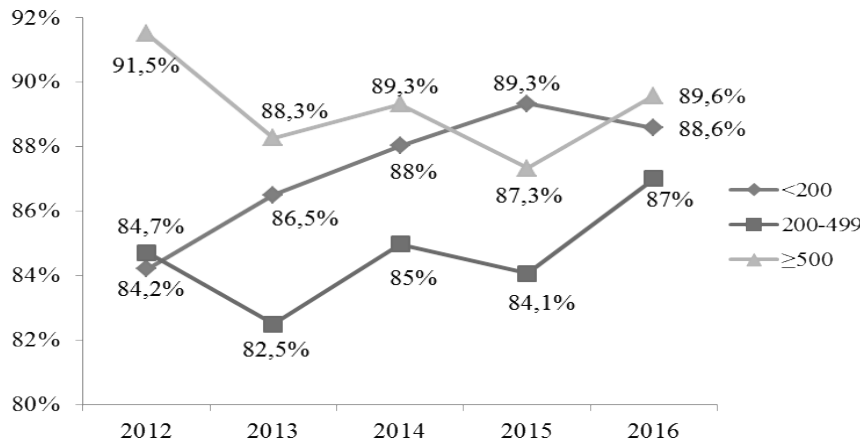
Tỷ lệ duy trì điều trị ARV theo tuyến được trình bày trong biểu đồ 5.

Biểu đồ 5. Tỷ lệ duy trì điều trị ARV theo tuyến điều trị qua các năm



Các CSĐT tuyến trung ương có tỷ lệ duy trì điều trị ARV cao hơn so với tuyến tỉnh và huyện, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (trừ năm 2014).

Biểu đồ 6. Tỷ lệ duy trì điều trị ARV theo số bệnh nhân ARV đang quản lý tại CSĐT qua các năm



Tỷ lệ duy trì điều trị tại các CSĐT ≥ 500 bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV cao hơn các CSĐT có số

lượng bệnh nhân ít hơn (trừ năm 2015). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Bảng 1. Tỷ lệ duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị theo nhân sự của CSĐT qua các năm

Nhân sự		Tỷ lệ duy trì điều trị sau 12 tháng qua các năm (%)				
		2012	2013	2014	2015	2016
Số lượng y, bác sỹ tham gia	<3	85,8	85,7	86,1	85,6	88,2
	3-5	89,6	87,5	88,7	87,5	89,2
	>5	88,8	80,5	88,1	84,2	89,3
	p	0,002	0,000	0,022	0,29	0,134
Thay đổi cán bộ	Có	89	87,6	87,9	86,6	89,3
	Không	84,9	80,9	86,6	85,5	87,3
	p	0,000	0,000	0,48	0,173	0,128
Nhân viên hỗ trợ điều trị	Có	90,5	87,9	88,2	87,1	89,2
	Không	84,1	83,2	86,7	85,4	88,2
	p	0,000	0,000	0,09	0,213	0,47

Nhìn chung, tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị theo đặc điểm nhân sự của CSĐT đồng nhất qua các năm 2011-2015.

Tỷ lệ duy trì điều trị ARV tại CSĐT có 3-5 bác sỹ/y sỹ cao hơn so với các CSĐT khác, có ý nghĩa thống kê trong

năm 2012, 2013 và 2014 ($p < 0,05$).

Các CSĐT có nhân viên hỗ trợ điều trị và thay đổi CBYT có tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị ARV cao hơn CSĐT không có, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê năm 2012 và 2013 ($p < 0,001$).

Bảng 2. Tỷ lệ duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị theo tần suất hoạt động và dịch vụ kèm theo của CSĐT qua các năm

		Tỷ lệ duy trì điều trị sau 12 tháng qua các năm (%)				
		2012	2013	2014	2015	2016
Tần suất phát thuốc/tháng	<8 lần	89,7	92,9	83,6	91,1	81
	8-12 lần	83,1	86,3	85,4	87,6	91,4
	16-20 lần	88,7	85,8	88	86	88,4
	p	0,001	0,66	0,047	0,605	0,01
Dịch vụ y tế kèm theo	1	86,3	85	86,6	87	87,6
	2	88,8	85,2	88,6	87,8	90,1
	3	87,4	86,7	84,8	84,8	87,8
	4	87,1	86,5	88,6	85,4	88,5
	5	88,9	87,9	89,6	84,4	88,2
	p	0,005	0,008	0,017	0,003	0,004

Năm 2016, các CSĐT có tần suất phát thuốc 8-12 lần/tháng có tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị cao (>91%) so với các CSĐT có tần suất ít hơn. Năm 2014 về trước, tỷ lệ duy trì điều trị ARV tại các

CSĐT có 5 dịch vụ y tế kèm theo cao hơn so với CSĐT khác. Sau 2014, tỷ lệ duy trì điều trị ARV cao tại các CSĐT có 2 dịch vụ y tế kèm theo. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Tỷ lệ duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị và các yếu tố dịch vụ y tế liên quan

Tỷ lệ duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị	OR	p*	Khoảng tin cậy (KTC) 95%	
Giới tính				
Nam	1			
Nữ	1,93	0,000	1,77	2,11
Tuổi	0,99	0,026	0,99	1
Khu vực				
Nông thôn	1			
Thành thị	1,15	0,022	1,02	1,3
Loại hình cơ sở				
Bệnh viện đa khoa	1			
TTYT 2 chức năng	1,58	0,000	1,37	1,83
Khác	0,89	0,068	0,78	1,01
Nhân viên hỗ trợ điều trị				
Không	1			
Có	1,36	0,000	1,21	1,54
Tần suất phát thuốc/tháng				
< 8 lần	1			
8-12 lần	0,57	0,012	0,37	0,89
16-20 lần	0,67	0,064	0,44	1,02
Dịch vụ y tế kèm theo				
1	1			
3	0,93	0,162	0,84	1,03
4	1,11	0,104	0,98	1,27
5	0,8	0,027	0,66	0,98
Vị trí tiếp đón				
Khoa khám bệnh	1			
PKĐK/truyền nhiễm	1,6	0,000	1,45	1,75
Khác	4,91	0,000	3,02	7,96

p*: Giá trị p trong Mô hình logistic đa biến

Các yếu tố thuộc về CSĐT liên quan tới tỷ lệ duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị trong mô hình hồi quy logistic này phát hiện: Các CSĐT khu vực thành thị có tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị ARV cao gấp 1,15 lần (KTC 95%: 1,02-1,3) so với khu vực nông thôn. Các CSĐT là TTYT 2 chức năng có tỷ lệ bệnh nhân duy trì

điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị cao gấp 1,58 lần (KTC 95%: 1,37-1,83) so với CSĐT là bệnh viện đa khoa. Các CSĐT có nhân viên hỗ trợ điều trị có tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị ARV cao gấp 1,36 lần (KTC 95%: 1,21-1,54) so với CSĐT không có nhân viên hỗ trợ điều trị. Các CSĐT phát thuốc ARV 8-12 lần/tháng có tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị thấp hơn 0,57 lần (KTC 95%:



0,37-0,89) so với CSĐT có tần suất phát thuốc ít hơn. Các CSĐT có 5 dịch vụ y tế kèm theo ngoài thuốc ARV và các xét nghiệm cơ bản có tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị thấp hơn 0,8 lần (KTC 95%: 0,66-0,98) so với CSĐT chỉ có 1 dịch vụ kèm theo.

Các CSĐT tiếp đón bệnh nhân HIV/AIDS tại PKĐK/khoa truyền nhiễm và khác có tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị cao gấp 1,6 lần (KTC 95%: 1,45-1,75) và 4,91 lần (KTC 95%: 3,02-7,96) so với CSĐT tiếp đón tại khoa khám bệnh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị chung giai đoạn 2012-2016 là 87,3% (dao động 86-88,8%). Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bùi Đức và cộng sự (84,6%), nghiên cứu của Đỗ Thị Nhân và cộng sự (81,2%) nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Kính và cộng sự (89,8%) [6],[7],[8].

Các CSĐT thuộc khu vực thành thị có tỷ lệ duy trì điều trị ARV sau 12 tháng cao gấp 1,15 lần (KTC 95%: 1,02-1,3) so với khu vực nông thôn. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác [6],[9]. Điều này có thể được giải thích do thành thị là nơi tập trung các CSĐT tuyến tỉnh, trung ương với đội ngũ CBYT có trình độ chuyên môn và nhân viên hỗ trợ điều trị, nhận hỗ trợ từ các dự án. Vì vậy, hỗ trợ và chú trọng hơn trong việc hỗ trợ bệnh nhân tuân thủ điều trị, giúp tăng tỷ lệ duy trì điều trị.

Điều trị ARV là liên tục, suốt đời, đảm bảo tuân thủ điều trị. Sự hỗ trợ từ người thân trong gia đình, đồng đẳng viên, CBYT, nhân viên hỗ trợ điều trị (là bệnh nhân đang điều trị ARV khỏe mạnh, tuân thủ tốt) tại CSĐT,... là một trong các biện pháp quan trọng giúp bệnh nhân HIV/AIDS tuân thủ điều trị ARV tốt hơn. Trong nghiên cứu này, 25 CSĐT có nhân viên hỗ trợ điều trị - là bệnh nhân phòng khám ARV khỏe mạnh, tuân thủ tốt. Các CSĐT có nhân viên hỗ trợ điều trị có tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị ARV cao gấp 1,36 lần so với CSĐT không có (KTC 95%: 1,21-1,54). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Olivier và cộng sự [9].

Tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị tại các TTYT 2 chức năng cao gấp 1,58 lần so với các CSĐT khác. Sở dĩ có kết quả như vậy là do có cả 2 chức năng dự phòng cũng như điều trị, trong khi khối lượng, áp lực công việc không nhiều như khối bệnh viện

đa khoa, có nhiều thời gian tư vấn, hỗ trợ bệnh nhân tuân thủ điều trị. Ngoài ra, TTYT còn có chức năng quản lý và nâng cao sức khỏe cho người dân [10]. Điều này giúp TTYT chú trọng hơn trong việc theo dõi, quản lý bệnh nhân mạn tính, trong đó có bệnh nhân HIV/AIDS.

Trước năm 2013, bệnh nhân HIV/AIDS trực tiếp vào các phòng khám ARV để khám, lĩnh thuốc và thực hiện các xét nghiệm theo dõi điều trị. Sau năm 2013, các CSĐT phải kiện toàn để đáp ứng yêu cầu cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh HIV/AIDS qua bảo hiểm y tế. Theo đó, quy trình khám chữa bệnh HIV/AIDS phải tuân theo quy trình khám bệnh, chữa bệnh chung theo các bước: Tiếp đón, khám bệnh, cận lâm sàng, trả kết quả cận lâm sàng, bác sĩ quyết định phác đồ điều trị, giám định bảo hiểm y tế, thanh toán (nếu cần), lĩnh thuốc [11]. Tùy từng CSĐT, vị trí tiếp đón được đặt tại khoa khám bệnh hoặc phòng khám đa khoa/khoa truyền nhiễm (kết nối với mạng khoa khám bệnh). Tại các CSĐT bệnh nhân trực tiếp vào phòng khám đa khoa/khoa truyền nhiễm có tỷ lệ duy trì điều trị ARV cao hơn các CSĐT tiếp đón bệnh nhân tại khoa khám bệnh (bảng 3) do giảm thời gian chờ khám cũng như kì thị, phân biệt đối xử hay lộ tình trạng bệnh.

Tần suất phát thuốc ARV của CSĐT cũng ảnh hưởng tới tỷ lệ bệnh nhân duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị. Kết quả chỉ ra CSĐT thực hiện cấp phát thuốc ARV dưới 8 lần/tháng có tỷ lệ duy trì cao hơn (bảng 3). CSĐT thực hiện cấp phát dưới 8 lần/tháng giúp bệnh nhân tuân thủ tốt hơn trong việc tái khám, lĩnh thuốc, đảm bảo hiệu quả điều trị ARV.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị thay đổi qua các năm 2012-2016 nhưng đều đạt mục tiêu của WHO (>85%);

Các yếu tố dịch vụ y tế như thay đổi quy trình khám chữa bệnh, vị trí tiếp đón, loại hình CSĐT và hỗ trợ điều trị bệnh nhân HIV/AIDS có liên quan tới tỷ lệ duy trì điều trị ARV sau 12 tháng bắt đầu điều trị.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Các cơ sở điều trị cần điều chỉnh quy trình khám bệnh, chữa bệnh HIV/AIDS qua bảo hiểm y tế phù hợp giúp giảm thời gian chờ cho bệnh nhân; tăng cường truyền thông giảm kì thị, phân biệt đối xử cho cán bộ tiếp đón, giám định và thanh toán bảo hiểm y tế của cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2013). The use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV infection.
3. Bộ Y tế (2017). Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2018.
3. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS*.
4. Thomas P.G, Allen L.G et al (2007). Retention in care: a challenge to survival with HIV infection. *Clinical Infectious Diseases*, 44, 1493–1499.
5. Chính phủ (2013). Phê duyệt đề án “Bảo đảm tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2013 - 2020.
6. Duc B.N, Nhan T.D, Ray W.S et al (2013). Outcomes of Antiretroviral Therapy in Vietnam: Results from a National Evaluation. *PLOS ONE*, 8(2), e5575.
7. Do Thi Nhan, Nguyen Thi Minh Thu, Do Mai Hoa et al (2012). Combining Cohort analysis and monitoring of HIV early-warning indicators of drug resistance to assess antiretroviral therapy services in Viet Nam. *Clinical Infectious Diseases*, 54(4), S306–S312.
8. Nguyễn Văn Kính và cộng sự (2010). Đánh giá tuân thủ và hiệu quả điều trị bằng thuốc kháng virus (ARV). *Hội nghị khoa học quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS lần thứ IV*, Trung tâm Hội nghị Quốc gia Mỹ Đình ngày 1-3/12/2010, Bộ Y tế.
9. Olivier K, Tsui S, Fred W.M et al (2014). Retention and risk factors for attrition among adults in antiretroviral treatment programmes in Tanzania, Uganda and Zambia. *Trop Med Int Health*, 19(12), 1397-1410.
10. Bộ Y tế (2016). *Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố thuộc thành phố trực thuộc trung ương*, Hà Nội, ngày 25/10/2016
11. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện*.



THỰC TRẠNG, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC VỀ KHÁM SÀNG LỌC VÀ TƯ VẤN TRƯỚC TIÊM CHỦNG CỦA NHÂN VIÊN TRẠM Y TẾ XÃ, HUYỆN TỨ KỲ, TỈNH HẢI DƯƠNG

Phạm Thị Phương Dung¹, Mai Xuân Thu², Trần Hữu Bích³

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng của nhân viên trạm y tế xã (TYTX) tại huyện Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương. Nghiên cứu được thiết kế cắt ngang mô tả, phỏng vấn 53 nhân viên y tế (NVYT) làm công tác khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng tại 27 TYTX về thông tin nhân khẩu học, kiến thức về công tác tiêm chủng và khám sàng lọc, tư vấn trước tiêm chủng. Kết quả cho thấy: (1) NVYT đã có kiến thức về tiêm chủng, về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng, tuy nhiên chưa đầy đủ và toàn diện khi tỷ lệ trả lời đúng và đầy đủ các nội dung rất thấp (1,9 – 9,3%). (2) Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ chuyên môn và thâm niên công tác của NVYT với kiến thức về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng. Khuyến nghị bao gồm tăng cường đào tạo, tập huấn cho NVYT, xây dựng bộ tài liệu tham khảo nội bộ và thiết lập kênh thông tin hỗ trợ cho TYTX.

Từ khóa: Tiêm chủng, khám sàng lọc, tư vấn trước tiêm chủng, nhân viên y tế.

SUMMARY

THE CURRENT SITUATION AND SOME FACTORS RELATED TO KNOWLEDGE ON SCREENING EXAMINATION AND PRE-VACCINATION COUNSELLING OF COMMUNE HEALTH STATION STAFFS IN TU KY DISTRICT, HAI DUONG PROVINCE

The objective of the study was to describe the current situation and some factors related to knowledge on screening examination and pre-vaccination counselling of commune health station staffs in Tu Ky district, Hai

Duong province. A cross-sectional descriptive study was conducted to interview 53 health workers in 27 commune health stations for demographic and their knowledge on immunizations, screening examination and pre-vaccination counselling. The results show that: (1) Health workers had knowledge on immunizations, screening examination and pre-vaccination counselling, but not fully and comprehensively, when the rate of correct and full answer is very low (1.9 – 9.3%). (2) There are a statistically significant relationship between the level of professionalism, seniority of health worker and their knowledge on screening examination and pre-vaccination counselling. Recommendations include: To strengthen training for health workers; To develop a set of internal references; To establish a supportive information channel for commune health stations.

Keywords: Immunization, screening examination, pre-vaccination counselling, healthcare worker.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêm chủng mở rộng (TCMR) là một trong những chương trình mục tiêu sức khỏe quan trọng hàng đầu ở Việt Nam, góp phần giảm thiểu tác hại và gánh nặng do các bệnh truyền nhiễm phổ biến và nguy hiểm cho trẻ em. Trong quy trình thực hiện an toàn tiêm chủng, khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng là một trong những bước quan trọng, liên quan mật thiết đến giám sát, theo dõi những phản ứng bất lợi sau tiêm vắc xin của trẻ. Tuy nhiên, trên thực tế và kết quả nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ thực hiện đầy đủ các bước khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng tại các địa phương, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở còn thấp, có liên quan đến kiến thức

1. Trung tâm Y tế huyện Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương
2. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế
3. Trường Đại học Y tế Công cộng

» Ngày nhận bài: 02/07/2018 | » Ngày phản biện: 07/07/2018 | » Ngày duyệt đăng: 23/08/2018

của nhân viên xã thực hiện công tác này. Do đó, mục tiêu của nghiên cứu này là mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng của nhân viên TYTX tại huyện Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: NVYT thực hiện công tác khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng tại các TYTX, thị trấn của huyện Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian: Tháng 2/2018 đến tháng 6/2018.

Địa điểm: Tất cả các TYTX, thị trấn thuộc huyện Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương.

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, kết hợp giữa nghiên cứu định lượng và định tính.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ NVYT thực hiện khám sàng lọc, tư vấn trước tiêm chủng tại 27

TYTX, thị trấn huyện Tứ Kỳ. Mỗi TYT có 2 NVYT làm công tác này, nhưng do tại thời điểm nghiên cứu có 01 NVYT vắng mặt, không thể tham gia nghiên cứu nên tổng số NVYT tham gia nghiên cứu này là 53 người.

Phương pháp thu thập thông tin: Sử dụng phiếu hỏi phỏng vấn bán cấu trúc.

Phương pháp phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để nhập liệu và phần mềm Stata để phân tích. Số liệu được kiểm tra tính logic và nhất quán, thống kê mô tả và sử dụng kiểm định χ^2 để so sánh các tỷ lệ, sử dụng OR và khoảng tin cậy để đo lường độ mạnh của sự kết hợp.

Đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức trường Đại học Y tế Công cộng thông qua và cho phép tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên sự tự nguyện tham gia của đối tượng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=53)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Dưới 30 tuổi	7	13,2
	31 – 40 tuổi	11	20,7
	41 – 50 tuổi	10	18,9
	Trên 50 tuổi	25	47,2
Giới tính	Nam	32	60,4
	Nữ	21	39,6
Trình độ và chức danh chuyên môn	Bác sĩ đa khoa/chuyên khoa	20	37,7
	Y sĩ đa khoa	28	52,8
	Y sĩ sản nhi	3	5,7
	Y sĩ y học cổ truyền	2	3,8
Số năm làm chuyên môn	Dưới 10 năm	14	26,4
	11 – 20 năm	6	11,3
	20 – 30 năm	22	41,5
	Trên 30 năm	11	20,8
Số năm làm tại TYT xã	Dưới 10 năm	14	26,4
	11 – 20 năm	7	13,2
	20 – 30 năm	24	45,3
	Trên 30 năm	8	15,1
Chức danh quản lý	Trạm trưởng/ Trạm phó	28	52,8
	Không làm quản lý	25	47,2
Tham gia tập huấn về công tác tiêm chủng trong năm 2017	Có	49	92,5
	Không	4	7,5



Nghiên cứu tiền hành phỏng vấn 53 NVYT làm công tác khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng tại 27 TYTX, thị trấn của huyện Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương. Về độ tuổi, số NVYT làm công tác khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng tại các TYTX, thị trấn phần lớn có độ tuổi từ 50 – 60 tuổi, chiếm 47,2%. Về giới, số NVYT là nam chiếm tỷ lệ áp đảo với 60,4%, trong khi tỷ lệ NVYT nữ chỉ chiếm 39,6%. Về trình độ và chức danh chuyên môn, tỷ lệ NVYT là bác sỹ chiếm 37,7%, trong khi y sỹ đa khoa chiếm 52,8%, y sỹ

sản nhi chiếm 5,7% và y sỹ y học cổ truyền chiếm 3,8%. Về kinh nghiệm chuyên môn và kinh nghiệm làm việc tại TYTX, số NVYT có 20 - 30 năm làm chuyên môn đều chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 41,5% và 45,3%. Về công tác quản lý, 52,8% NVYT đang thực hiện công tác trạm trưởng hoặc trạm phó tại TYTX. Về tham gia tập huấn công tác tiêm chủng, mới có 92,5% NVYT được tham gia tối thiểu 1 lớp tập huấn trong năm 2017.

2. Kiến thức của NVYT về công tác tiêm chủng

Bảng 2. Kiến thức của NVYT về công tác tiêm chủng (n=53)

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Kiến thức về vắc xin	36	67,9
Vắc xin VGB mũi đầu tiên cần tiêm cho trẻ tối đa trong vòng 24 giờ đầu sau sinh	49	92,5
Có thể tiêm vắc xin Sởi cho trẻ khỏe mạnh từ 9 tháng tuổi	43	81,1
Vắc xin BCG – Lao thường để lại sẹo sau khi tiêm	52	98,1
Khoảng cách thời gian giữa các liều DPT – VGB – Hib (Quinvaxem) tối thiểu là 01 tháng	50	94,3
Trẻ có thể tiêm 2 loại vắc xin trong cùng một buổi tiêm chủng	51	96,2
Kiến thức về những dấu hiệu trẻ cần phải hoãn tiêm vắc xin	2	3,8
Trẻ mắc các bệnh cấp tính, đặc biệt là các bệnh nhiễm trùng	48	90,6
Trẻ sốt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ (đo nhiệt độ tại nách)	49	92,5
Trẻ mới dùng các sản phẩm globulin miễn dịch trong vòng 3 tháng trừ trường hợp trẻ đang sử dụng globulin miễn dịch điều trị viêm gan B	13	24,5
Trẻ đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid (uống, tiêm) trong vòng 14 ngày	36	67,9
Trẻ có cân nặng dưới 2000g	8	15,1
Các trường hợp tạm hoãn tiêm chủng khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin	7	13,2
Kiến thức về những dấu hiệu nguy hiểm sau tiêm chủng mà gia đình phải đưa trẻ đến cơ sở y tế	1	1,9
Trẻ mắc các bệnh cấp tính, đặc biệt là các bệnh nhiễm trùng	1	1,9
Trẻ sốt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ (đo nhiệt độ tại nách)	53	100
Trẻ quấy khóc nhiều	25	47,2
Trẻ có thay đổi màu sắc da, niêm mạc	12	22,6
Trẻ bị run chân tay	1	1,9
Trẻ có biểu hiện co giật	28	52,8
Trẻ có biểu hiện bất thường khác	5	9,4

Kiến thức của NVYT về tiêm chủng được đánh giá dựa trên kiến thức về vắc xin, về những dấu hiệu trẻ phải hoãn tiêm vắc xin và về những dấu hiệu nguy hiểm sau tiêm chủng mà gia đình phải đưa trẻ đến cơ sở y tế.

Đối với kiến thức về vắc xin, tỷ lệ NVYT trả lời đúng các câu hỏi kiến thức riêng lẻ đều ở mức cao trên 80%, tuy nhiên chỉ có 67,9% NVYT trả lời đúng và đầy đủ kiến thức về vắc xin.

Đối với kiến thức liên quan đến những dấu hiệu trẻ cần phải hoãn tiêm vắc xin, chỉ có 3,8% NVYT có thể trả lời đúng đầy đủ các dấu hiệu trẻ cần phải hoãn tiêm vắc xin. Phần lớn NVYT đều trả lời được các dấu hiệu cơ bản là khi trẻ mắc các bệnh cấp tính, đặc biệt là các bệnh nhiễm trùng (90,6%), trẻ sốt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ khi đo nhiệt độ tại nách (92,5%), trẻ đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid (uống, tiêm) trong vòng 14 ngày

(67,9%). Trong khi các dấu hiệu khác cũng quan trọng như trẻ mới dùng các sản phẩm globulin miễn dịch trong vòng 3 tháng trừ trường hợp trẻ đang sử dụng globulin miễn dịch điều trị viêm gan B, trẻ có cân nặng dưới 2000g và các trường hợp tạm hoãn tiêm chủng khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin có tỷ lệ NVYT trả lời đúng lần lượt chỉ là 24,5%; 15,1% và 13,2%.

Đối với những dấu hiệu nguy hiểm sau tiêm chủng mà gia đình phải đưa trẻ đến cơ sở y tế, chỉ có 1,9% NVYT trả lời đúng và đầy đủ. Các NVYT mới chỉ trả lời được các đáp án cơ bản, nhưng lại không trả lời được các đáp án liên quan đến trẻ có thay đổi màu sắc da, niêm mạc (22,6%), trẻ có biểu hiện bất thường khác (9,4%) và trẻ bị run chân tay (1,9%).

3. Kiến thức của NVYT về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng

Bảng 3. Kiến thức của NVYT về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng (n=53)

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Khai thác thông tin về tiền sử và thông tin liên quan đến trẻ trước khi khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng	7	13,2
Xác định tên, tuổi, địa chỉ của trẻ	11	20,8
Khai thác tình hình sức khỏe hiện tại của trẻ	43	81,1
Khai thác tiền sử bệnh tật, tiền sử dị ứng của trẻ	31	58,5
Kiểm tra phiếu/sổ tiêm chủng và tiền sử tiêm chủng của trẻ	40	75,5
Nội dung khám sàng lọc cho trẻ trước tiêm chủng	13	24,5
Quan sát tinh thần tỉnh táo, nhanh nhẹn	31	58,5
Quan sát thể trạng, màu da, niêm mạc	37	69,8
Kiểm tra thân nhiệt	47	88,7
Nghe tim, phổi	49	92,5
Khám thực thể theo từng trường hợp cụ thể	26	49,1
Nội dung tư vấn cho trẻ và gia đình trước tiêm chủng	5	9,43
Thông báo vắc xin trẻ được tiêm chủng	50	94,3
Giải thích những phản ứng có thể xảy ra sau tiêm chủng	39	73,6
Hướng dẫn theo dõi, chăm sóc sau tiêm chủng	29	54,7
Hẹn lịch tiêm chủng tiếp theo	9	17,0



Khi hỏi về khai thác thông tin liên quan đến tiền sử và liên quan đến trẻ trước khi khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng, chỉ 13,2% NVYT trả lời đầy đủ được các nội dung thông tin. Các NVYT còn chưa trả lời được các nội dung liên quan đến khai thác tiền sử bệnh tật, tiền sử dị ứng của trẻ, khi chỉ có 58,5% NVYT trả lời cho đáp án này. Tỷ lệ NVYT trả lời về nội dung xác định tên, tuổi, địa chỉ của trẻ ở mức rất thấp, chỉ 20,8%.

Đối với các nội dung khám sàng lọc cho trẻ trước tiêm chủng, mặc dù kết quả ở từng nội dung khám đều cao, nhưng chỉ có 24,5% số NVYT trả lời được đầy đủ các nội dung khám sàng lọc trước tiêm chủng cho trẻ em, trong đó các NVYT chưa quan tâm đến việc khám thực thể theo từng trường hợp cụ thể, khi chỉ có 49,1% NVYT trả lời

được nội dung này.

Đối với các nội dung mà NVYT tư vấn cho trẻ và gia đình trước tiêm chủng, chỉ 9,43% NVYT tư vấn đầy đủ các nội dung cho trẻ và gia đình. Hầu hết các NVYT đều cung cấp thông tin cho gia đình trẻ về loại vắc xin trẻ được tiêm chủng (tên loại vắc xin, dự phòng bệnh gì), chiếm 94,3%. Tỷ lệ NVYT trả lời nội dung giải thích những phản ứng có thể xảy ra sau tiêm chủng chiếm 73,6%. Nội dung về hướng dẫn theo dõi, chăm sóc sau tiêm chủng được 54,7% NVYT đề cập đến. Trong khi đó, chỉ 17,0% NVYT trả lời về việc hẹn lịch tiêm chủng tiếp theo.

4. Mối liên quan giữa các yếu tố cá nhân và kiến thức về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng

Bảng 4. Mối liên quan giữa các yếu tố cá nhân và kiến thức về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng

Yếu tố liên quan	Tỷ số chênh (OR)	95% khoảng tin cậy của OR	Giá trị p
Trình độ chuyên môn:			
- Y sỹ	1	---	---
- Bác sỹ	3,29	1,73 – 9,84	0,015
Thâm niên công tác			
- Dưới 20 năm	1	---	---
- Từ 20 năm trở lên	2,63	0,95 – 6,91	0,02
Cỡ mẫu phân tích (n = 53)		(*) Nhóm so sánh	(---) Không áp dụng
Biến phụ thuộc: Kiến thức về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng			

Qua phân tích số liệu, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa trình độ chuyên môn và thâm niên công tác với kiến thức về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng cho trẻ em. Những NVYT có trình độ chuyên môn bác sỹ có kiến thức về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng cho trẻ cao hơn 3,29 lần những NVYT có trình độ chuyên môn là y sỹ ($p = 0,015$). Những NVYT có thâm niên công tác từ 20 năm trở lên có kiến thức về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng cao hơn 2,63 lần so với những NVYT có thâm niên công tác dưới 20 năm ($p = 0,02$).

IV. KẾT LUẬN

Về cơ bản, các NVYT làm công tác khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng tại 27 TYTX, thị trấn của huyện

Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương đã có kiến thức về tiêm chủng, về khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng, tuy nhiên chưa đầy đủ và toàn diện khi tỷ lệ trả lời đúng và đầy đủ các nội dung rất thấp.

Nghiên cứu đề xuất một số kiến nghị sau:

- Tăng cường tổ chức các lớp tập huấn hoặc đào tạo tại chỗ về tiêm chủng cho NVYT các TYT xã, theo từng nội dung chuyên đề, đào tạo theo hướng cầm tay chỉ việc.

- Xây dựng bộ tài liệu tham khảo nội bộ cho các trạm, trong đó có các hướng dẫn chi tiết về công tác khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng, hỗ trợ NVYT trong quá trình làm việc.

- Thiết lập các kênh thông tin hỗ trợ cho tuyến xã và tăng cường tương tác trao đổi giữa tuyến huyện và tuyến xã, giữa các xã với nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 2301/QĐ-BYT ngày 12/06/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc “Ban hành hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em”*.
2. Ngô Thị Nhu (2012), *Thực trạng an toàn trong các buổi tiêm chủng tại 35 trạm y tế xã, thị trấn huyện Tiền Hải năm 2011*. Tạp chí Y học Thực hành, Số 1/2012, Tr.60–2.
3. Nguyễn Khắc Nguyên (2016), *Thực trạng công tác tư vấn, khám sàng lọc trong quy trình tiêm chủng an toàn của nhân viên y tế tại thành phố Sông Công tỉnh Thái Nguyên năm 2016*. Đại học Y tế Công Cộng, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng.
4. Nguyễn Văn Lành (2015), *Kiến thức, thực hành về tiêm chủng của cán bộ y tế tại các trạm y tế trên địa bàn tỉnh Hậu Giang năm 2014*. Tạp chí Y học Dự Phòng, Số 12(172), Tr.116-122.
5. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (2008), *Đánh giá thực trạng nhân lực y tế hoạt động trong chương trình tiêm chủng mở rộng*.
6. World Health Organization (2017), *WHO | Immunization*.
Truy cập ngày 07/11/2017, URL: <http://www.who.int/topics/immunization/en/>.



THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ TÌNH DỤC AN TOÀN CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG XÃ ĐẢO QUAN LẠN, HUYỆN VÂN ĐỒN, TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2017

Nguyễn Thị Ái¹, Nguyễn Thị Thúy Hạnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng kiến thức, thái độ về tình dục an toàn và một số yếu tố liên quan của học sinh Trường trung học phổ thông xã đảo Quan Lạn, huyện Vân Đồn, tỉnh Quảng Ninh. **Đối tượng:** Toàn bộ 197 học sinh đang học tại trường THPT Quan Lạn, huyện Vân Đồn, tỉnh Quảng Ninh. **Phương pháp:** Áp dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, điều tra bằng bộ câu hỏi tự điền. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy học sinh có kiến thức chung và thái độ đúng về TDAT là khá thấp (với kiến thức đạt chiếm 8,6%, thái độ đúng chiếm 17,8%), trong đó, 50,8% học sinh biết bao cao su là BPTT phù hợp với tuổi VTN, 43,7% học sinh biết dấu hiệu có thai quan trọng nhất là tắt kinh, 68,5% học sinh biết một trong số các bệnh LTQĐTD là HIV/AIDS, 64,5% không biết biểu hiện của BLTQĐTD ở nam giới và 56,3% học sinh không biết BLTQĐTD ở nữ giới.

Từ khóa: Tình dục an toàn, học sinh trung học phổ thông.

SUMMARY:

KNOWLEDGE AND ATTITUDE ABOUT SAFE SEX AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS QUAN LẠN, VAN DON DISTRICT, QUANG NINH PROVINCE IN 2017

Objectives: Knowledge and attitude about safe sex of high school students and some related factors in Quan Lạn, Van Don district, Quang Ninh province in 2017. **Subjects:** All students studying in the high school. **Method:** Applied cross-sectional study, by self-fill questionnaire. **Results:** Results of the study show that students with general knowledge and attitudes about safe sex are relatively low (with correct knowledge occupied 8.6%, correct attitude accounted for 17.8%), in which, 50.8% of the students knew that condoms were suitable for adolescence,

43.7% knew the most important signs of pregnancy were menstruation, 68.5% knew one among STDs, 64.5% do not know the STDs in men and 56.3% do not know STDs among females.

Keywords: Safe sex, high school students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, mỗi năm có khoảng 16 triệu trẻ em gái ở lứa tuổi vị thành niên sinh con và khoảng 3 triệu trẻ em gái lứa tuổi 15-19 nạo phá thai không an toàn [1]. Tại Việt Nam, theo Tổng cục Dân số-Kế hoạch hóa gia đình, mặc dù tỷ lệ phá thai ở Việt Nam trong 10 năm gần đây giảm, nhưng tỷ lệ nạo phá thai ở trẻ vị thành niên, thanh niên lại có dấu hiệu gia tăng, chiếm hơn 20% các trường hợp nạo phá thai.

Tỉnh Quảng Ninh là một trong những tỉnh có tỷ lệ phá thai cao nhất cả nước, trong đó đáng báo động là thực trạng nạo phá thai ở nữ vị thành niên gia tăng qua các năm. Năm 2013, có 1.149 ca phá thai trong đó vị thành niên chiếm 3% đến năm 2015 tỷ lệ này tăng lên 5,8% [2]. Tại các trường trung học phổ thông trên địa bàn tỉnh Quảng Ninh, có tới 1/3 các em học sinh chưa biết các biện pháp tránh thai an toàn, đặc biệt là chưa biết cách xử lý khi mang thai ngoài ý muốn trong khi nhu cầu truyền thông, cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản/kế hoạch hóa gia đình ở các em là 83,4% [3]. Các nghiên cứu về vấn đề này tại xã đảo Quan Lạn còn rất hạn chế. Do vậy, nghiên cứu này được tiến hành để có cơ sở khoa học cho việc xây dựng chiến lược và nội dung truyền thông giáo dục về tình dục an toàn cho vị thành niên ở lứa tuổi học sinh tại vùng biển đảo đặc biệt với các mục tiêu sau:

1. Mô tả kiến thức, thái độ về tình dục an toàn của học sinh trung học phổ thông xã đảo Quan Lạn, huyện Vân Đồn, tỉnh Quảng Ninh năm 2017.

1. Trường đại học Y Dược Thái Bình
2. Trường đại học Y Hà Nội

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về tình dục an toàn của học sinh Trung học phổ thông tại xã đảo Quan Lạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Trường trung học phổ thông Quan Lạn thuộc huyện Vân Đồn, tỉnh Quảng Ninh
- Thời gian nghiên cứu: từ 03/2017- 05/2018

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh đang học tại trường Trung học phổ thông Quan Lạn, huyện Vân Đồn, Quảng Ninh.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.4. Chọn mẫu và cỡ mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu chủ đích, chọn toàn bộ 197 học sinh trường THPT đảo Quan Lạn của huyện Vân Đồn, tỉnh Quảng Ninh. Đây là đảo đông dân nhất của tỉnh Quảng Ninh với các điều kiện địa lý và kinh tế đặc biệt. Với sự ưu đãi đặc biệt của thiên nhiên khu vực này có nhiều tiềm năng để phát triển kinh tế như: nguồn hải sản, lâm sản phong phú, bãi biển đẹp, hoang sơ là điều kiện tốt để phát triển du lịch biển đảo. Tuy nhiên, các trường học ở đây có số lượng học sinh và đội ngũ giáo viên ít hơn so với các trường THPT khác trong cùng huyện, điều kiện tiếp cận và cập nhật thông tin của họ còn hạn chế [4]

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn thông qua bộ phiếu điều tra được thiết kế sẵn.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

2.6.1. Kiến thức về tình dục an toàn

Có 23 câu hỏi để đánh giá kiến thức. Đánh giá bằng cách học sinh trả lời được một ý đúng sẽ được tính là 01 điểm, nếu không đúng là 0 điểm. Điểm tối đa cho phần kiến thức là 65 điểm. Lấy điểm cắt là 70% tổng điểm để phân loại kiến thức của học sinh về tình dục an toàn:

- Nếu tổng điểm từ 46 điểm trở lên (tương ứng với $\geq 70\%$): Học sinh có kiến thức đạt về tình dục an toàn
- Tổng điểm dưới 46 điểm (tương ứng với $< 70\%$): Học sinh không có kiến thức đạt về tình dục an toàn

2.6.2. Thái độ về tình dục an toàn

Có 14 câu hỏi về thái độ sẽ được chấm điểm từ 1 đến 5 tương ứng với 5 mức độ (rất đồng ý, đồng ý, không ý kiến, không đồng ý, rất không đồng ý). Như vậy, điểm tối đa cho phần thái độ là 70 điểm.

- Phân loại thái độ cho từng câu: Có thái độ đúng khi học sinh đạt từ 4-5 điểm cho từng câu (đồng ý, rất đồng ý), còn lại là chưa đúng.

- Phân loại thái độ chung về tình dục an toàn: Thái độ đúng khi học sinh đạt từ 56 điểm trở lên, thái độ không đúng khi học sinh đạt dưới 56 điểm.

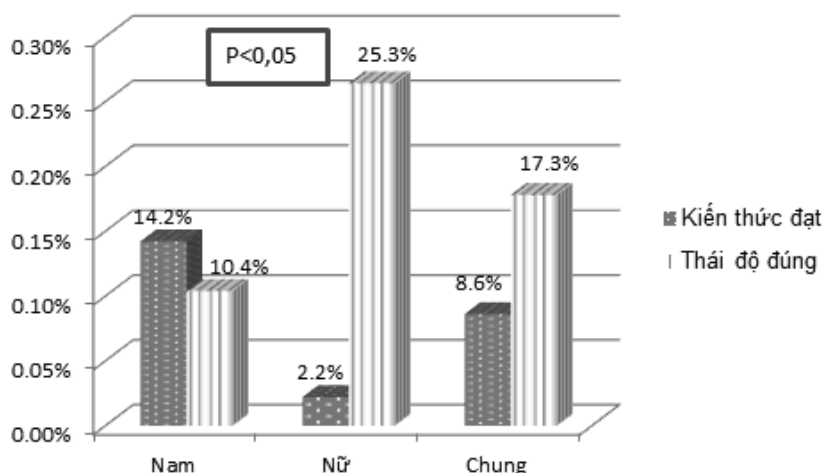
2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- 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. Tỷ suất chênh OR sẽ được tính để đo lường mối liên quan giữa các biến số.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức, thái độ chung của học sinh về tình dục an toàn

Biểu đồ 3.1. Kiến thức và thái độ về tình dục an toàn của học sinh



Tỷ lệ học sinh có kiến thức đúng về tình dục an toàn là 8,6% trong đó nam giới chiếm 14,2% cao hơn nữ giới 2,2%. Thái độ đúng của học sinh về tình dục an toàn chiếm 17,3%, trong đó nữ giới chiếm 25,3% cao hơn nam giới (10,4%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.1.1: Kiến thức của học sinh về các biện pháp tránh thai, hậu quả của phá thai không an toàn và mang thai, sinh đẻ ở tuổi vị thành niên

Yếu tố	Nam		Nữ		Chung	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đã từng nghe nói đến biện pháp tránh thai						
Đã từng	92	86,8	89	97,8	168	85,3
Chưa bao giờ	14	13,2	2	2,2	16	8,1
Các biện pháp tránh thai được biết						
Bao cao su	75	81,5	72	80,9	147	81,2
Vòng tránh thai	21	22,8	26	29,2	47	26,0
Thuốc tránh thai	54	58,7	58	65,2	112	61,9
Xuất tinh ngoài âm đạo	4	4,3	4	4,9,2	8	4,4
Hậu quả của phá thai không an toàn						
Tổn thương bộ phận sinh dục	41	38,7	39	42,9	80	40,6
Gây vô sinh	42	39,6	39	42,9	81	41,1
Ảnh hưởng đến tâm lý	32	30,2	34	37,4	66	33,5
Không biết	41	38,7	35	38,5	76	38,6
Ảnh hưởng của mang thai, sinh đẻ ở tuổi vị thành niên						
Ảnh hưởng không tốt đến cơ quan sinh sản	50	47,2	56	61,5	106	53,8
Gây tử vong cho cả mẹ và con	33	31,1	29	31,9	62	31,5
Trẻ đẻ ra dễ bị suy dinh dưỡng	37	34,9	34	37,4	71	36,0
Ảnh hưởng đến tâm lý/kết quả học tập	41	38,7	53	58,2	94	47,7

Kết quả bảng trên cho thấy, kiến thức về biện pháp tránh thai ở các em học sinh là khá tốt với phần lớn học sinh trong trường đã được nghe nói về các biện pháp tránh thai (85,3%), trong đó biết nhiều nhất là về bao cao su (81,2%) và thấp nhất là biện pháp xuất tinh ngoài âm đạo chiếm 4,4%.

Học sinh cho biết phá thai không an toàn gây vô

sinh chiếm tỷ lệ cao nhất (41,1%), có đến 38,6% học sinh không biết hậu quả của phá thai không an toàn.

Tỷ lệ đối tượng biết mang thai và sinh đẻ ở tuổi vị thành niên ảnh hưởng không tốt đến cơ quan sinh sản chiếm tỷ lệ cao nhất (53,8%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là số học sinh biết mang thai và sinh đẻ ở tuổi vị thành niên có thể gây tử vong cho cả mẹ và con với 31,5%.

Bảng 3.1.2: Kiến thức của học sinh về bệnh và biểu hiện của bệnh lây truyền qua đường tình dục

Yếu tố	Nam		Nữ		Chung	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Bệnh lây truyền qua đường tình dục						
HIV/AIDS	72	67,9	65	71,4	137	69,5
Lậu	17	16,0	5	5,5	22	11,2
Giang mai	13	12,3	5	5,5	18	9,1
Sùi mào gà	9	8,5	3	3,3	12	6,1
Không biết	34	32,1	26	28,6	60	30,5
Biểu hiện của bệnh ở nữ giới						
Tiểu buốt/tiểu rắt	25	23,6	15	16,5	40	20,3
Tiết dịch bất thường ở bộ phận sinh dục	28	26,4	16	17,6	44	22,3
Có mụn, vết loét bất thường ở bộ phận sinh dục	50	47,2	27	29,7	77	39,1
Đau bụng khi quan hệ tình dục	27	22,5	24	26,4	51	25,9
Không biết	55	51,9	56	61,5	111	56,3
Biểu hiện của bệnh ở nam giới						
Tiểu buốt/tiểu rắt	29	27,4	14	15,4	43	21,8
Tiết dịch bất thường ở bộ phận sinh dục	31	29,2	12	13,2	43	21,8
Có mụn, vết loét bất thường ở bộ phận sinh dục	57	53,8	26	28,6	83	42,1
Không biết	56	52,8	71	78,0	127	64,5

Phần lớn các em học sinh biết HIV/AIDS là bệnh lây truyền qua đường tình dục chiếm 69,5%, lậu chiếm 11,2%. Tỷ lệ học sinh biết bệnh sùi mào gà thấp nhất với 6,1%.

Đa phần học sinh trả lời không biết biểu hiện của bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nữ giới là 56,3% và biểu hiện của bệnh ở nam giới chiếm 64,5%.



Bảng 3.1.3: Thái độ của học sinh đối với quan hệ tình dục ở tuổi vị thành niên và sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục

Yếu tố	Nam		Nữ		Chung	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Quan hệ tình dục ở tuổi vị thành niên						
Đồng ý	7	6,6	5	5,5	12	6,1
Không ý kiến	8	7,5	6	6,6	14	7,1
Không đồng ý *	91	85,9	80	87,9	171	86,8
Quan điểm tình yêu phải có tình dục						
Đồng ý	25	23,6	8	8,8	33	16,7
Không ý kiến	29	27,4	22	24,2	51	25,9
Không đồng ý*	52	49,1	61	67,0	113	57,4
Quan điểm “sử dụng bao cao su làm giảm khoái cảm khi quan hệ tình dục”						
Đồng ý	25	23,6	8	8,8	42	21,8
Không ý kiến	29	27,4	22	24,2	96	48,7
Không đồng ý*	52	49,0	61	67,0	58	29,5
Quan điểm “bạn gái không nên gợi ý sử dụng bao cao su”						
Đồng ý	24	22,7	11	12,1	35	17,8
Không ý kiến	36	34,0	33	36,3	69	35,0
Không đồng ý*	46	43,3	47	53,7	93	47,2

(*): số học sinh lựa chọn không đồng ý và rất không đồng ý

Phần lớn học sinh không đồng ý với quan điểm có thể quan hệ tình dục ở tuổi vị thành niên (86,8%), học sinh đồng ý với quan điểm này chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6,1%. Về quan điểm tình yêu phải có tình dục, số học sinh không đồng ý với quan điểm này chiếm tỷ lệ cao nhất (49,1% nam và 67,0% nữ). Quan điểm “sử dụng bao cao su làm giảm khoái cảm khi quan hệ tình dục”, số học

sinh không đưa ra ý kiến của bản thân về quan điểm này chiếm tỷ lệ cao nhất (48,7%), số học sinh đồng ý với quan điểm này chiếm tỷ lệ thấp nhất với 21,8%. Về quan điểm “bạn gái không nên gợi ý sử dụng bao cao su”, tỷ lệ học sinh không đồng ý với quan điểm này chiếm cao nhất (47,2%), tuy nhiên có 17,8% ý kiến đồng ý với quan điểm này.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ của vị thành niên về tình dục an toàn

Bảng 3.2.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của học sinh

Yếu tố	Đạt		Không đạt		OR (95%CI)
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Kiến thức với khối học					
Khối 10+11	8	5,8	131	94,2	3,0 (1,1-8,2)
Khối 12	9	15,5	49	84,5	
Kiến thức với học lực					
Yếu, trung bình	2	2,6	76	97,4	5,5 (1,2-24,7)
Khá, giỏi	15	12,6	104	87,4	

Về mối liên quan giữa kiến thức về tình dục an toàn với khối học của học sinh, khả năng học sinh lớp 12 có kiến thức đúng về tình dục an toàn cao gấp 3,0 lần học sinh lớp 10,11 (OR=3,0, 95%CI =1,1-8,2). Có mối liên quan

giữa học lực của học sinh với kiến thức chung về tình dục an toàn, học sinh có học lực khá, giỏi khả năng có kiến thức đạt về tình dục an toàn cao gấp 5,5 lần học sinh có học lực yếu, trung bình, $p < 0,05$.

Bảng 3.2.5. Mối liên quan giữa thái độ về tình dục an toàn với giới tính của học sinh

Giới tính \ Thái độ	Đúng		Chưa đúng		OR (95%CI)
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Nam	11	10,4	95	89,6	2,9 (1,3-6,4)
Nữ	23	25,3	68	74,7	

Số học sinh có nữ có khả năng có thái độ đúng cao gấp 2,9 lần số học sinh nam, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với OR= 2,9 (95% CI= 1,3 – 6,4).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức, thái độ của học sinh về tình dục an toàn

Tỷ lệ học sinh có kiến thức chung đúng về tình dục an toàn khá thấp (8,6%). Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Công Hiếu và cộng sự năm 2015 trên đối tượng học sinh của trường trung học phổ thông tỉnh Thừa Thiên Huế với tỷ lệ kiến thức đạt chiếm 13,0% và thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyền (2014) nghiên cứu trên học sinh Trung học phổ thông Hai Bà Trưng, thành phố Huế (25,9%) [5],[6].

Tuy nhiên, nếu phân tích nội dung các kiến thức cụ thể chúng tôi thấy, có một số nội dung học sinh đạt tỷ lệ kiến thức đúng khá cao, ví dụ về biện pháp tránh thai ở các em học sinh là khá tốt với phần lớn học sinh trong trường đã được nghe nói về các biện pháp tránh thai (85,3%) tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga và cộng sự năm 2011 với 63,4% [7]. Tuy nhiên trong số các

đối tượng được nghe nói đến biện pháp tránh thai thì số đối tượng được biết về bao cao su là 81,2%, 26,0% biết về vòng tránh thai tỷ lệ này thấp hơn so với với nghiên cứu của Trần Thanh Hải năm 2013 với tỷ lệ học sinh biết bao cao su (89,2%), dụng cụ tử cung (52,7%) và Trương Công Hiếu năm 2016 (bao cao su là 88,8%) [5], [8].

Phần lớn các em học sinh biết HIV/AIDS là bệnh lây truyền qua đường tình dục chiếm 69,5%, kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Công Hiếu (91,6%). Bên cạnh đó, tỷ lệ học sinh biết biểu hiện của bệnh lây truyền qua đường tình dục ở cả nam và nữ đều thấp, có đến 64,5% học sinh không biết biểu hiện của bệnh LTQĐTD ở nam giới và 56,3% không biết biểu hiện ở nữ giới, tuy nhiên kết quả trong nghiên cứu này tỷ lệ học sinh không biết biểu hiện bệnh thấp hơn so với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Trương Công Hiếu (79,1%) và Nguyễn Thị Tuyền năm 2014 [5], [6]. Sự khác biệt này có thể được giải thích do trong nghiên cứu của Trương Công Hiếu và Nguyễn Thị Tuyền địa điểm lựa chọn các đối tượng này bao gồm cả những học sinh học tại thành phố Huế nên điều này có thể là một nguyên nhân dẫn đến kiến thức của các em về tình dục an toàn cao hơn trong



nghiên cứu của chúng tôi.

Thái độ của học sinh về tình dục an toàn, trong tổng số 197 học sinh có 34 học sinh có thái độ đạt chiếm 17,3% thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Công Hiếu năm 2015 là 67,0% và nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyền (2014) là 39,2% [5],[6]. Tuy nhiên khi đánh giá riêng lẻ về các quan điểm thì một số quan điểm học sinh có thái độ đúng khá cao. Với quan điểm quan hệ tình dục ở tuổi vị thành niên, tỷ lệ học sinh không đồng ý chiếm 85,9% ở nam và 87,9% ở nữ, số học sinh không đồng ý với quan điểm sử dụng bao cao su làm giảm khoái cảm khi quan hệ tình dục chiếm tỷ lệ 49,0% nam và 67,0%.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ của học sinh

Về mối liên quan giữa kiến thức về tình dục an toàn với khối học của học sinh, khả năng học sinh lớp 12 có kiến thức đúng về tình dục an toàn cao gấp 3,0 lần học sinh lớp 10,11, $p < 0,05$. Học sinh ở các khối học lớn hơn (khối 12) được tiếp nhận kiến thức và có xu hướng tự tìm hiểu do đó học sinh ở các khối học này có kiến thức tốt hơn, kết quả của nghiên cứu này tương tự như kết quả trong nghiên cứu của Hoàng Thị Hải Vân năm 2014 và Nguyễn Đình Sơn (2014) [9], [10]. Có mối liên quan giữa học lực của học sinh với kiến thức chung về tình dục an toàn, học sinh có lực học khá, giỏi có kiến thức chung đạt có xu hướng gấp 5,5 lần học sinh có học lực yếu, trung bình, $p < 0,05$, ta nhận thấy học sinh có lực học càng cao thì kiến thức về tình dục an toàn càng tốt, xu thế này cũng

giống trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Sơn năm 2014 nghiên cứu trên học sinh trung học phổ thông huyện Vũ Quang, tỉnh Hà Tĩnh [10]. Số học sinh có nữ có thái độ đúng (25,3%) có khả năng cao gấp 2,9 lần số học sinh nam có thái độ đúng (10,4%), do theo xu hướng chung của xã hội nữ giới thường có quan điểm và tư tưởng thận trọng và khắt khe về tình dục hơn so với nam giới.

V. KẾT LUẬN

- Học sinh trường THPT Quan Lạn có kiến thức về TDAT khá thấp (8,6%) đặc biệt khi so sánh với học sinh cùng cấp tại các địa điểm nghiên cứu khác. Trong đó, kiến thức của học sinh về các biện pháp tránh thai tốt, tuy nhiên kiến thức về các bệnh lây truyền qua đường tình dục khá thấp.

- Học sinh trường Quan Lạn có thái độ đúng về TDAT khá thấp (17,8%), trong đó thái độ về quan hệ tình dục ở tuổi vị thành niên của học sinh khá tốt. Tuy nhiên, thái độ đúng về sử dụng bao cao su khi QHTD của học sinh đặc biệt thấp.

- Học sinh có học lực khá trở lên và lớn tuổi hơn (học lớp 12) có ảnh hưởng tốt đến kiến thức về tình dục an toàn của học sinh. Tuy nhiên, học sinh nữ có kiến thức thấp hơn học sinh nam về tình dục an toàn.

- Các em học sinh nữ có thái độ tích cực về tình dục an toàn so với học sinh nam. Môi trường sống, trong đó ở trọ hoặc sống cùng họ hàng có ảnh hưởng không tốt đến thái độ của học sinh về tình dục an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Unicef (2011), “Tình hình trẻ em trên thế giới 2011 – Tuổi vị thành niên, tuổi của những cơ hội”, tr. 14.
2. Tổng cục DS-KHHGĐ (2015), “Số liệu thống kê chuyên ngành”, Hà Nội.
3. Tổng cục Dân số-Kế hoạch hóa gia đình (2012), “Kết quả khảo sát, đánh giá kiến thức thái độ và thực hành về dân số kế hoạch hóa gia đình; phòng chống STDs cho thanh niên, vị thành niên tại địa bàn và ngoài địa bàn đề án kiểm soát dân số các vùng biển đảo, đảo và ven biển giai đoạn 2009-2012”, Hà Nội.
4. Sở Xây dựng Quảng Ninh (2015), “Thuyết minh chương trình phát triển đô thị Vân Đồn đến năm 2030”.
5. Trương Công Hiếu (2015), *Kiến thức, thái độ, hành vi về sức khỏe sinh sản vị thành niên của học sinh trung học phổ thông tỉnh Thừa Thiên Huế*.
6. Nguyễn Thị Tuyền (2014), *Kiến thức, thái độ và hành vi sức khỏe sinh sản của học sinh trường trung học phổ thông Hai Bà Trưng, thành phố Huế*, Đại học Y Dược Huế.
7. Nguyễn Thị Nga và cộng sự (2011), “Kiến thức, thái độ và thực hành về sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục của vị thành niên và phụ nữ tuổi từ 15-49 tại huyện Na Ri, Bắc Cạn”.
8. Diệp Từ Mỹ (2012), “Khảo sát nhu cầu được giáo dục sức khỏe sinh sản của học sinh một số trường trung học phổ thông tại thành phố Hồ Chí Minh”.
9. Hoàng Thị Hải Vân (2014), “Kiến thức và thái độ của học sinh trung học phổ thông huyện Hoài Đức, Hà Nội về chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXIV, số 3 (152) 2014.
10. Nguyễn Đình Sơn (2014), *Nghiên cứu kiến thức, thái độ và hành vi sức khỏe sinh sản của học sinh trung học phổ thông huyện Vũ Quang, tỉnh Hà Tĩnh*, Trung tâm y tế huyện Vũ Quang, Hà Tĩnh.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC CỦA BÀ MẸ SINH CON LẦN ĐẦU VỀ CHĂM SÓC THỜI KỲ SAU SINH VÀ CHĂM SÓC SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH

Bùi Minh Tiến¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá kiến thức của bà mẹ về chăm sóc hậu sản và chăm sóc sơ sinh của bà mẹ sinh con lần đầu sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số các bà mẹ biết sau sinh cần bổ sung rau xanh, nước uống và không dùng nước uống có gas (trên 78,0%) tuy nhiên việc bổ sung vi chất còn thấp chiếm 24,5%. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về vệ sinh, lao động, nghỉ ngơi cao hơn 50,0% nhưng còn 66,9% bà mẹ có nhận thức sai về thời gian thể dục sau sinh. Trên 65% bà mẹ có kiến thức đúng về việc nhận biết nguy cơ sức khỏe, bệnh tật và thời gian quan hệ tình dục sau sinh.

Về kiến thức cho bú và vệ sinh trẻ sơ sinh của các bà mẹ sinh con lần đầu còn chưa cao, có tới 53,5% trả lời trả lời sai về số lần cho trẻ bú trong ngày và thời gian cho trẻ bú, 58,8% trả lời sai về cách ngậm bắt vú. Tỷ lệ bà mẹ biết các dấu hiệu bất thường của trẻ cao như quấy khóc bỏ bú (99,6%), trẻ nôn trớ sau ăn (78,4%) và 89,4% các bà mẹ biết thời gian cần tiêm chủng cho trẻ sơ sinh.

Từ khoá: Kiến thức, bà mẹ sinh con lần đầu, trẻ sơ sinh

SUMMARY:

KNOWLEDGE OF MOTHERS ON LOOKING AFTER POSTPARTUM HEALTH AND NEWBORN BABY AFTER THE FIRST BIRTH AT THAI BINH OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

The descriptive, cross-sectional study was implemented at Thai Binh of Obstetrics and Gynecology to assess the knowledge of mothers on looking after postpartum health and newborn baby after the first birth. The results showed that over 78.0% of mothers knew the necessity of giving their bodies more fresh vegetables and clean, safe water after delivery. The percentage of participants knew that they should not drink carbonated waters accounted for 91.4% meanwhile only 24.5%

cited micronutrients supplement. Those who had correct knowledge about personal hygiene, rest and work were over 50% while 66.9% of them did not know about the time for doing exercise. About identifying health and diseases risks, the time for sexual relations after childbirth, sufficient understanding was 65.0%.

Regarding breastfeeding and newborn hygiene knowledge as frequency and duration breastfeeding a day or attachment, insufficient understanding was from 53.5% to 58.8%. The percentage of first time mothers who understood unnormal signs for the newborn was high such as when newborn baby cries, fusses, pulls off the breast or vomits after breastfeeding (99.6% and 78.4% respectively). 89.4% of participants knew the time for vaccinating their newborn babies.

Keywords: Knowledge, first time mother, newborn baby

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiến thức chăm sóc sau sinh có ý nghĩa quan trọng đối với mỗi bà mẹ vì có thể giúp phát hiện sớm và xử trí kịp thời các bất thường của bà mẹ và trẻ sơ sinh, góp phần làm giảm tỷ lệ bệnh tật và tử vong mẹ-con. Đối với trẻ sơ sinh thì phụ thuộc hoàn toàn vào các bà mẹ tuy nhiên có nhiều bà mẹ chưa có kiến thức đầy đủ để chăm sóc cho trẻ đặc biệt là các bà mẹ sinh con lần đầu [1,2].

Theo Tổ chức Y tế thế giới, có khoảng 60% tử vong bà mẹ và 32% tử vong sơ sinh xảy ra vào ngày thứ nhất sau sinh. Khoảng 13% và 4% tỷ lệ tử vong mẹ; 5% và 15% tử vong sơ sinh xảy ra vào tuần thứ nhất và tuần thứ 2 sau sinh. Ở châu Phi, nơi có tỷ lệ tử vong sau sinh cao nhất thế giới, mỗi năm có khoảng 1,16 triệu trẻ em tử vong trong 28 ngày đầu sau sinh và có 850.000 trẻ không thể sống sót sau tuần đầu tiên [7]. Ở Việt Nam, theo số liệu của Bộ Y tế năm 2009, tỷ số tử vong bà mẹ (MMR) là 69/100.000 trẻ đẻ sống và tỷ lệ tử vong sơ sinh (IMR) là 16/1000 trẻ đẻ sống. Hai tuần đầu sau sinh là khoảng thời gian mà tần

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 01/06/2018 | » Ngày phản biện: 23/06/2018 | » Ngày duyệt đăng: 31/07/2018

suất xuất hiện của các biến chứng sau sinh phổ biến nhất. Các biến chứng sau sinh có thể xảy ra đối với sản phụ bao gồm: chảy máu, bế sản dịch, nhiễm khuẩn sinh dục và tiết niệu, hoặc rối loạn tâm thần sau sinh... Những vấn đề sức khỏe có thể gặp ở trẻ sơ sinh như nhiễm khuẩn đường hô hấp, nhiễm trùng rốn, vàng da bệnh lý... [8,9]

Theo thống kê của Bệnh viện Phụ sản Thái Bình thì có khoảng 15000 ca đẻ trong 1 năm. Có khoảng 1200 – 1300 ca đẻ/ 1 tháng, trong đó khoảng 20% là bà mẹ sinh con lần đầu, đẻ thường. Nhưng nghiên cứu của Neupane, A. (2010) chỉ ra rằng bà mẹ mới sinh thường thiếu kiến thức tự chăm sóc cho bản thân và chăm sóc cho trẻ sơ sinh [10]. Ngoài ra, các thăm khám sau sinh kể từ khi xuất viện cho đến hết thời kỳ hậu sản (42 ngày) hiện chưa được quan tâm.

Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: **“Đánh giá kiến thức chăm sóc sau sinh và chăm sóc sơ sinh của bà mẹ sinh con lần đầu sinh 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:

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

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

e: 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

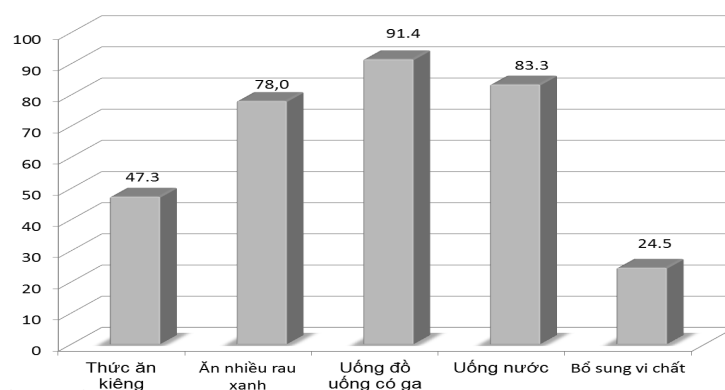
Phỏng vấn kiến thức về chăm sóc sau sinh và sơ sinh của bà mẹ bằng bảng câu hỏi đã chuẩn bị trước.

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

Biểu đồ 1. Kiến thức của bà mẹ về dinh dưỡng và vi chất. (n = 245)



Kiến thức của bà mẹ về dinh dưỡng và bổ sung vi chất: Đa số các bà mẹ đều trả lời đúng về sau sinh các bà mẹ cần ăn nhiều rau xanh chiếm 78,0%, không dùng các đồ uống có ga trả lời đúng chiếm 91,4%, uống nước

nhều từ 1,5-2 lít nước trong ngày chiếm 83,3%. Nhưng kiến thức về thức ăn kiêng và việc bổ sung vi chất trong thời kỳ sau sinh của các bà mẹ còn thấp (47,3% và 24,5%)

Bảng 1. Kiến thức của bà mẹ về vệ sinh, lao động, nghỉ ngơi (n = 245)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giấc ngủ	197	80,4
Thời gian tập thể dục sau sinh	81	33,1
Vệ sinh vú sau khi cho trẻ bú	134	54,7
Thời gian tắm sau sinh	153	62,4
Thời gian nghỉ ngơi sau sinh	125	51,0

Về vệ sinh lao động và nghỉ ngơi: Hầu hết các bà mẹ trả lời đúng về thời gian của giấc ngủ chiếm 80,4%, thời gian tắm sau sinh (62,4%), vệ sinh vú sau khi cho trẻ bú là

54,7%, Nhưng có tới 66,9% các bà mẹ trả lời sai về thời gian tập thể dục sau sinh.

Bảng 2. Kiến thức của bà mẹ về nhận biết nguy cơ về sức khỏe và bệnh tật (n = 245)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nứt núm vú	221	90,2
Thay băng vệ sinh	189	77,1
Tàng sinh môn	240	98,0
Sản dịch	188	76,7
Kiểm tra sức khỏe	99	40,4

Bảng 2 cho thấy các bà mẹ đều có kiến thức về nhận biết dấu hiệu nguy cơ về sức khỏe và bệnh tật nên tỉ lệ trả lời đúng các câu đều trên 70% là trả lời đúng. Riêng về câu

hỏi cần kiểm tra sức khỏe của bà mẹ trong thời kỳ sau sinh thì có tới 59,6% các bà mẹ trả lời sai.

Bảng 3. Kiến thức của bà mẹ về kế hoạch hóa gia đình (n = 245)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian quan hệ tình dục sau sinh	162	66,1
Sử dụng biện pháp tránh thai sau khi có kinh nguyệt	67	27,3

Với kiến thức về kế hoạch hóa gia đình: Có 66,1% các bà mẹ trả lời đúng về thời gian quan hệ tình dục lại sau

sinh, nhưng có đến 72,7% các bà mẹ trả lời sai về sử dụng biện pháp tránh thai sau khi có kinh nguyệt.

Bảng 4. Kiến thức của mẹ về cho trẻ bú và vệ sinh cho trẻ (n = 245)

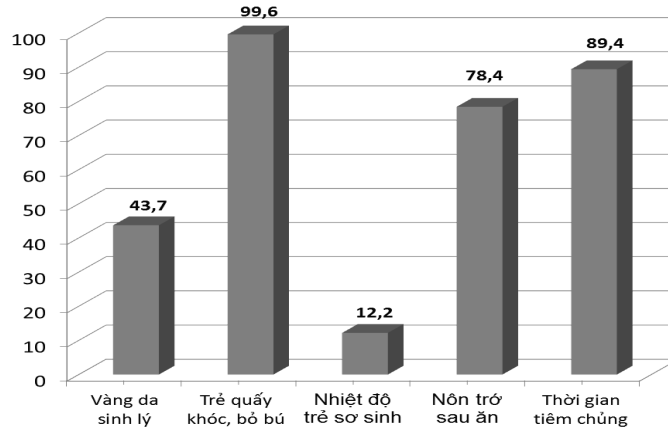
Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lần cho trẻ bú trong ngày	114	46,5
Cách cho trẻ ngậm vú	101	41,2
Thời gian cho trẻ bú	114	46,5
Cho trẻ sơ sinh uống nước sau khi bú	147	60,0
Số lần thay băng rốn cho trẻ sơ sinh trong ngày	167	68,2
Tắm trẻ	154	62,9



Kiến thức của bà mẹ về cho trẻ bú và vệ sinh cho trẻ còn chưa cao, hầu hết đều chỉ đạt dưới 70% trong đó có tới

53,5% trả lời sai về số lần cho trẻ bú trong ngày và thời gian cho trẻ bú, 58,8% trả lời sai về cách ngâm bắt vú.

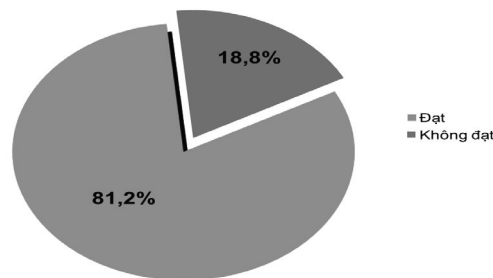
Biểu đồ 2. Kiến thức của mẹ về phát hiện các dấu hiệu bất thường của trẻ và tiêm chủng (n = 245)



Biểu đồ 2 cho thấy hầu hết các bà mẹ đều biết các dấu hiệu bất thường của trẻ là quấy khóc bỏ bú (99,6%), trẻ nôn trớ sau ăn (78,4%) và 89,4% các bà mẹ biết thời gian cần

tiêm chủng cho trẻ sơ sinh. Tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ trả lời sai về nhiệt độ của trẻ sơ sinh và thời gian vàng da sinh lý của trẻ còn cao (87,8% và 56,3%)

Biểu đồ 3. Kiến thức của các bà mẹ về chăm sóc sau sinh (n = 245)



Kiến thức chung của bà mẹ được tính theo thang điểm là tổng số điểm của các nhóm kiến thức chuyên biệt. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 81,2% các bà mẹ có số điểm kiến thức đạt và 18,8% có số điểm kiến thức không đạt.

IV. BÀN LUẬN

Kiến thức về chăm sóc sau sinh của bà mẹ có ý nghĩa quan trọng trong việc chăm sóc bản thân và chăm sóc trẻ sơ sinh trong thời kỳ hậu sản và giai đoạn sau này. Các nhóm đã được đánh giá chuyên biệt theo từng nhóm kiến thức:

Kiến thức của bà mẹ về dinh dưỡng và bổ sung vi chất: Đa số các bà mẹ đều trả lời đúng về sau sinh các bà mẹ cần ăn nhiều rau xanh chiếm 78,0%, không dùng các đồ uống có ga trả lời đúng chiếm 91,4%, uống nước nhiều từ 1,5-2 lít nước trong ngày chiếm 83,3%. Lý giải vấn đề này nhóm nghiên cứu cho rằng hiện nay các bà mẹ đã có

sự chuẩn bị trước để làm mẹ và có nhiều cách để tiếp cận thông tin để có những kiến thức đúng. Tuy nhiên do lần đầu tiên sinh con nên các bà mẹ cũng chưa có nhiều kinh nghiệm do vậy có 52,7% bà mẹ trả lời sai về thức ăn kiêng khem và 75,5% trả lời sai về việc bổ sung vi chất trong thời kỳ hậu sản.

Về vệ sinh lao động và nghỉ ngơi: Hầu hết các bà mẹ trả lời đúng về thời gian của giấc ngủ chiếm 80,4%, thời gian tắm sau sinh (62,4%), vệ sinh vú sau khi cho trẻ bú là 54,7%. Nhưng có tới 66,9% các bà mẹ trả lời sai về thời gian tập thể dục sau sinh là do các bà mẹ sinh con lần đầu nên chưa hiểu rõ về cách vận động và tập thể dục sau sinh, từ đó họ cho rằng không nên vận động nhiều và tập thể dục trong thời kỳ hậu sản.

Bảng 2 cho thấy các bà mẹ đều có kiến thức về nhận biết dấu hiệu nguy cơ về sức khỏe và bệnh tật nên tỉ lệ trả lời đúng các câu hỏi trên 70% là trả lời đúng. Riêng về

câu hỏi cần kiểm tra sức khỏe của bà mẹ trong thời kỳ sau sinh thì có tới 59,6% các bà mẹ trả lời sai. Vì đa số các bà mẹ nghĩ rằng khi nào có vấn đề về sức khỏe thì mới cần đến bệnh viện, chứ không cần kiểm tra sức khỏe định kỳ sau sinh.

Với kiến thức về kế hoạch hóa gia đình: Có 66,1% các bà mẹ trả lời đúng về thời gian quan hệ tình dục lại sau sinh. Đa số các bà mẹ cho rằng khi chưa có kinh nguyệt thì không thể có thai được nên 72,7% trả lời sai câu hỏi này.

Kiến thức của bà mẹ về cho trẻ bú và vệ sinh cho trẻ còn chưa cao, có tới 53,5% trả lời sai về số lần cho trẻ bú trong ngày và thời gian cho trẻ bú, 58,8% trả lời sai về cách ngậm bắt vú. Nguyên nhân là do sinh con lần đầu nên các bà mẹ còn chưa có kinh nghiệm nuôi con

Biểu đồ 2 cho thấy hầu hết các bà mẹ đều biết các dấu hiệu bất thường cả trẻ là quấy khóc bỏ bú (99,6%), trẻ nôn trớ sau ăn (78,4%) và 89,4% các bà mẹ biết thời gian cần tiêm chủng cho trẻ sơ sinh. Tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ trả lời sai về nhiệt độ của trẻ sơ sinh và thời gian vàng da sinh lý của trẻ còn cao (87,8% và 56,3%)

Kiến thức chung của bà mẹ được tính theo thang điểm là tổng số điểm của các nhóm kiến thức chuyên biệt. Các nhóm kiến thức chuyên biệt có tổng số điểm là 28 điểm. Nếu bà mẹ có số điểm từ 14 điểm trở lên thì được tính là đạt. Các nội dung để đánh giá về kiến thức chăm sóc sau sinh dựa trên nội dung về chăm sóc sau sinh trong hướng dẫn quốc gia về sức khỏe sinh sản. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 81,2% các bà mẹ có số điểm kiến thức đạt, và 18,8% các bà mẹ có số điểm kiến thức không đạt. Kết quả này cao hơn so với kết quả của Phạm Phương Lan năm 2011 là 36,2% [6].

Kết quả này cho thấy kiến thức của bà mẹ có được không chỉ đến từ bệnh viện mà các bà mẹ đã có kiến thức từ những nguồn thông tin khác như: qua kinh nghiệm của

các bà, các mẹ, qua các thông tin truyền thông đại chúng, qua Internet...

V. KẾT LUẬN

Có 81,2% các bà mẹ có số điểm kiến thức đạt, và 18,8% các bà mẹ có số điểm kiến thức không đạt. Trong đó:

- Đa số các bà mẹ đều trả lời đúng về việc cần ăn nhiều rau xanh (78,0%), không dùng các đồ uống có ga (91,4%), uống nước nhiều từ 1,5-2 lít nước trong ngày (83,3%). Nhưng kiến thức về thức ăn cần kiêng và bổ sung vi chất trong thời kỳ hậu sản của các bà mẹ còn thấp (47,3% và 24,5%)

- Về vệ sinh lao động và nghỉ ngơi: Hầu hết các bà mẹ trả lời đúng về thời gian của giấc ngủ chiếm 80,4%, thời gian tắm sau sinh (62,4%), vệ sinh vú sau khi cho trẻ bú là 54,7%. Nhưng có tới 66,9% các bà mẹ trả lời sai về thời gian tập thể dục sau sinh.

- Tỷ lệ trả lời đúng các câu nhận biết dấu hiệu nguy cơ về sức khỏe và bệnh tật đều trên 70%. Riêng vấn đề kiểm tra sức khỏe của bà mẹ trong thời kỳ sau sinh thì có tới 59,6% trả lời sai.

- Với kiến thức về kế hoạch hóa gia đình: Có 66,1% các bà mẹ trả lời đúng về thời gian quan hệ tình dục lại sau sinh, nhưng có đến 72,7% các bà mẹ trả lời sai về sử dụng biện pháp tránh thai sau khi có kinh nguyệt.

- Kiến thức của bà mẹ về cho trẻ bú và vệ sinh cho trẻ còn chưa cao, có tới 53,5% trả lời sai về số lần cho trẻ bú trong ngày và thời gian cho trẻ bú, 58,8% trả lời sai về cách ngậm bắt vú.

- Hầu hết các bà mẹ đều biết các dấu hiệu bất thường của trẻ là quấy khóc bỏ bú (99,6%), trẻ nôn trớ sau ăn (78,4%) và 89,4% các bà mẹ biết thời gian cần tiêm chủng cho trẻ sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2003), “Thực trạng làm mẹ an toàn ở Việt Nam”, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2000), “Chiến lược Quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản trong giai đoạn 2001-2010”.
3. 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”
4. WHO (2006) “Maternal mortality ratio” In: World health statistics, pp.24.
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/>

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN NHIỄM HELICOBACTER PYLORI CỦA TEST ELISA PHÂN TRONG BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG MẠN TÍNH Ở TRẺ EM

Lưu Thị Mỹ Thực¹, Phạm Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định độ tin cậy test elisa phân so với test thở trong việc chẩn đoán viêm dạ dày, tá tràng do *H. Pylori*.

Phương pháp: Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang trên 112 bệnh nhi được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng nghi do *H. Pylori* tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016

Kết quả: So sánh test elisa phân với test thở trong việc xác định nhiễm *H. Pylori* ở bệnh nhi viêm dạ dày, tá tràng cho thấy độ nhạy là 99,9%, độ đặc hiệu 90%, AUC là 0,894, giá trị dự đoán dương tính 94,1%, giá trị dự đoán âm tính là 81,8%.

Kết luận: Test elisa phân so với test thở trong việc chẩn đoán nhiễm *H. Pylori* có độ tin cậy cao.

Từ khóa: Độ tin cậy, test elisa, chẩn đoán viêm dạ dày - tá tràng do *H. Pylori*.

ABSTRACT:

A STUDY ON DIAGNOSTIC VALUE OF FECAL ELISA TEST IN IDENTIFYING HELICOBACTER PYLORI IN CHILDREN WITH CHRONIC GASTRIC AND DUODENAL ULCERS

Objective: To identify the reliability of fecal elisa test compared with breath test for the diagnosis of *H. pylori* gastric and duodenal ulcers

Methodology: A cross-sectional study was conducted on 112 patients diagnosed with gastric and peptic ulcers caused by *H. Pylori* at Vietnam National Children's hospital in 2016.

Result: The study makes a comparison between Elisa test and breath test in identifying *H. Pylori* in patients with gastric and duodenal ulcers. The study shows that sensitivity is 99,9%, specificity 90%, AUC 0,894, Positive predictive value 94,1%, negative predictive value 81,8%.

Conclusion: Fecal elisa test compared with breath test has high reliability in identifying *H. Pylori*

Keywords: Reliability, elisa test, diagnosis of *H. pylori* gastric and duodenal ulcers

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới khoảng 50% dân số thế giới có nhiễm *H. pylori* [5]. Nhiều nghiên cứu ở trẻ em cho thấy viêm dạ dày mạn tính (VDDMT) gặp với tỉ lệ 12-56% các trường hợp nội soi đường tiêu hóa trên và chiếm tới 17- 63% số trẻ em đau bụng tái diễn, trong đó tỉ lệ nhiễm *H. pylori* từ 56-79,4% [1;2].

Phương pháp lý tưởng để chẩn đoán nhiễm *H. pylori* là các phương pháp không xâm nhập, rẻ tiền, độ tin cậy cao và dễ áp dụng trong thực hành lâm sàng [8]. Quy trình chẩn đoán nhiễm *H. pylori* hiện nay chủ yếu dựa vào sự kết hợp của các phương pháp chẩn đoán xâm nhập và không xâm nhập [4]. Nội soi lấy mảnh sinh thiết dạ dày tá tràng làm mô bệnh học, test nhanh urease (RUT) và nuôi cấy vi khuẩn là các phương pháp chẩn đoán xâm nhập. Đây cũng được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán, tuy nhiên độ chính xác của phương pháp này phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm của các nhà giải phẫu bệnh [3;7].

Mặt khác, quy trình làm nội soi khá phức tạp khi tiến hành trên trẻ em, nhất ở trẻ nhỏ vì khi tiến hành nội soi, trẻ không chỉ chịu đựng gây mê mà còn phải tuân thủ quy định về chế độ ăn một cách nghiêm ngặt để đảm bảo an toàn cũng như ghi nhận kết quả một cách chính xác. Các phương pháp chẩn đoán không xâm nhập như test thở, test huyết thanh, test phát hiện kháng nguyên trong phân là những xét nghiệm có giá trị trong chẩn đoán nhiễm *H. pylori*, đặc biệt là ở trẻ em [4].

Những xét nghiệm chẩn đoán này hiện đang được sử dụng rộng rãi trong quy trình tiếp cận chẩn đoán nhiễm *H. pylori* ở các nước phát triển nhưng vẫn chưa được áp dụng nhiều ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Test phát hiện kháng nguyên trong phân xác định nhiễm *H.*

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

» Ngày nhận bài: 20/07/2018 | » Ngày phản biện: 27/07/2018 | » Ngày duyệt đăng: 10/08/2018

pylori được thực hiện lần đầu tiên ở Việt Nam từ năm 2005 nhưng chỉ mới áp dụng trong phạm vi nghiên cứu [8].

Đây là một phương pháp giá trị chẩn đoán cao nhưng chưa được áp dụng rộng rãi trong quy trình chẩn đoán nhiễm *H. pylori* cho trẻ em. Xuất phát từ vấn đề này chúng tôi tiến hành đề tài “**Nghiên cứu giá trị chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori* của test ELISA phân trong bệnh viêm loét dạ dày- tá tràng mạn tính ở trẻ em**”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân tuổi từ 3 đến 15 đến khám trong khoảng thời gian từ tháng 1/3/2016 đến tháng 30/9/2016 có các triệu chứng hướng tới bệnh lý dạ dày tá tràng (BLDDTT) như đau bụng, nôn, buồn nôn, chán ăn... được làm nội soi tiêu hóa và test RUT chẩn đoán nhiễm *H. pylori* tại đơn vị nội soi tiêu hóa Bệnh viện Nhi Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân trong nghiên cứu:

- Các trẻ từ 3-15 tuổi
- Có một hoặc nhiều triệu chứng hướng tới bệnh lý dạ dày có chỉ định làm nội soi tiêu hóa như: Đau bụng kéo dài; nôn, buồn nôn; ợ hơi, ợ chua; đầy bụng khó tiêu, chán ăn; cảm giác khó chịu nóng rát vùng thượng vị; thiếu máu, xuất huyết tiêu hóa; chậm tăng cân

- Nội soi dạ dày có các biểu hiện tổn thương dạ dày tá tràng và/hoặc tổn thương trên mô bệnh học

- Test urease nhanh (RUT) dương tính
- Trẻ có khả năng hợp tác làm test thở và bố mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có các bệnh phối hợp khác: Bệnh máu, gan, thận, tim mạch, hô hấp, thần kinh...

- Bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh, antacid, kháng H₂ hoặc PPI trong vòng 4 tuần trước khi đến khám và làm test thở, test phát hiện kháng nguyên trong phân.

2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng

3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu chọn các đối tượng mắc viêm dạ dày, tá tràng nghi do *H. Pylori* trong khoảng thời gian từ 01/03/2016 đến 30/09/2016. Tổng số đối tượng được chọn là 112 bệnh nhi.

4. Các test xét nghiệm sử dụng

4.1. Test nhanh urease (RUT):

Khi nội soi phát hiện thấy có tổn thương đại thể bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm *H. pylori* bằng RUT. Mỗi bệnh nhân đều được sinh thiết hai mảnh, một mảnh ở hang

vị và một ở thân vị

- RUT được tiến hành ngay tại đơn vị nội soi tiêu hóa của Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Test urease nhanh sử dụng trong nghiên cứu do phòng nghiên cứu các vi khuẩn đường ruột Viện Vệ sinh dịch tễ sản xuất. Cách thức pha chế dung dịch test theo hướng dẫn của nhà sản xuất, dung dịch test sau khi pha chỉ được dùng trong ngày, trước khi sử dụng dung dịch có màu vàng.

- Tiến hành làm test: Lấy 1 mảnh sinh thiết tại hang vị ngâm vào dung dịch thuốc thử. Ghi lại tên và mã số của bệnh nhân. Quan sát sự đổi màu của dung dịch thuốc thử sau 1, 5 và 20 phút. Nếu dung dịch thuốc thử chuyển từ màu vàng sang màu đỏ cánh sen là test dương tính. Nếu không đổi màu là test âm tính.

- Trong trường hợp nghi ngờ, sự chuyển màu không rõ rệt có thể đọc kết quả sau 30 phút và 60 phút.

4.2. Mô bệnh học: Hai mảnh sinh thiết ở hang vị và thân vị được cố định trong dung dịch formaldehyt và đọc kết quả mô bệnh học tại khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Nhi TU

4.3. Quy trình làm test thở

- Test thở C¹³ được dùng trong nghiên cứu là UBiT do hãng Otsuka sản xuất.

- Test thở được tiến hành khi trẻ dừng các thuốc điều trị viêm, loét dạ dày tá tràng (kháng sinh, PPI, kháng H₂) ≥ 4 tuần.

- Quy trình làm test thở theo hướng dẫn của nhà sản xuất:

- Bệnh nhân làm test thở lúc đói không được ăn hay uống ít nhất trong vòng 8 giờ trước khi làm test và được nghỉ ngơi 10 phút trước khi làm test.

- Bệnh nhân được lấy mẫu khí thở 2 lần, một lần trước khi uống thuốc làm đối chứng và một lần sau khi uống thuốc thử.

- Chuẩn bị thuốc và 100ml nước uống để làm test thở: Viên thuốc chứa 100mg ¹³C-urea được uống cùng 100ml nước.

- Sau khi uống thuốc, bệnh nhân nằm nghiêng trái trong 5 phút sau đó ngồi thẳng cho đến khi lấy mẫu khí thở lần hai.

- Người làm test thở ghi lại thời gian cho bệnh nhân uống thuốc.

- Sau khi uống thuốc 20 phút bệnh nhân được lấy mẫu khí thở lần hai. Cả hai lần thở trước và sau uống thuốc bệnh nhân cần thở đều và chậm vào túi thở sau đó đóng nắp túi ngay lập tức.

- Phân tích kết quả test thở: Nồng độ C¹³ của hai mẫu khí thở sẽ được xác định và tính ra độ chênh lệch



D¹³CO₂ [%] giữa hai mẫu khí thở trước và sau khi uống dung dịch. Nếu D¹³CO₂ [%] ≥ 2.5‰ thì test thở được coi là dương tính tức là bệnh nhân còn nhiễm *H. pylori* (chưa diệt trừ được *H. pylori*), nếu D¹³CO₂ [%] < 2.5‰ thì test thở được coi là âm tính tức là đã diệt trừ được *H. pylori*.

- Độ nhạy của test thở UBiT theo tiêu chuẩn của nhà sản xuất là 98,2% [95%-CI: 94,8 đến 99,6%] và độ đặc hiệu là 97,9% [95%-CI: 88,9 đến 99,9%]

4.4. Quy trình làm test phát hiện kháng nguyên trong phân:

- Cùng ngày làm test thở, bệnh nhân được lấy phân làm test phát hiện kháng nguyên trong phân. Mẫu phân của bệnh nhân được lấy vào buổi sáng, chứa trong một lọ kín và chuyển đến Khoa Vi sinh của Bệnh viện Nhi Trung ương ngay sau khi bệnh nhân đi ngoài, muộn nhất là sau 3 giờ. Các mẫu phân sau khi lấy được chuyển ngay tới khoa Vi sinh, bệnh viện Nhi Trung ương và bảo quản ở nhiệt độ -5°C cho đến khi phân tích

- Các mẫu phân được xử lý và tiến hành phân tích bằng test phát hiện kháng nguyên trong phân (Genesis

Diagnostics, UK), theo tiêu chuẩn của nhà sản xuất. Test này sử dụng kháng thể đơn dòng *H. pylori* gắn vào các giếng trong đĩa ELISA. Mẫu phân của bệnh nhân được pha loãng và nhỏ vào các giếng. Dung dịch peroxidase có gắn các kháng thể đơn dòng sẽ được thêm vào và ủ ở nhiệt độ phòng trong thời gian một giờ, sau đó các giếng này được đem rửa để loại bỏ các thành phần không kết hợp hết.

- Các chất nền được thêm vào các giếng và ủ trong 20 phút ở nhiệt độ phòng. Sau đó dung dịch dừng phản ứng (stop solution) được thêm vào và sẽ xuất hiện màu nếu có sự kết hợp kháng nguyên kháng thể. Các giếng này được đọc ở máy quang phổ kế có bước sóng 450/630nm. Theo tiêu chuẩn của nhà sản xuất, giá trị OD dưới 1,1 là test âm tính và OD ≥ 1,1 là dương tính. Với giá trị OD từ 1,1- 1,5 là (+); OD từ 1,6-2,5 là (++); OD > 2,5 là (+++).

Quy trình làm test được thực hiện theo đúng hướng dẫn của nhà sản xuất

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm bằng test thở và test elisa phân

Kết quả xét nghiệm test phát hiện kháng nguyên trong phân		Test thở		Tổng cộng
		Dương tính	Âm tính	
HpSA	Dương tính	64	4	68
	Âm tính	8	36	44
Tổng cộng		72	40	112

Ở test thở cho thấy số dương tính là 72 ca chiếm tỷ lệ 64,3%, ở test elisa phân dương tính là 68 ca chiếm tỷ lệ 60,7%.

Bảng 2. Giá trị của chẩn đoán phát hiện kháng nguyên trong phân so với test thở

Chỉ số	Cách tính	Giá trị	95%CI	
Tỷ lệ	Pr(A)	64%	55%	73,10%
Độ nhạy	Pr(+A)	88,90%	79,30%	95,10%
Độ đặc hiệu	Pr(-N)	90%	76,30%	97,20%
Diện tích dưới ROC	(Sens, + Spec,)/2	0,894	0,835	0,954
Tỷ số dương tính khả dĩ	Pr(+A)/Pr(+N)	8,89	3,5	22,6
Tỷ số âm tính khả dĩ	Pr(-A)/Pr(-N)	0,123	0,0637	0,239
OR	LR(+)/LR(-)	72	20,8	247
Giá trị tiên đoán dương tính	Pr(A+)	94,10%	85,60%	98,40%
Giá trị tiên đoán âm tính	Pr(N-)	81,80%	67,30%	91,80%

Kết quả chẩn đoán kháng nguyên trong phân so với test thử cho thấy độ nhạy là 88,9%, độ đặc hiệu là 90%. Diện tích đường cong dưới ROC là 0,894, cho thấy xét nghiệm có mức độ tin cậy tốt.

Bảng 3. Độ nhạy và đặc hiệu của test elisa theo nhóm tuổi

Tuổi (năm)	Độ nhạy (95 CI) (%)	Đặc hiệu (95 CI) (%)	PPV (95 CI) (%)	NPV (95 CI) (%)
≤ 6 tuổi	81,2 (75,5 – 85,9)	90,9 (85,8 – 96,0)	92,8 (89,2 – 96,4)	76,9 (70,6 – 83,2)
> 7 tuổi	91,1 (84,4 – 97,8)	89,7 (81,6 – 97,8)	94,4 (86,0 – 100)	83,9 (75,7 – 92,0)
Chung 3-15	88,9 (80,4 – 97,4)	90,0 (85,3 - 100)	94,1 (85,6-98,4)	81,8 (67,3 – 91,8)

PPV = giá trị tiên đoán dương tính; NPV = giá trị tiên đoán âm tính. độ nhạy là cao hơn so với từ dưới 6 tuổi. Tuy vậy độ đặc hiệu là tương đương nhau.

Nhìn chung ở nhóm tuổi trên 7 tuổi thì khi chẩn đoán

Bảng 3. Liên quan giữa mức độ nhiễm H. pylori trên test thử và test phát hiện kháng nguyên trong phân

Liên quan giữa mức độ nhiễm HP trên test thử và test phân		Kết quả xét nghiệm test thử			
		Âm tính (n=40)%	DT (+) (n=10)%	DT (++) (n=26)%	DT (+++) (n=36)%
Kết quả test phân	Âm tính	36 (90)	5(50)	1(3,8)	2 (3,6)
	(+)	1(2,5)	2(20)	6(23,1)	3(5,6)
	(++)	1(2,5)	2(20)	8(30,8)	5(8,9)
	(+++)	2(5)	1(10)	11(42,5)	26 (81,9)

Test phân dương tính (+): 1,1 – 1,5 (++): 1,6 – 2,5 (+++): >2,5

Test thử dương tính (+): 2,5 – 10 (++) >10 – 20 (+++): >20

Tỷ lệ trẻ có xét nghiệm test phân dương tính với nồng độ cao ở nhóm nồng độ H. pylori trong test thử ở mức độ cao là 81,9%; Có 42,5% bệnh nhân có test phân dương tính mức độ (+++) ở nồng độ test thử trung bình (Dương tính ++); có 10% bệnh nhân có test phân dương tính (+++) ở nồng độ test thử dương tính nhẹ (Dương tính nhẹ)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy so với chuẩn vàng là test thử, test phát hiện kháng nguyên trong phân có độ nhạy 88,9% và độ đặc hiệu là 90%, diện tích vùng dưới ROC là 0,894. Như vậy, test phát hiện kháng nguyên trong phân có độ tin cậy cao.

Độ chính xác của xét nghiệm phân trong chẩn đoán

nhiễm H. pylori đã được đánh giá trên nhiều nghiên cứu song phần lớn các nghiên cứu này là ở người lớn. Độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm phân lần lượt dao động từ 73,4 đến 97% và từ 94 đến 100% [3]. Trong một đa phân tích xét nghiệm phân trong chẩn đoán nhiễm H. pylori ở người lớn độ nhạy và đặc hiệu của xét nghiệm lần lượt là 93,1% và 92,8% [4].

Trong hầu hết các nghiên cứu, xét nghiệm phân sử dụng kháng thể đơn dòng có độ chính xác cao hơn kháng thể đa dòng [2]. Dore và cộng sự khi đánh giá xét nghiệm phân sử dụng kháng thể đơn dòng (HePy-stool) ở 78 bệnh nhân sử dụng mô bệnh học, urea xét nghiệm và xét nghiệm thử làm tham khảo thấy độ nhạy và đặc hiệu của xét nghiệm lần lượt là 97% và 94% [6]. Ở một nghiên cứu khác tiến hành trên 231 bệnh nhân so sánh hai loại xét nghiệm phân sử dụng kháng thể đa dòng (Premium Platinum HpSA) và kháng thể đơn dòng (FemtoLab), với xét nghiệm thử làm tham khảo [10], các tác giả nhận thấy



xét nghiệm phân sử dụng kháng thể đơn dòng có độ nhạy cao hơn xét nghiệm sử dụng kháng thể đa dòng (88,3% và 73,4%) và hai xét nghiệm có độ đặc hiệu tương đương nhau (94,5% và 97,8%).

Hooton đánh giá 3 xét nghiệm phát hiện kháng nguyên trong phân khác nhau sử dụng kháng thể đơn dòng, đa dòng và phương pháp sắc ký với xét nghiệm thử làm tham khảo cũng nhận thấy xét nghiệm phân sử dụng kháng thể đơn dòng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất [9]. Nhóm nghiên cứu *Helicobacter pylori* châu Âu đã đề nghị sử dụng xét nghiệm phát hiện kháng nguyên trong phân là phương tiện chẩn đoán và theo dõi kết quả điều trị nhiễm *Helicobacter pylori* ở người lớn [7].

Xét nghiệm phân đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán nhiễm *H. pylori* ở trẻ em vì kỹ thuật nội soi áp dụng ở trẻ em phức tạp hơn so với người lớn. Tuy vậy các nghiên cứu trên thế giới cho thấy độ nhạy của xét nghiệm phân ở trẻ em tương đối dao động từ 72,9% đến 96,1% và độ đặc hiệu từ 61,1% đến 98,7%. Sabbi và cộng sự khi đánh giá xét nghiệm phát hiện kháng nguyên trong phân sử dụng kháng thể đơn dòng (Premier Platinum HpSA) trên 250 trẻ với mô bệnh học, urea xét nghiệm làm tham khảo thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm phân khá cao (97% và 98%) [2].

Dondi và cộng sự tiến hành nghiên cứu trên 184 trẻ em tuổi trung bình 2,2 tuổi (0,2 – 5,5 tuổi) so sánh xét nghiệm phát hiện kháng nguyên trong phân sử dụng kháng thể đa dòng (Premier Platinum HpSA) với cấy vi khuẩn, mô bệnh học và Urea xét nghiệm thấy độ nhạy/đặc hiệu của xét nghiệm phân khá cao (93,3% và 98,7%). Độ chính xác của xét nghiệm phân tương đương với xét nghiệm thử thậm chí ở những trẻ em rất nhỏ [9].

Một nghiên cứu khác sử dụng xét nghiệm phân với kháng thể đa dòng (Premier Platinum HpSA) trên trẻ em và trẻ vị thành niên do Ragusa tiến hành thấy độ nhạy và đặc hiệu chung của xét nghiệm khá cao (94,6% và 95,6%) nhưng độ nhạy của xét nghiệm ở nhóm trẻ nhỏ hơn 6 tuổi thấp hơn ở nhóm trẻ lớn trong khi độ đặc hiệu ở cả hai nhóm là tương đương [2].

Đối nghịch với một số kết quả nghiên cứu ủng hộ cho giá trị chẩn đoán của xét nghiệm phát hiện kháng nguyên trong phân như ở trên, một nghiên cứu đa trung tâm ở châu Âu lại cho thấy một kết quả không mấy khả quan của xét nghiệm phát hiện kháng nguyên trong phân sử dụng kháng thể đa dòng (Premier Platinum HpSA), độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm lần lượt là 72,9 - 80,3% và 97,3 - 93,4% ở trên 316 trẻ em và trẻ vị thành niên [2]. Độ nhạy

thấp chỉ 75,6% cũng được thông báo trong nghiên cứu của Shaikh [2], trong nghiên cứu này tác giả cũng thấy độ đặc hiệu của xét nghiệm phân sử dụng kháng thể đa dòng (Premier Platinum HpSA) là 61%.

Một nghiên cứu tại Phần Lan [9] so sánh 3 xét nghiệm phân, một xét nghiệm sử dụng kháng thể đơn dòng và 2 xét nghiệm sử dụng kháng thể đa dòng ở 102 trẻ cho thấy cả 3 xét nghiệm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao (độ nhạy từ 96 đến 100% và độ đặc hiệu từ 90 đến 97%). Xét nghiệm phân sử dụng kháng thể đơn dòng (FemtoLab) trên 302 trẻ chưa được điều trị tình trạng nhiễm *H.pylori* xác định bởi các xét nghiệm xâm nhập (Urea xét nghiệm, cấy và mô bệnh học) có độ nhạy và độ đặc hiệu là 98 và 99% [8].

Trong nghiên cứu này cũng như nghiên cứu ở Phần Lan các tác giả không tìm thấy sự liên quan giữa giá trị OD của xét nghiệm phân và tuổi của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của Nguyen và cộng sự không tìm thấy sự tương quan giữa giá trị OD và tuổi của bệnh nhân và xét nghiệm phân sử dụng kháng thể đơn dòng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao ở trẻ em [1]. Cũng tương tự như các nghiên cứu trên, từ kết quả của bảng 3.7 chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt về độ nhạy và độ đặc hiệu của test phát hiện kháng nguyên trong phân ở hai nhóm trẻ ≤ 6 và > 6 tuổi.

Điểm mạnh trong nghiên cứu của chúng tôi là sử dụng test thử làm tham khảo để đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu của test phân. Điểm yếu của nghiên cứu này là cỡ mẫu nghiên cứu còn chưa lớn. Tuy cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, chúng tôi vẫn nhận thấy có một sự tương đồng về mức độ nhiễm *H. pylori* giữa test thử và test phát hiện kháng nguyên trong phân.

Kết quả bảng 3.8 cho thấy tỷ lệ trẻ có xét nghiệm test phân dương tính với nồng độ cao ở nhóm nồng độ *H. pylori* trong test thử ở mức độ cao là 81,9%. Tỷ lệ này giảm xuống còn 42,5% ở bệnh nhân có test thử dương tính ở mức trung bình và chỉ còn 10% khi test thử dương tính nhẹ. Điều này một lần nữa khẳng định test phân có độ chính xác tương đương test thử như trong các nghiên cứu trên thế giới đã ghi nhận [6;7].

V. KẾT LUẬN

Test elisa phân so với test thử trong việc chẩn đoán nhiễm *H. Pylori* cho thấy độ nhạy 88,9%; độ đặc hiệu 90%; giá trị chẩn đoán dương 94%; diện tích dưới ROC là AUC=0,894. Kết quả này cho thấy test Elisa tìm kháng nguyên trong phân có độ tin cậy cao và có thể sử dụng thay thế cho test thử trong việc phát hiện nhiễm *H. Pylori*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khánh Nguyễn Gia & Bằng Nguyễn Văn (2009), *Nhiễm Helicobacter pylori ở trẻ em lâm sàng và điều trị*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội.
2. Ngoan Nguyễn Văn (2004), *Viêm dạ dày mạn tính ở trẻ em: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi mô bệnh học và điều trị*, Đại học Y Hà Nội.
3. Calvet, X., Lario, S., Ramirez-Lazaro, M. J., Montserrat, A., Quesada, M., Reeves, L., Masters, H., Suarez-Lamas, D., Gallach, M., Sanchez-Delgado, J., Martinez-Bauer, E., Miquel, M., Junquera, F., Sanfeliu, I. & Segura, F. (2010), “Comparative accuracy of 3 monoclonal stool tests for diagnosis of Helicobacter pylori infection among patients with dyspepsia”, *Clin Infect Dis*, 50(3), pp. 323-8.
4. Choi, J., Kim, C. H., Kim, D., Chung, S. J., Song, J. H., Kang, J. M., Yang, J. I., Park, M. J., Kim, Y. S., Yim, J. Y., Lim, S. H., Kim, J. S., Jung, H. C. & Song, I. S. (2011), “Prospective evaluation of a new stool antigen test for the detection of Helicobacter pylori, in comparison with histology, rapid urease test, (13)C-urea breath test, and serology”, *J Gastroenterol Hepatol*, 26(6), pp. 1053-9.
5. Deguchi, R., Matsushima, M., Suzuki, T., Mine, T., Fukuda, R., Nishina, M., Ozawa, H. & Takagi, A. (2009), “Comparison of a monoclonal with a polyclonal antibody-based enzyme immunoassay stool test in diagnosing Helicobacter pylori infection after eradication therapy”, *J Gastroenterol*, 44(7), pp. 713-6.
6. Dore, M. P., Negrini, R., Tadeu, V., Marras, L., Maragkoudakis, E., Nieddu, S., Simula, L., Cherchi, G. B., Massarelli, G. & Realdi, G. (2004), “Novel monoclonal antibody-based Helicobacter pylori stool antigen test”, *Helicobacter*, 9(3), pp. 228-32.
7. Gisbert, J. P., de la Morena, F. & Abaira, V. (2006), “Accuracy of monoclonal stool antigen test for the diagnosis of H. pylori infection: a systematic review and meta-analysis”, *Am J Gastroenterol*, 101(8), pp. 1921-30.
8. Gold, B. D., Colletti, R. B., Abbott, M., Czinn, S. J., Elitsur, Y., Hassall, E., Macarthur, C., Snyder, J. & Sherman, P. M. (2000), “Helicobacter pylori infection in children: recommendations for diagnosis and treatment”, *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 31(5), pp. 490-7.
9. Hooton, C., Keohane, J., Clair, J., Azam, M., O’Mahony, S., Crosbie, O. & Lucey, B. (2006), “Comparison of three stool antigen assays with the 13C- urea breath test for the primary diagnosis of Helicobacter pylori infection and monitoring treatment outcome”, *European journal of gastroenterology & hepatology*, 18(6), pp. 595-9.
10. Megraud, F. & Lehours, P. (2007), “Helicobacter pylori detection and antimicrobial susceptibility testing”, *Clin Microbiol Rev*, 20(2), pp. 280-322.



THỰC TRẠNG VÉC TƠ TRUYỀN BỆNH SỐT RÉT KHU VỰC ĐỒNG BẰNG VỀN BIỂN BẮC BỘ

Trần Kiên¹, Trần Quang Trung¹

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành điều tra từ cơ sở dữ liệu về điều kiện thời tiết, khí hậu và điều tra thu thập cá thể muỗi Anopheles truyền bệnh sốt rét tại 4 tỉnh khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ năm 2014, gồm có: Thành phố Hải Phòng, tỉnh Nam Định, Thái Bình và Ninh Bình, nhằm phân tích mối liên quan giữa biến đổi khí hậu, thời tiết (nhiệt độ, lượng mưa và độ ẩm) với véc tơ truyền bệnh sốt rét là muỗi Anopheles, cho thấy: Nhiệt độ tăng cao từ tháng 3 đến 9/2013; độ ẩm tăng từ 8/2013 đến 01/2014; lượng mưa tăng từ tháng 7 đến 11/2013 và số lượng cá thể muỗi thu thập được tăng từ tháng 9 đến 12/2013.

Nhiệt độ giảm từ tháng 9/2013 đến tháng 2/2014, số lượng muỗi tăng từ tháng 9 đến tháng 12/2013 (có mối tương quan nghịch với $r = -0,83$). Lượng mưa tăng từ tháng 7 đến 11/2013, số lượng muỗi tăng từ tháng 9 đến 12/2013 (có mối tương quan không rõ với $r = 0,32$). Độ ẩm tăng từ tháng 8/2013 đến 1/2014, số lượng muỗi tăng từ tháng 9 đến 12/2013 (có mối tương quan thuận với $r = 0,56$).

Từ khóa: Véc tơ truyền bệnh sốt rét, nhiệt độ, độ ẩm, lượng mưa, tương quan.

ABSTRACT

STATUS OF MALARIA VECTORS IN THE RED RIVER DELTA

We conducted a survey from a database of weather conditions, climate and collected anopheles mosquitoes in four provinces (Hai Phong, Nam Dinh, Thai Binh and Ninh Binh) in the red river delta in 2014 in order to analyze the relationship between climate change, weather (temperature, rainfall and humidity) with malaria vectors (Anopheles mosquitoes). The results show that the temperature rises from March to September 2013; Moisture increased from August 2013 to January 2014; Precipitation increased from July to November 2013 and the number of mosquito collected from September to December 2013.

The temperature decreased from September 2013 to February 2014, the number of mosquitoes increased from

September to December 2013 (negative correlation; $r = -0.83$). Rainfall increased from July to November 2013; the number of mosquitoes increased from September to December 2013 (unknown correlation). Moisture increased from August 2013 to January 2014, the number of mosquitoes increased from September to December 2015 (positive correlation; $r = 0.56$).

Key words: Malaria vectors, temperature, humidity, rainfall, relation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với những tác động của biến đổi khí hậu, hiện tượng nóng ẩm toàn cầu, mở rộng những vùng có nhiệt độ trung bình trên 16°C là yếu tố khiến vùng phân bố của các loài muỗi truyền bệnh ngày càng mở rộng. Bệnh sốt rét đã được chứng minh là bị ảnh hưởng bởi biến đổi khí hậu, hàng năm trên thế giới có khoảng trên 200 triệu người bị sốt rét, có tới trên 1 triệu người chết do sốt rét. Sốt rét nặng nhất là ở châu Phi chiếm tới 80% số người mắc sốt rét trên thế giới, sau đó là vùng Nam Á và Đông Nam Á. Nhiều nước vùng nhiệt đới, cận nhiệt đới do đặc điểm khí hậu thuận lợi cho muỗi truyền bệnh phát triển. Tại Việt Nam, từ năm 1987 bệnh sốt rét đã quay trở lại ở hầu hết các tỉnh vùng rừng núi và ven biển với tốc độ nhanh và nghiêm trọng, với khoảng 80% dân số sống trong vùng sốt rét (57 triệu người). Năm 1991, có 144 vụ dịch, gần 5 nghìn người chết do sốt rét và trên 1 triệu người mắc sốt rét. Toàn quốc có 190 huyện có sốt rét lưu hành nhẹ và 70 huyện có sốt rét lưu hành nặng, vừa. Sốt rét không chỉ ảnh hưởng lên sức khỏe cá nhân mà còn ảnh hưởng tới phát triển kinh tế xã hội. Hiện tại trên thế giới chưa có vắc xin phòng bệnh và cũng chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, do đó biện pháp ngăn ngừa hiệu quả duy nhất chính là kiểm soát véc tơ truyền bệnh trong đó có các loài muỗi. Việt Nam là một trong các quốc gia chịu ảnh hưởng nặng nề của biến đổi khí hậu và là vùng lưu hành nhiều dịch bệnh như sốt rét, sốt dengue và thường có khả năng phát triển mạnh thành dịch. Do vậy, nghiên cứu tập tính, phân bố của các loài muỗi truyền bệnh

1. Học viện Quân y

» Ngày nhận bài: 30/08/2018 | » Ngày phản biện: 09/08/2018 | » Ngày duyệt đăng: 15/08/2018

sốt rét tại các tỉnh đồng bằng ven biển là rất cần thiết để ngành y tế có kế hoạch phòng chống bệnh này hiệu quả.

Mục tiêu nghiên cứu:

Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm thời tiết, khí hậu đến sự phân bố của các loài muỗi truyền bệnh sốt rét tại khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. *Đối tượng nghiên cứu:* Cơ sở dữ liệu về điều kiện thời tiết khí hậu tại các tỉnh nghiên cứu, gồm: nhiệt độ, độ ẩm, lượng mưa trung bình. Cá thể muỗi *Anopheles* truyền bệnh sốt rét.

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:* Mối liên quan giữa muỗi *Anopheles* và điều kiện thời tiết khí hậu tại khu vực

đồng bằng ven biển Bắc bộ.

5. *Phương pháp nghiên cứu:* Phương pháp khảo sát các yếu tố môi trường, phương pháp điều tra thu thập số lượng cá thể muỗi *Anopheles*.

- Khảo sát các yếu tố môi trường: Đo nhiệt độ, ẩm độ bằng máy đo TESTO 635; Đo tốc độ gió bằng máy đo SIBATA Model ISA-80; Đo cường độ ánh sáng bằng máy đo SIBATA Model ANA-F11.

- Điều tra *Anopheles*: Mỗi người trong nhà; Mỗi người ngoài nhà; Soi trong nhà ngày; Soi chuồng gia súc. Mật độ muỗi được tính bằng số lượng muỗi một người thu thập được trong một giờ (con/giờ/người).

6. *Thu thập và xử lý số liệu:* Số liệu điều tra được điền vào các biểu mẫu thiết kế sẵn và xử lý theo phần mềm Epi-Info 6.0.

III. KẾT QUẢ

1. *Liên quan giữa véc tơ truyền bệnh sốt rét và khí hậu thời tiết tại đồng bằng ven biển Bắc bộ*

Bảng 1. Biến động của môi trường và số lượng muỗi *Anopheles minimus* trong năm

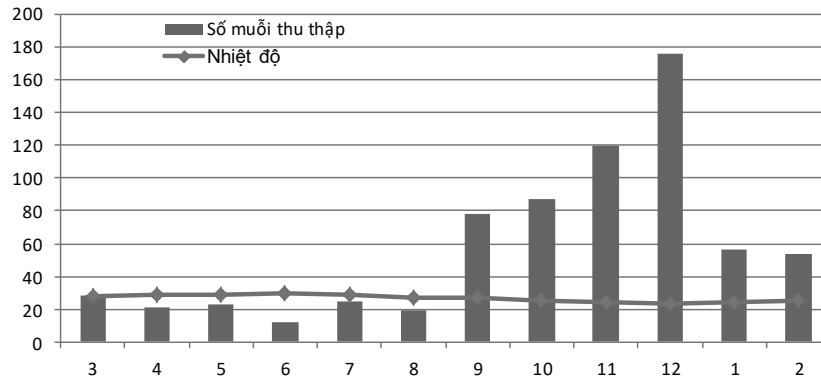
Tháng/năm	Nhiệt độ (°C)	Độ ẩm (%)	Lượng mưa (mm)	SL muỗi thu thập (cá thể)
3/2013	27,9	67	0	28
4/2013	29,2	69	32,3	21
5/2013	28,9	75	95,1	23
6/2013	29,6	72	62,3	12
7/2013	28,4	76	85,2	25
8/2013	27,4	82	176,5	19
9/2013	27,1	84	180,1	78
10/2013	25,6	89	245,4	87
11/2013	24,7	87	204,0	120
12/2013	23,5	84	75,6	176
1/2014	24,5	82	0	56
2/2014	25,2	75	29,9	54

Tại 4 tỉnh khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ có: Nhiệt độ tăng cao từ tháng 3 đến 9/2013; độ ẩm tăng từ 8/2013 đến 01/2014; lượng mưa tăng từ tháng 7 đến 11/2013 và số

lượng muỗi thu thập được tăng từ tháng 9 đến 12/2013.

2. *Sự biến động của nhiệt độ liên quan đến số lượng muỗi *Anopheles minimus**

Biểu đồ 1. Sự biến động giữa nhiệt độ và số lượng muỗi Anopheles minimus

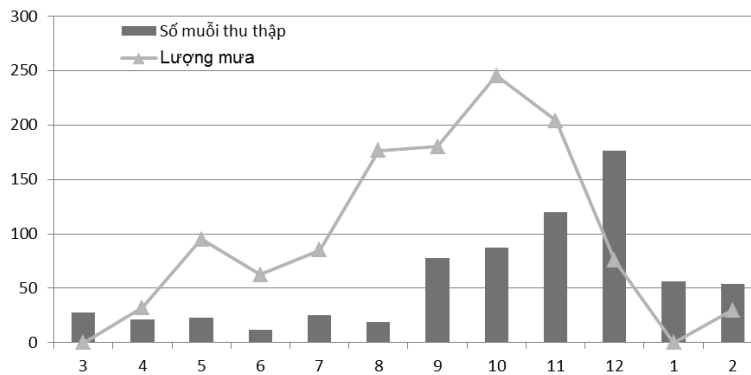


Nhiệt độ giảm từ tháng 9/2013 đến tháng 2/2014, số lượng muỗi thu thập tăng từ tháng 9 đến tháng 12/2013. Sử dụng hệ số tương quan phân tích số liệu nhiệt độ về số lượng muỗi thu thập từ tháng 3/2013 đến tháng 2/2014 xác định

có sự tương quan nghịch $r = -0,83$ giữa nhiệt độ và số lượng muỗi thu thập được.

3. Sự biến động của lượng mưa liên quan đến số lượng muỗi Anopheles minimus

Biểu đồ 2. Sự biến động giữa lượng mưa và số lượng muỗi Anopheles minimus

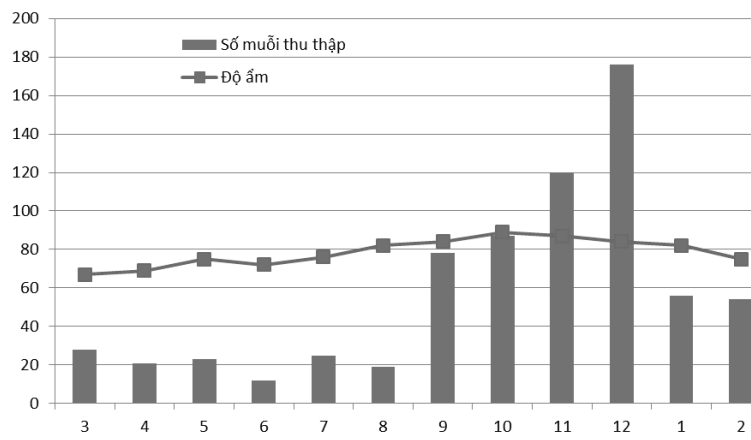


Lượng mưa tăng từ tháng 7 đến tháng 11 năm 2013, số lượng muỗi thu thập tăng từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2013. Sử dụng hệ số tương quan r phân tích số liệu lượng mưa và số lượng muỗi thu thập từ tháng 3 năm 2013 đến

tháng 2 năm 2014 xác định giữa lượng mưa và số lượng muỗi có mối tương quan không rõ với $r = 0,32$.

4. Sự biến động của độ ẩm liên quan đến số lượng muỗi Anopheles minimus

Biểu đồ 2. Sự biến động giữa lượng mưa và số lượng muỗi Anopheles minimus



Độ ẩm tăng từ tháng 8 năm 2013 đến tháng 1 năm 2014, số lượng muỗi thu thập tăng từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2013. Sử dụng hệ số tương quan phân tích số liệu độ ẩm và số lượng muỗi thu thập từ tháng 3 năm 2013 đến tháng 2 năm 2014 xác định có sự tương quan thuận giữa độ ẩm và số lượng muỗi thu thập được, $r = 0,56$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có sự liên quan khá rõ giữa biến đổi khí hậu (nhiệt độ, độ ẩm, và lượng mưa) với số lượng cá thể muỗi truyền bệnh sốt rét tại cộng đồng. Đồng thời cũng cho thấy mùa phát triển của *Anopheles* có liên quan với tình hình dịch tễ sốt rét tại địa phương. Sự có mặt của *Anopheles minimus* quanh năm tại đồng bằng ven biển Bắc bộ với mật độ cao chứng tỏ chúng đã thích nghi với môi trường ở đây, và chúng là một loài có vùng phân bố rộng như nhận định của Garros. Quần thể *Anopheles minimus* chịu ảnh hưởng các yếu tố nhiệt độ, ẩm độ và lượng mưa của môi trường, phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tuyên Quang tại Khánh Phú. Số lượng cá thể muỗi thu thập tăng vào các tháng cuối mùa mưa chứng tỏ mưa cũng có tác động đến quần thể *Anopheles minimus* tại đây, nhận định có sự tương quan thuận giữa lượng mưa và mật độ một số loài muỗi như *Anopheles* và ở ngưỡng lượng mưa tối đa là 150mm trong 7 ngày.

Nghiên cứu của chúng tôi tại 4 tỉnh thuộc khu vực đồng bằng ven biển Bắc bộ cho thấy: Nhiệt độ tăng cao từ tháng 3 đến 9/2013; độ ẩm tăng từ 8/2013 đến 01/2014; lượng mưa tăng từ tháng 7 đến 11/2013 và số lượng muỗi thu thập được tăng từ tháng 9 đến 12/2013. Sử dụng hệ số

tương quan phân tích số liệu nhiệt độ và số lượng muỗi thu thập xác định có sự tương quan nghịch ($r = -0,83$) và xác định có sự tương quan thuận giữa độ ẩm và số lượng muỗi thu thập ($r = 0,68$). Lượng mưa tăng từ tháng 7 đến 11/2013, số lượng muỗi thu thập tăng từ tháng 9 đến 12/2013, có hệ số tương quan không rõ ràng với $r = 0,32$.

Sự tác động của biến đổi khí hậu đến bệnh tật hết sức phức tạp và các tác động rất khác nhau của nó đến môi trường sống cũng như môi trường sinh thái phức tạp của con người. Vấn đề biến đổi về khí hậu và mực nước biển dâng đã ảnh hưởng lớn đến môi trường sống của các trung gian truyền bệnh đặc biệt là các loài muỗi.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu tại 4 tỉnh đồng bằng ven biển Bắc bộ cho thấy véc tơ truyền bệnh sốt rét chủ yếu là muỗi *Anopheles minimus*. Đồng thời cho thấy có mối liên quan giữa biến đổi khí hậu, thời tiết (nhiệt độ, lượng mưa và độ ẩm) với véc tơ truyền bệnh sốt rét là muỗi *Anopheles*: Nhiệt độ tăng cao từ tháng 3 đến 9/2013; độ ẩm tăng từ 8/2013 đến 01/2014; lượng mưa tăng từ tháng 7 đến 11/2013 và số lượng cá thể muỗi thu thập được tăng từ tháng 9 đến 12/2013.

Nhiệt độ giảm từ tháng 9/2013 đến tháng 2/2014, số lượng muỗi tăng từ tháng 9 đến tháng 12/2013 (có mối tương quan nghịch với $r = -0,83$). Lượng mưa tăng từ tháng 7 đến 11/2013, số lượng muỗi tăng từ tháng 9 đến 12/2013 (có mối tương quan không rõ với $r = 0,32$). Độ ẩm tăng từ tháng 8/2013 đến 1/2014, số lượng muỗi tăng từ tháng 9 đến 12/2013 (có mối tương quan thuận với $r = 0,56$).

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. Trương Văn Có (2005), “Sự phân bố và tập tính sinh học của 2 phức hợp loài *Anopheles minimus*, Theobald, 1901 và *Anopheles dirus*, Peyton và Harrison 1979 ở khu vực miền Trung - Tây Nguyên”, *Tạp chí Y học Thực hành*, số 511: tr 67-74.
3. Vũ Đình Chử, Lương Xuân Dũng, Phạm Thị Hoan (2006), “Kỹ thuật nuôi cấp chủng *Anopheles minimus* trong phòng thí nghiệm”, *Công trình nghiên cứu khoa học Viện Sốt rét Ký sinh trùng và Côn trùng*, Nxb Y học, Hà Nội, tập 1: tr 406-413.
4. Nguyễn Thọ Viễn, Nguyễn Sơn Hải, Nguyễn Tuyên Quang (1997), “Những nhận xét về sinh thái muỗi trưởng thành truyền sốt rét chủ yếu ở xã Khánh Phú, tỉnh Khánh Hoà, miền Trung Việt Nam”, *Dự án nghiên cứu sốt rét Khánh Phú*, Nxb Y học, Hà Nội, tr 59-68.
5. Van Bortel W., Trung H.D., Roelands P., Harbach R.E., Backeljau T., Cooseman M., (2000), “Molecular identification of *Anopheles minimus* s.l. beyond distinguishing the members of the species complex”, *Insect Molecular Biology* 9, pp. 335-340.



THỰC TRẠNG VỆ SINH MÔI TRƯỜNG HỘ GIA ĐÌNH TẠI 3 XÃ HUYỆN PHÙ YÊN TỈNH SƠN LA NĂM 2017

Ngô Thị Nhu¹, Đặng Thị Ngọc Anh¹, Lương Văn Hóa²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả thực trạng vệ sinh môi trường hộ gia đình tại 3 xã huyện Phù Yên tỉnh Sơn La năm 2017. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Những nguồn nước sử dụng ăn, uống và sinh hoạt được các hộ gia đình nhiều nhất là nguồn nước máng lắn (73,3%), nước máy (16,6%) và nước giếng khơi (10,0%). Không có hộ gia đình nào có bể lọc nước. Về vấn đề sử dụng nhà tiêu: Tỷ lệ hộ gia đình có sử dụng nhà tiêu chiếm 72,6%. Trong đó, loại nhà tiêu tự hoại là 33,3%, nhà tiêu thấm dội nước chiếm 39,3%. Có tới 27,3% hộ gia đình không có nhà tiêu. Tỷ lệ hộ gia đình không có nơi xử lý rác thải còn cao đặc biệt là ở 2 xã Tân Phong và Kim Bon chiếm 66,6%.

Từ khóa: Thực trạng, vệ sinh môi trường, nguồn nước, nhà vệ sinh, rác thải

SUMMARY

THE SITUATION OF HOUSEHOLD ENVIRONMENTAL SANITATION AT 3 COMMUNES IN PHU YEN DISTRICT, SON LA PROVINCE IN 2017

The descriptive, cross-sectional study was implemented at 3 communes in Phu Yen district, Son La province in 2017 to describe the situation of household environmental sanitation. The results showed that the majority of household (73.3%) used trough water for drinking and domestic water, while the rate using tap water and well water were still low (16.6% and 10.0% respectively). None of household owned water filtration tank. Regarding to using the latrine, the percentage of households owning the latrine were 72.6%. To be specific, septic tank was cited by 33.3% while 39.3% of people chose pour-flush latrine. 27.3% of households did not have latrine. The rate of household with no waste disposal site were high, especially in Tan Phong and Kim Bon communes (66.6%).

Keywords: Situation, environmental sanitation, water sources, latrine, waste

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vệ sinh môi trường là một trong những vấn đề được quan tâm không chỉ ở phạm vi một quốc gia, một khu vực mà đang là vấn đề được quan tâm trên phạm vi toàn cầu bởi tầm quan trọng của nó với sức khỏe con người [2]. Chính vì vậy, trong nhiều năm qua, công tác vệ sinh môi trường liên tục được đề cập đến trong nhiều văn bản của Đảng, Nhà nước như Nghị quyết Trung ương VIII, IX, chiến lược toàn diện về tăng trưởng xóa đói, giảm nghèo, chiến lược quốc gia về nước sạch vệ sinh môi trường nông thôn giai đoạn 2000 – 2020 [3], nhằm tăng nhanh tỷ lệ dân cư nông thôn được sử dụng nước sạch và nhà tiêu hợp vệ sinh, cải thiện điều kiện sống và sức khỏe của người dân, góp phần thực hiện công cuộc xóa đói, giảm nghèo và từng bước hiện đại hóa nông nghiệp nông thôn, đặc biệt đối với các vùng cao, vùng sâu, vùng khó khăn, vùng dân tộc ít người [1]. Tuy nhiên, mức thu nhập chung của người dân còn thấp, trình độ dân trí chưa được nâng cao, phong tục tập quán lạc hậu, hệ thống đường giao thông khó khăn, điều kiện chăm sóc y tế và phúc lợi xã hội còn thiếu thốn. Bên cạnh tình trạng bệnh tật nói chung, tình trạng ô nhiễm môi trường do con người gây ra đang là vấn đề đáng lo ngại, ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe và sự phát triển ở những khu vực khó khăn này [1], [4].

Huyện Phù Yên là một huyện miền núi, điều kiện về kinh tế - văn hoá - xã hội còn đặc biệt khó khăn nhất là những xã vùng cao, vùng sâu, vùng đặc biệt khó khăn của huyện. Do địa bàn sống hẻo lánh, đời sống kinh tế - văn hoá - xã hội của người dân ở các bản vùng cao, vùng sâu còn rất thấp, nhất là hành vi về vệ sinh môi trường đang là trở ngại của các nhà quản lý. [5], [6], [7].

Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả thực trạng sử dụng nước sạch, nhà tiêu và xử lý rác thải tại hộ gia đình của người dân ở ba xã Quang Huy, Tân Phong, Kim Bon huyện Phù Yên tỉnh Sơn La năm 2017.*

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Trung tâm y tế huyện Phù Yên, tỉnh Sơn La

» Ngày nhận bài: 28/06/2018 | » Ngày phản biện: 12/07/2018 | » Ngày duyệt đăng: 02/08/2018

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 huyện Phù Yên tỉnh Sơn La.

- Đối tượng nghiên cứu:

• Điều kiện vệ sinh môi trường tại các hộ gia đình: nhà tiêu, nguồn nước, nhà ở.

• Chủ các hộ gia đình tại xóm bản tại 3 xã nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 9 năm 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 chủ đích 3 xã của huyện Phù Yên: Xã Quang Huy, Tân Phong và Kim Bon. Mỗi xã chọn 100 hộ gia đình ở các bản khác nhau (cách trung tâm xã từ 40 km trở lên).

- Đơn vị mẫu: Chọn hộ gia đình là đơn vị mẫu, mỗi hộ gia đình chọn 1 người lớn (chủ hộ). Chọn hộ gia đình ngẫu nhiên theo phương pháp gắp thăm.

* Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức

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

Trong đó:

- n là cỡ mẫu cần thiết

- p là tỷ lệ ước định, lấy tỷ lệ sử dụng nước sạch ở các bản vùng khó khăn trong các nghiên cứu trước là 0,5

- q = 1 - p = 0,5.

- $Z_{(1-\alpha/2)}$ là hệ số tin cậy (với ngưỡng $\alpha = 95\%$) = 1,96

- d là sai số, chọn là 0,06

Thay vào công thức và làm tròn ta có: n = 300.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

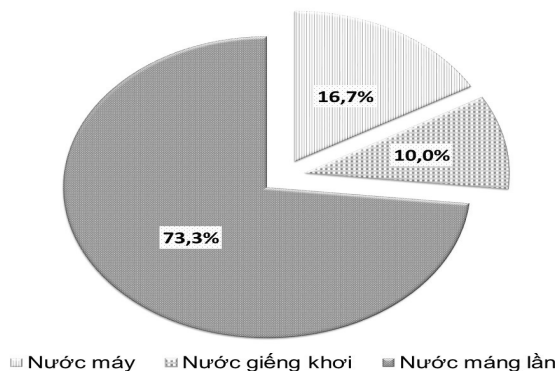
Phòng vấn trực tiếp chủ hộ bằng bảng câu hỏi đã chuẩn bị trước và quan sát tại các hộ gia đình và ghi chép thông tin từ sổ sách báo cáo của trạm y tế.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý theo các phương pháp thống kê y sinh học trên máy vi tính với phần mềm Epidata. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 1. Thực trạng sử dụng nguồn nước trong ăn uống và sinh hoạt (n=300)



Qua biểu đồ 1, ta thấy tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nguồn nước máng lèn tự chảy trong sinh hoạt chiếm tỷ lệ rất cao 73,3%, tiếp đó là nguồn nước máy 16,7%; giếng khơi

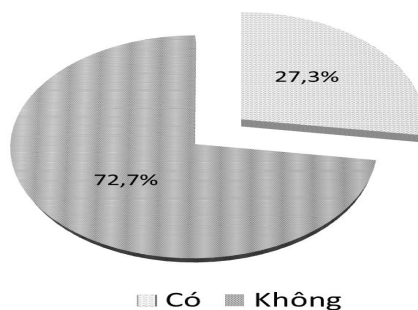
chiếm 10%. Không có gia đình sử dụng nước giếng khoan làm nước sinh hoạt.

Bảng 1. Tỷ lệ hộ gia đình có bể nước và téc nước $\geq 3 m^3$ (n=300)

Loại bể	Số lượng	Tỷ lệ (%)
$\geq 3 m^3$	220	73,3
$< 3 m^3$	80	26,6
Tổng	300	100

Qua bảng trên ta thấy tỷ lệ hộ gia đình có bể nước $\geq 3 m^3$ là 73,3%, cao hơn so với bể có thể tích $< 3 m^3$ chiếm tỷ lệ 26,6%. Chủ yếu là bình nước.

Biểu đồ 2. Thực trạng sử dụng nhà tiêu (n=300)



Qua biểu đồ ta thấy tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu chiếm khá cao 72,7%

Bảng 2. Các loại nhà tiêu hiện dùng (n = 218)

Loại hình nhà tiêu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tự hoại	100	33,3
Thấm dội nước	118	66,7
Tổng	218	100

Bảng 2 cho thấy trong các hộ gia đình có nhà tiêu thì tự hoại chiếm 33,3%; còn lại là nhà tiêu thấm dội nước.

Bảng 3. Thực trạng về kỹ thuật xây dựng nhà tiêu tự hoại (n=100)

Nội dung	Đạt	Tỷ lệ (%)
Có đủ 3 bể xử lý	89	89
Bể tự hoại không bị lún, sụt	100	100
Nắp bể được trát kín, không bị rạn	100	100
Mặt sàn nhà tiêu phẳng	100	100
Bệ xí có nút nước	100	100
Có ống thông hơi cao hơn mái nhà tiêu	100	100

Tại bảng 3 cho thấy kỹ thuật xây dựng nhà tiêu tự hoại tương đối đảm bảo đạt 100%.

Bảng 4. Thực trạng sử dụng nhà tiêu tự hoại (n=100)

Tiêu chuẩn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có đủ nước dội	98	98
Dụng cụ chứa nước dội không có bọt gầy	81	81
Không có mùi hôi thối	96	96
Nền nhà tiêu sạch sẽ	98	98
Không có ruồi nhặng	99	99
Che chắn kín đáo, ngăn được nước mưa	100	100
Nước bể xử lý chảy vào cống hoặc tự thấm	94	94
Giấy bỏ đúng nơi quy định	94	94

Qua kết quả bảng 4 cho thấy tất cả các nhà tiêu tự hoại sử dụng đều đủ nước dội, nguồn nước đảm bảo, nhà tiêu sạch sẽ. Các kết quả của từng tiêu chuẩn đều trên 90%.

Bảng 5. Thực trạng kỹ thuật xây dựng và bảo quản nhà tiêu thấm dội nước (n=118)

Nội dung	Đạt	Tỷ lệ (%)
Không xây ở nơi thường bị ngập úng	107	90,6
Cách nguồn nước sinh hoạt từ 10m trở lên	113	95,7
Bể xử lý phân không lún sụt	100	84,7
Nắp bể chứa phân được trát kín không rạn nứt	118	100
Mặt sàn nhẵn, phẳng, không sụt lún	90	76,2
Bệ xí có nút nước	118	100
Có đủ nước dội	118	100
Dụng cụ chứa nước không có bọt gậy	116	98,3
Nước từ bể chứa phân hoặc đường dẫn phân không thấm tràn ra mặt đất	118	100

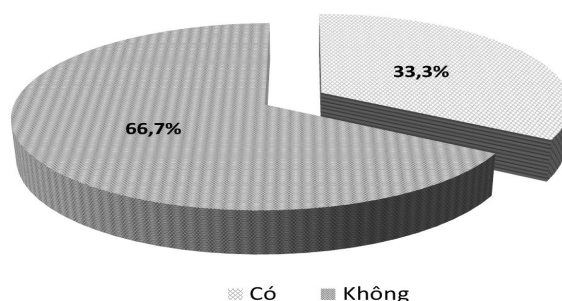
Kỹ thuật nhà tiêu 2 ngăn các tiêu chuẩn về cơ bản đạt trên 70%, riêng ống thông hơi còn thấp chiếm 76,2%.

Bảng 6. Thực trạng sử dụng và bảo quản nhà tiêu thấm dội (n=118)

Tiêu chuẩn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sàn nhà tiêu sạch, không có giấy, rác	109	92,3
Giấy bẩn bỏ vào dụng cụ có nắp đậy	111	94,6
Không có mùi hôi thối	117	99,1
Không có ruồi nhặng, côn trùng	117	99,1
Bệ xí sạch không đọng, dính phân	104	88,1
Che chắn kín đáo ngăn được nước mưa	118	100
Vệ sinh xung quanh sạch sẽ	112	94,9

Qua bảng trên ta thấy thực trạng sử dụng nhà tiêu thấm dội của hộ gia đình. Trong đó hầu như tất cả các chỉ số chỉ ở mức cao, tỷ lệ từ 80% trở lên

Biểu đồ 3. Thực trạng xử lý rác tại các hộ gia đình (n = 300)



Qua biểu đồ 3 tỷ lệ không có nơi xử lý rác thải hộ gia đình còn ở mức cao chiếm 66,7%, trong đó số hộ xử lý rác theo đúng quy định chiếm 33,3%.



Bảng 7. Các hình thức xử lý rác (n = 300)

Hình thức xử lý	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Xử lý hình thức đốt	20	6,7
Xử lý hình thức chôn	0	0
Công ty đô thị thu gom	80	2,6
Thải ra môi trường	200	66,6
Tổng	300	100

Qua bảng 7 ta thấy tỷ lệ hộ gia đình không có nơi xử lý rác hợp đặc biệt còn thải ra môi trường chiếm tỷ lệ cao 66,6%.

IV. BÀN LUẬN

Sức khỏe của con người do 3 yếu tố quyết định đó là: Di truyền, môi trường và lối sống. Hiện nay, việc tác động trực tiếp lên bộ máy di truyền của mỗi người để bảo vệ, nâng cao sức khỏe còn hạn chế. Nhưng chúng ta có thể chủ động tác động lên môi trường như chống ô nhiễm môi trường, chăm sóc môi trường cơ bản, xây dựng lối sống lành mạnh, khoa học nhằm không ngừng nâng cao sức khỏe của cá nhân và cộng đồng

Qua điều tra cho thấy, tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nguồn nước máy lần là chủ yếu chiếm 73,3%, nguồn nước máy được sử dụng chiếm tỷ lệ thấp 16,6%, điều đó cho thấy phong tục tập quán của người dân tại địa phương quen sử dụng nguồn nước máy lần, việc sử dụng các nguồn nước khác cũng còn gặp khó khăn do địa hình có nhiều đồi núi, nguồn ngân sách đầu tư xây dựng cho nguồn nước không có do vậy đã ảnh hưởng không nhỏ tới đời sống của người dân, qua nghiên cứu tỉ lệ sử dụng các bể lọc và áp dụng các biện pháp làm sạch nguồn nước máy lần còn ít, đặc biệt là tại 2 xã Kim Bon và Tân Phong.

Ô nhiễm môi trường do phân người gây nhiều bệnh truyền nhiễm lây truyền qua đường tiêu hóa, hay cụ thể hơn là theo đường “phân- miệng”. Các bệnh thường gặp liên quan đến cấp nước và vệ sinh môi trường như: Tả, đau mắt hột, thương hàn, sốt xuất huyết, viêm gan A,... Mỗi năm bệnh tiêu chảy và viêm phổi là thủ phạm dẫn đến cái chết của hơn 3,5 triệu trẻ em dưới năm tuổi trên toàn thế giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Về thực trạng sử dụng nhà tiêu của hộ gia đình, tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh tương đối cao đạt 72,6%. Đây được gọi là cao so với vùng đặc biệt khó khăn như 3 xã đã nghiên cứu trên địa bàn huyện Phù Yên, do nhiều nguyên nhân như được Nhà nước đầu tư cho nhân dân theo Dự án 135 của Chính phủ, đồng thời công tác tuyên truyền cho nhân dân về

thực hiện sửa chữa, xây mới nhà tiêu hộ gia đình được chính quyền địa phương quan tâm, đây còn là chương trình mục tiêu quốc gia xây dựng nông thôn mới. Khi tìm hiểu nhà tiêu hộ gia đình có 2 loại nhà tiêu được sử dụng chủ yếu đó là nhà tiêu tự hoại và nhà tiêu thấm dội nước trong đó nhà tiêu tự hoại chiếm 33,3%, nhà tiêu thấm dội nước chiếm 39%, tuy nhiên qua điều tra vẫn còn hộ gia đình chưa có hố xí để sử dụng, còn thải trực tiếp ra môi trường tỷ lệ chiếm 27,3% đặc biệt là các hộ tập trung ở những bản đặc khó khăn của xã Kim Bon và một số bản của xã Tân Phong. Khi điều tra, tìm hiểu tỷ lệ hộ gia đình sử dụng phân để bón cây trồng và hoa màu tỷ lệ rất là ít, chủ yếu sử dụng phân trâu, bò, lợn để bón cây và hoa màu, số sử dụng phân trâu, bò, lợn bón cây hầu như không ừ mà bón trực tiếp do vậy đây cũng là nguyên nhân phát tán một số bệnh ra ngoài môi trường đất, nước điều nay đã làm nguy cơ gia tăng các bệnh truyền nhiễm, ảnh hưởng xấu tới điều kiện vệ sinh môi trường của người dân tại 3 xã đã điều tra.

V. KẾT LUẬN

- Nguồn nước sử dụng nhiều nhất trong ăn, uống và sinh hoạt của các hộ gia đình là nước máy lần chiếm 73,3%, trong khi tỷ lệ sử dụng nguồn nước máy và nước giếng khơi thấp (16,6% nước máy; 10% nước giếng khơi). Người dân sử dụng trực tiếp từ nguồn nước đầu nguồn chảy về mà không qua bể lọc nước.

- Thực trạng sử dụng nhà tiêu của hộ gia đình: Tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu sử dụng chiếm 72,6%. Trong đó, loại nhà tiêu tự hoại là 33,3% tỷ lệ khá khiêm tốn, nhà tiêu thấm dội nước chiếm 39,3%, vẫn còn một số hộ được điều tra không có nhà tiêu để sử dụng chiếm 27,3%.

- Thực trạng xử lý rác tại các hộ gia đình: Qua điều tra tỷ lệ hộ gia đình không có nơi xử lý rác thải gia đình còn cao đặc biệt là ở 2 xã Tân Phong và Kim Bon chiếm 66,6%, còn tại xã Quang Huy do giáp danh với thị trấn do vậy việc xử lý rác được công ty đô thị huyện thu gom xử lý chiếm 33,3% đạt 100 hộ được điều tra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn (2005), *Chương trình mục tiêu quốc gia nước sạch và vệ sinh môi trường nông thôn giai đoạn 2006- 2010*, Hà Nội.
2. Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn (2007), *Báo cáo kết quả thực hiện chương trình mục tiêu quốc gia NS-VSMT NT giai đoạn 1999-2005*, Hà Nội.
3. Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn (2004), *Thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia nước sạch và vệ sinh môi trường nông thôn- Hà Nội*.
4. Bộ Y tế - Bộ Quốc phòng - Học viện Quân y (1999), *Đánh giá 20 năm thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam*, Hà Nội.
5. Đàm Khải Hoàn và cs (2003), “Bước đầu nhận xét một số phong tục tập quán có ảnh hưởng đến sức khỏe người Dao ở một số bản vùng III thuộc tỉnh Bắc Kạn”, *Tạp chí Y học thực hành*, Số 03/475, Hà Nội, Tr. 22 - 25.
6. Đàm Khải Hoàn, Đàm Thị Tuyết, Hạc Văn Vinh (2003), *Đánh giá bước đầu mô hình giáo viên cắm bản tham gia vào truyền thông - giáo dục sức khỏe sinh sản cho người dân vùng cao huyện Đồng Hỷ tỉnh Thái Nguyên*, Nội san khoa học công nghệ Y - Dược học miền núi, Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, Thái Nguyên.
7. Hoàng Khải Lập, Nông Thanh Sơn, Đồng Ngọc Đức và cộng sự (1997), *Đánh giá thực trạng một số đặc điểm sự tác động và mối liên quan giữa môi trường và sức khỏe nhân dân xã Nam Hoà, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên*, Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, Tập IX, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.



TỶ LỆ SỬ DỤNG RƯỢU BIA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI LAO ĐỘNG NHẬP CƯ TRÊN 18 TUỔI XÃ TÂN PHÚ TRUNG, HUYỆN CỬ CHI, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Thị Diễm Trinh¹, Nguyễn Thanh Bình¹, Lê Minh Ngọc Huyền¹, Lê Văn Tâm², Trần Thiện Thuận¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện tìm hiểu về thực trạng sử dụng rượu bia ở công nhân nhập cư, từ đó có các chương trình truyền thông, biện pháp can thiệp phòng chống sử dụng quá mức độ cho phép, lạm dụng rượu bia, góp phần nâng cao sức khỏe, chất lượng cuộc sống công nhân nhập cư trên 18 tuổi xã Tân Phú Trung, huyện Củ Chi, thành phố Hồ Chí Minh

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ sử dụng rượu bia chiếm 51,5% , trong đó nam chiếm 70,9%, nữ chiếm 29,1%.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sử dụng rượu bia với đặc điểm nền nhóm tuổi, giới tính, dân tộc Chăm, trình độ học vấn, nghề nghiệp khác và kinh tế gia đình. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sử dụng rượu bia với yếu tố hút thuốc, ăn rau và bệnh tăng huyết áp.

Từ khóa: Sử dụng rượu bia, người lao động nhập cư.

ABSTRACTS:

PREVALENCE AND FACTOR ASSOCIATED WITH PROBLEMATIC DRINKING AMONG OVER 18 YEARS OLD MIGRANT WORKERS OF TAN PHU TRUNG COMMUNE, CU CHI DISTRICT, HO CHI MINH CITY

Study for use in immigrant, from which the communication program, the legal can not be used by the use of the world of the wine, abuse, to improve in health, quality of life, among over 18 years old migrant workers of Tan Phu Trung commune, Cu Chi district, Ho Chi Minh city

Results: rate use alcohol 51,5%, in which male uses 70,9%, female uses 29,1%.

There are an existing relationship that the meaning of the middle of the use of the beer with the group group age

special, folk, rate, the problem level, another job income. There are an existing relationship that the meaning of the middle of the use of the beer with the smoking, the eat vegetable and high blood pressure.

Key words: Use of alcohol, migrant workers

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng rượu bia trong độ tuổi lao động hiện nay rất phổ biến ở nhiều quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Song rượu bia là chất kích thích và gây nghiện, do vậy người sử dụng rất dễ bị lệ thuộc, với mức độ dung nạp ngày càng nhiều dẫn đến tình trạng lạm dụng rượu bia, gây ra những tổn thất nghiêm trọng về kinh tế, xã hội và đặc biệt là đối với sức khỏe của người sử dụng [2]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng, sử dụng rượu bia là một trong những yếu tố dẫn đến các rối loạn tâm thần kinh, bệnh động kinh và các bệnh không lây khác như bệnh tim mạch, xơ gan và nhiều dạng ung thư khác. Bên cạnh đó, sử dụng rượu cũng có liên quan đến một số bệnh truyền nhiễm như HIV/AIDS, bệnh lao và bệnh lây truyền qua đường tình dục. Rượu bia là yếu tố nguy cơ hàng đầu ở Tây Thái Bình Dương và châu Mỹ, thứ hai ở châu Âu và thứ ba trên thế giới về gánh nặng bệnh tật [7].

Việt Nam là nước nằm trong top 25 nước uống nhiều bia trên thế giới, đứng thứ 3 ở châu Á chỉ sau Trung Quốc, Nhật Bản và đứng đầu khu vực Đông Nam Á [3]. Điều này gây hậu quả nghiêm trọng, ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng lao động hiện nay.[2] Trên thế giới đã có một số ít nghiên cứu về sử dụng rượu bia. Trong nước, bước đầu cũng có một vài nghiên cứu nhỏ trên đối tượng học sinh phổ thông, sinh viên đại học, chưa có nghiên cứu nào thật sự đi sâu, dành trọng tâm cho vấn đề sử dụng, lạm dụng rượu bia ở công nhân. Nghiên cứu này

1. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

2. Phòng Y tế quận 3 thành phố Hồ Chí Minh

» Ngày nhận bài: 09/07/2018 | » Ngày phản biện: 03/08/2018 | » Ngày duyệt đăng: 17/08/2018

thực hiện nhằm tìm hiểu về thực trạng sử dụng rượu bia ở công nhân nhập cư, từ đó là cơ sở cho các chương trình truyền thông, biện pháp can thiệp phòng chống sử dụng, lạm dụng rượu bia, góp phần nâng cao sức khỏe, chất lượng cuộc sống công nhân, từ đó thúc đẩy phát triển kinh tế xã hội.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

Người lao động nhập cư 18 – 60 tuổi đang sinh sống tại xã Tân Phú Trung, huyện Củ Chi, TP HCM có đăng ký tạm trú 1 năm trở lên tại thời điểm khảo sát và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra: Người có tật gù vẹo cột sống.

Thời gian nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/4/2018 đến 29/4/2018.

Địa điểm: Xã Tân Phú Trung, huyện Củ Chi, TP HCM.

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

Được tính theo công thức:
$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-p)}{d^2}$$

Trong đó.

n. Cỡ mẫu nghiên cứu

α . Xác suất sai lầm loại I, với $\alpha = 0,05$

Z. Trị số từ phân phối chuẩn, với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

d. Sai số cho phép, với $d = 0,05$

p. Trị số ước đoán tỷ lệ sử dụng rượu bia ở ngoại thành TPHCM.

Theo nghiên cứu “Xác định tỉ lệ THA và những hành vi có nguy cơ của THA ở người dân TP HCM từ 25 đến 64 tuổi trong năm 2005” của tác giả Trần Thiện Thuận cho thấy tỷ lệ sử dụng rượu ở ngoại thành TP.HCM. Chọn $p = 0,56$ [1].

Nhân hệ số thiết kế 1,2 và dự trừ mất mẫu 5% Vậy cỡ mẫu tính theo công thức $n=474$.

Chọn mẫu: Chọn mẫu phân tầng, theo danh sách thống kê người nhập cư trong xã; chọn ra 474 người ở các ấp, theo tỷ lệ người nhập cư ở mỗi ấp, được 37 người ấp Đình, 153 người ấp Bến Đò 2, 20 người ấp Giồng Sao, 101 người Phú Lợi, 88 người ấp Giữa, 75 người ấp Bến Đò 1.

Công cụ thu thập dữ liệu: Bộ câu hỏi soạn sẵn tự điền và xác định đối tượng rối loạn sử dụng rượu bia dựa trên bảng câu hỏi AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) của Tổ chức Y tế thế giới

Các biến số:

Đã từng uống rượu bia: Là biến số nhị giá, có khi người được phỏng vấn trả lời về hành vi đã từng uống hết 1 ly /lon/chai (330ml) bia có nồng độ 5% hoặc 1 chung 140 ml rượu vang nồng độ 12% hoặc 1 chung (40ml) rượu mạnh có nồng độ 40%, không khi chưa từng uống hoặc chưa uống tới liều lượng đó tính đến thời điểm hiện tại.

Phân loại mức độ nguy cơ đối với sức khỏe do sử dụng rượu bia thành 4 nhóm theo thang Đo Audit như sau:

<8 điểm: uống rượu bia hợp lý, nguy cơ thấp.

8-15 điểm: uống rượu bia ở mức nguy cơ.

16-19 điểm: uống rượu bia ở mức có hại.

≥ 20 điểm: phụ thuộc/nghiện rượu bia

2.3. Phân tích và xử lý số liệu nghiên cứu

Các số liệu phân tích theo phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm Stata14, Epi-Data. So sánh khác biệt giữa 2 tỷ lệ bằng test χ^2 , giá trị p ngưỡng < 0,05.

Mức độ kết hợp giữa biến phụ thuộc và biến độc lập được xác định bằng tỷ số tỷ lệ hiện mắc (PR - prevalence ratio), với khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) của PR

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài đã được Hội đồng Y đức của Đại học Y dược TP.HCM thông qua trước khi triển khai nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Bảng 1: Đặc điểm kinh tế xã hội của đối tượng nghiên cứu (n= 474)

Đặc tính mẫu		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18 – 24	43	9,1
	25 – 34	142	30,0
	35 – 44	102	21,5
	45 – 60	187	39,4
Giới tính	Nam	212	44,7
	Nữ	262	55,3
Dân tộc	Kinh	383	80,8
	Khơme	17	3,6
	Chăm	62	13,1
	Dân tộc khác	12	2,5
Trình độ học vấn	Không theo trường lớp	57	12,0
	Chưa xong cấp 1	107	22,6
	Cấp 1	161	34,0
	Cấp 2	103	21,7
	Từ cấp 3 trở lên	46	9,7
Nghề nghiệp	Công nhân viên	258	54,4
	Tự làm chủ	106	22,4
	Nghề khác	110	23,2
Kinh tế gia đình	<3.000.000	172	36,3
	>3.000.000	270	57,0
	Từ chối trả lời	32	6,7

Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Đặc điểm của người dân tham gia nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm tuổi 45-60, là nữ giới, dân tộc Kinh, có trình

độ học vấn cấp 1, công việc chính làm công nhân và thu nhập bình quân trên 3.000.000/tháng

Bảng 2. Tỷ lệ sử dụng rượu bia của đối tượng theo giới tính (n=474)

Sử dụng rượu bia		Tần số	Tỷ lệ (%)
Sử dụng rượu bia		244	51,5
Sử dụng rượu bia	Nam	173	70,9
	Nữ	71	29,1

Đối tượng tham gia nghiên cứu sử dụng rượu bia chiếm phần lớn là nam giới

Bảng 3: Biện pháp can thiệp theo khuyến cáo của WHO (n=474)

Mức độ sử dụng rượu bia	Biện pháp can thiệp theo khuyến cáo của WHO	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ thấp	Thông tin tuyên truyền	418	88,2
Nguy cơ	Cần can thiệp bằng giáo dục	43	9,1
Có hại	Cần được tư vấn theo dõi	10	2,1
Phụ thuộc rượu bia	Chuẩn đoán và điều trị nghiện rượu	3	0,6

Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu cần biện pháp can thiệp theo khuyến cáo của WHO ở mức thông tin tuyên truyền

Bảng 4. Mối liên quan giữa sử dụng rượu bia với đặc tính mẫu (n=474)

Đặc tính mẫu		Sử dụng rượu bia		PR (KTC 95%)	p
		Có n=244	Không n=230		
Nhóm tuổi	18 – 24	19(44,2)	24(55,8)	0,85(0,78-0,93)	<0,001**
	25 – 34	53(37,3)	89(62,7)		
	35 – 44	45(44,1)	57(55,9)		
	45 – 60	113(60,4)	74(39,6)		
Giới tính	Nam	173(81,6)	39(18,4)	3,01(2,44-3,71)	<0,001
	Nữ	71 (27,1)	191(72,9)		
Dân tộc	Kinh	219(57,2)	164(42,8)	1	
	Khơme	11(64,7)	6(35,3)	1,13(0,79-1,63)	>0,05
	Chăm	5(8,1)	57(91,9)	0,14(0,06-0,33)	<0,001
	Dân tộc khác	9(75,0)	3(25,0)	1,31(0,94-1,94)	>0,05
Trình độ học vấn	Không	9(15,8)	48(84,2)	1,21(1,12-1,30)	<0,001**
	Chưa xong cấp 1	61(57,0)	46(43,0)		
	Cấp 1	78(48,5)	83(51,5)		
	Cấp 2	67(65,1)	36(34,9)		
	Từ cấp 3 trở lên	29(63,0)	17(37,0)		
Nghề nghiệp	Công nhân viên	161(62,4)	97(37,6)	1	
	Tự làm chủ	56(52,8)	50(47,2)	0,85(0,69-1,04)	>0,05
	Nghề khác	27(24,5)	83(75,5)	0,39(0,28-0,55)	<0,001
Kinh tế gia đình	<3.000.000	105(61,1)	67(38,9)	1	
	>3.000.000	127(47,0)	143(53,0)	0,77(0,65-0,92)	<0,05
	Từ chối trả lời	12(37,5)	20(62,5)	0,61(0,39-0,98)	<0,05

****:**Tính khuynh hướng

Có mối liên quan có tính khuynh hướng, có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, trình độ học vấn với sử dụng

rượu bia. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, dân tộc chăm, nghề nghiệp khác, kinh tế gia đình với sử dụng rượu bia



Bảng 5. Mối liên quan giữa sử dụng rượu bia với các đặc tính khác (n=474)

Đặc tính mẫu		Sử dụng rượu bia		PR (KTC 95%)	p
		Có n=244	Không n=230		
Hút thuốc	Có	121(79,1)	32(20,9)	2,06(1,76-2,42)	<0,001
	Không	123(38,3)	198(61,7)		
Ăn rau	Có	33(40,2)	49(59,8)	0,75(0,57-0,99)	<0,05
	Không	211(53,8)	181(46,2)		
THA	Có	109(55,1)	89(44,9)	1,13(0,95-1,34)	>0,05
	Không	135(48,9)	141(51,1)		
Béo phì	Có	53(40,2)	79(59,9)	0,72(0,57-0,90)	<0,05
	Không	191(55,9)	151(44,2)		

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hút thuốc, ăn rau, béo phì với sử dụng rượu bia

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bệnh tăng huyết áp với sử dụng rượu bia.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm kinh tế xã hội

Trong nghiên cứu, đối tượng tham gia phần lớn là làm công nhân viên, có trình độ học vấn chủ yếu là cấp 1,2. Điều này phù hợp với tình người lao động nhập cư tại địa phương

Sử dụng rượu bia

Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ sử dụng rượu bia trong nghiên cứu khá cao chiếm 51,5%, tương đương với nghiên cứu của tác giả Trần Thiện Thuận thực hiện tại ngoại thành thành phố Hồ Chí Minh [1]

Mối liên quan sử dụng rượu bia

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có tính khuynh hướng giữa nhóm tuổi với sử dụng rượu bia. Khi nhóm tuổi tăng lên một bậc thì tỷ lệ sử dụng rượu bia càng giảm đi 0,85 lần ($p < 0,001$). Điều này có thể lý giải do độ tuổi càng tăng thì việc sử dụng rượu bia ảnh hưởng đến sức khỏe nên trên đối tượng nghiên cứu đã tự ý thức bảo vệ sức khỏe bản thân.

Giới tính có mối liên quan đến việc sử dụng rượu bia, với tỷ lệ sử dụng rượu bia ở nam gấp 3,01 lần so với nữ ($p < 0,001$), phù hợp với truyền thống và thực trạng sử dụng rượu bia tại Việt Nam và các nghiên cứu của trong nước, trên thế giới.

Trong nghiên cứu, dân tộc Chăm có tỷ lệ sử dụng rượu bia thấp hơn 0,14 lần so với dân tộc Kinh. Điều này có thể lý giải do phần lớn dân tộc Chăm theo đạo Hồi, quy định không được sử dụng rượu bia, do đó nên việc sử dụng rượu bia ở người Chăm là rất thấp so với đối tượng khác.

Trình độ học vấn có mối liên quan có tính khuynh hướng với tỷ lệ sử dụng rượu bia, người có học vấn càng cao có tỷ lệ sử dụng rượu bia càng cao, khi trình độ học vấn tăng lên 1 bậc thì tỷ lệ sử dụng rượu bia ở người được phỏng vấn tăng lên 1,21 lần.

Người hút thuốc lá có tỷ lệ sử dụng rượu bia gấp 2,06 lần người không hút thuốc lá, điều này tương tự trong kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Cư Minh[4]. Mối liên quan giữa hút thuốc lá và uống rượu bia đã được nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng có mối liên quan với nhau khi cùng xuất hiện sẽ tác hại rất lớn đến sức khỏe. Do đó cần có các biện pháp can thiệp giúp cộng đồng thay đổi hành vi có hại trên[5, 6].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sử dụng rượu bia là khá cao chiếm 51,55. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, giới tính, dân tộc chăm, trình độ học vấn, nghề nghiệp khác, kinh tế gia đình, hút thuốc, ăn rau, béo phì với sử dụng rượu bia của người lao động nhập cư.

Cần có các biện pháp can thiệp, truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống sử dụng, lạm dụng rượu bia ở người lao động nhập cư xã Tân Phú Trung huyện Củ Chi thành phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiện Thuận (2009) “Hành vi và những yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người lớn tại thành phố Hồ Chí Minh”. 51 - 62.
2. Nguyễn Thị Xuyên (2010) “Tình hình lạm dụng rượu bia trên thế giới và các chính sách phòng ngừa”. *Tạp chí Y học Thực hành*, 6 (722), 73-80.
3. Bộ Công thương (2014) “Thu nhập thứ 8, uống bia số 1”.
4. Nguyễn Cư Minh (2014) *Tỉ lệ sử dụng rượu bia và một số yếu tố liên quan ở nam sinh viên Trường đại học Khoa học tự nhiên thành phố Hồ Chí Minh*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr. 62.
5. Anthony JC (2000) “Epidemiologic analysis of alcohol and tobacco use”. *Alcohol Res Health*, 24 (4), pp. 201 - 204.
6. Hart et al CL (2010) “The combined effect of smoking tobacco and drinking alcohol on cause-specific mortality: a 30 year cohort study “. *BMC public health*, 10 (789)
7. World Health Organization (2011) *Global status report on alcohol and health*, Department of Mental Health and Substance abuse, Geneva



TỐI ƯU HOÁ QUY TRÌNH PHÁT HIỆN VI KHUẨN BRUCELLA BẰNG PHƯƠNG PHÁP PCR TỔ HỢP

Ngô Khánh Phương¹, Nguyễn Thị Thuỳ Dương¹, Nguyễn Hồng Đan¹, Nguyễn Thành Luân¹, Lại Thị Minh¹, Vũ Sinh Nam¹, Lê Hồng Nga¹, Nguyễn Thuý Quỳnh¹, Đặng Thị Thu Thảo¹, Bùi Minh Trang¹, Tống Thị Hà¹

TÓM TẮT

Quy trình dựa trên nghiên cứu của Koichi Imaoka và cộng sự, được tối ưu hóa để xác định đồng thời bốn loài vi khuẩn *Brucella* phổ biến (*Brucella melitensis*, *Brucella canis*, *Brucella abortus* và *Brucella suis*) gây bệnh ở người và động vật bằng phương pháp PCR tổ hợp. Bốn cặp mồi B4/B5, JPF/JPR-ab, JPF/JPR-ac và 1S/1AS tương ứng với gen mã hóa cho protein bề mặt tế bào (*BCSP31*) và protein màng ngoài (*omp2b*, *omp2a* và *omp31*) được sử dụng. Kết quả cho thấy bằng cách thay đổi nhiệt độ gắn mồi, thời gian biến tính, kéo dài và tăng chu kỳ của phản ứng đã giúp quy trình PCR tổ hợp được tiến hành với điều kiện tối ưu hơn. Sự xuất hiện sản phẩm PCR tổ hợp của bốn cặp mồi là cơ sở để phát hiện các loài vi khuẩn *Brucella* như sau: *B. abortus* (B4/B5 và JPF/JPR-ab); *B. canis* (B4/B5, JPF/JPR-ac và 1A/1AS); *B. melitensis* (B4/B5, JPF/JPR-ab và 1A/1AS); và *B. suis* có sản phẩm của cả bốn cặp mồi. Sản phẩm PCR tổ hợp từ việc pha loãng chủng chứng dương *Brucella abortus* bất hoạt vào mẫu sữa bò cũng cho thấy khả năng ứng dụng phương pháp này vào trong chẩn đoán sớm *Brucella* ở đàn bò sữa. Việc phát triển phương pháp PCR tổ hợp phát hiện vi khuẩn *Brucella* là rất cần thiết để có thể chẩn đoán sớm bệnh ở người cũng như ở gia súc để kịp thời ngăn chặn sự lây lan ra cộng đồng qua tiếp xúc cũng như qua thực phẩm.

Từ khoá: *Brucella melitensis*, *Brucella canis*, *Brucella abortus*, *Brucella suis*, PCR tổ hợp, Bệnh Brucellosis.

SUMMARY: OPTIMIZATION THE PROCEDURE OF DETECTING BRUCELLA BY USING COMBINATORIAL PCR

Brucella species include important zoonotic pathogens that have a substantial impact on both agriculture and human health throughout the world. This research has conducted

to develop the procedure of detecting four common *Brucella* species (*Brucella melitensis*, *Brucella canis*, *Brucella abortus* and *Brucella suis*) in human and animal by using combinatorial PCR technique. The result of the combinatorial PCR has shown that changing the annealing temperature of the primers, denaturation and extension time as well as increasing the reaction cycle could make the PCR reaction successful. The present of PCR products was the evidence to detect four common *Brucella* strains as can be explained: *B. abortus* (B4/B5 and JPF/JPR-ab), *B. canis* (B4/B5, JPF/JPR-ac and 1A/1AS); *B. melitensis* (B4/B5, JPF/JPR-ab and 1A/1AS); *B. suis* has the appearance of four primer pairs' amplifications. The combinatorial PCR for the ten times dilution of the positive control (*Brucella abortus*) in cow milk from 10⁻¹ to 10⁻¹⁰ has shown the positive result until the dilution of 10⁻⁶. This means the premise of using this PCR to early detect *Brucella* strains in cow milk. The development of the combinatorial PCR to detect *Brucella* strains is necessary to apply in early diagnosis disease in human as well as in livestock in order to prevent the spread of this disease to the public.

Keywords: *Brucella melitensis*, *Brucella canis*, *Brucella abortus*, *Brucella suis*, B4/B5, combinatorial PCR, Brucellosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Brucellosis là bệnh do vi khuẩn *Brucella* truyền qua trâu, bò và một số gia súc khác [1, 2]. Lịch sử bệnh Brucellosis được bắt đầu từ rất sớm, qua các mô tả về bệnh như sảy thai và sinh non liên tiếp ở gia súc và sốt ở người [3, 4]. Thông thường bệnh này truyền qua người khi tiếp xúc với gia súc bị bệnh, sử dụng sữa chưa qua xử lý và công nhân chế biến thực phẩm [5]. Theo các giám sát lâm sàng hiện đại, Brucellosis ở người biểu hiện qua những cơn sốt mãn tính và đau cơ khớp nhưng hiếm trường hợp tử vong [5].

1. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm: Tống Thị Hà, SĐT: 0915530368, Email: tth1@nihe.org.vn

» Ngày nhận bài: 01/08/2018 | » Ngày phản biện: 08/08/2018 | » Ngày duyệt đăng: 15/08/2018

Brucellosis lưu hành rộng trên thế giới nhưng được kiểm soát tốt tại các nước phát triển. Tại châu Á, Brucellosis đã xuất hiện ở Ấn độ, Pakistan, Trung Quốc, Mông Cổ, Sri Lanka và các nước châu Á khác [6]. Khu vực Đông Nam Á là điểm nóng của rất nhiều bệnh lây truyền từ động vật sang người, trong đó có bệnh Brucellosis [7]. Có thể thấy bệnh Brucellosis tập trung chủ yếu ở những nước có chương trình giám sát sức khỏe cộng đồng và hệ thống chăn nuôi lạc hậu, không đạt tiêu chuẩn, hoặc tại các nước có bệnh Brucellosis ở gia súc chưa được thanh toán, đặc biệt là khu vực Đông Nam Á [7]. Trong khi các chương trình nhằm xoá bỏ bệnh Brucellosis được tiến hành ở một số nước thì căn bệnh này vẫn còn là một vấn đề lớn của sức khỏe cộng đồng do ảnh hưởng nghiêm trọng của nó đến nền kinh tế [5].

Brucella có kích thước nhỏ, không lên men, hiếu khí, không di động, không có bào tử, không có vỏ, ký sinh nội bào không bắt buộc [8]. Chi *Brucella* gồm có 8 loài, trong đó *B. abortus*, *B. melitensis*, *B. canis* và *B. suis* là tác nhân chủ yếu gây bệnh ở người và động vật. Hiện nay, các phương pháp xét nghiệm *Brucella* chủ yếu là các kỹ thuật vi sinh, huyết học và sinh học phân tử [9]. Phương pháp chuẩn vàng để xác định *Brucella* là phân lập vi khuẩn. Thông thường, để định danh vi khuẩn phải sử dụng các phương pháp vi sinh truyền thống như nuôi cấy vi khuẩn *Brucella* trong một vài ngày đến một vài tuần, sau đó dựa trên hình thái và tính chất hoá sinh để xác định chủng. Bên cạnh đó, phương pháp huyết thanh học cũng được áp dụng vào để xét nghiệm sàng lọc *Brucella* trong quần thể lớn. Tuy nhiên, nuôi cấy vi sinh truyền thống và xét nghiệm huyết thanh học bị hạn chế về mặt thời gian, điều kiện phòng thí nghiệm và trong việc định danh từng chủng vi khuẩn, do vậy sử dụng phương pháp tối ưu hiện nay là áp dụng sinh học phân tử trong việc chẩn đoán bệnh Brucellosis [10].

PCR là phương pháp sinh học phân tử phổ biến để xác định các loài /chủng vi khuẩn *Brucella* đang lưu hành trong quần thể [10]. Rất nhiều phương pháp PCR áp dụng chẩn đoán *Brucella* được xây dựng dựa trên các gene của

các protein đặc hiệu như protein 43-kDa màng ngoài hay protein *bcs31*, protein màng ngoài như *omp2b*, *omp2a* và *omp31* [10]. Các phương pháp PCR đơn lẻ thường ứng dụng để chọn lọc mẫu cũng như xác định được các tác nhân đơn lẻ. Do vậy phương pháp PCR này thường tốn kém và mất nhiều thời gian để xác định được nhiều tác nhân. Gần đây, các nhà khoa học đã phát triển phản ứng PCR tổ hợp để khắc phục nhược điểm của phương pháp PCR đơn lẻ trong việc chẩn đoán bệnh [11, 12]. Phản ứng PCR tổ hợp là phản ứng PCR có nhiều hơn hoặc bằng hai locus được nhân lên đồng thời trong cùng một phản ứng. Nghiên cứu này được xây dựng dựa trên kết quả nghiên cứu của các nhà khoa học của NIID, Nhật Bản trong việc xây dựng một quy trình PCR tổ hợp để đồng thời xác định bốn chủng vi khuẩn *Brucella* bao gồm *B. abortus*, *B. suis*, *B. canis* và *B. melitensis* [12]. Bốn cặp mồi được thiết kế từ đoạn gene của protein *bcs31* và protein màng ngoài (*omp2b*, *omp2a* và *omp31*). Nghiên cứu phát triển quy trình phát hiện *Brucella* bằng kỹ thuật PCR tổ hợp là cần thiết để rút ngắn thời gian phân tích, có khả năng phát hiện bệnh với độ chính xác cao với phạm vi áp dụng cả trên mẫu động vật cũng như ở người.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Vật liệu nghiên cứu

Mẫu dùng cho nghiên cứu bao gồm: Chủng vi khuẩn bất hoạt *Brucella abortus* và mẫu DNA chứng dương của *B. melitensis*, *B. suis*, *B. canis* và *B. abortus* được cung cấp bởi NIID, Nhật Bản. Các mẫu DNA chứng dương đối chứng của *Bacillus subtilis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella aerogenes*, *Mycobacterium tuberculosis* và *Staphylococcus aureus* thuộc Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.

Các cặp mồi sử dụng trong nghiên cứu:

Các cặp mồi đặc hiệu (theo Bảng 1) được thiết kế dựa trên các gene mã hóa protein màng ngoài (*omp2b*, *omp2a* và *omp31*) và protein bề mặt (*BCSP31*).

Bảng 3.1. Trang thiết bị truyền thông hiện có

Gene đích	Tên mồi	Trình tự mồi	Tm	Kích thước sản phẩm	Kết quả
BCSP31	B4 (S)	5'-Tgg CTC ggT TgC CAA TAT CAA	52.4°C	224 bp	BM, BA, BS, BC
	B5 (AS)	5'-CgC gCT TgC CTT TCA ggT CTg	58.0°C		
omp2	JPF (S)	5'-gCg CTC Agg CTg CCg ACg CAA	62.2°C	186 bp	BM, BA, BS
	JPR-ab (AS)	5'-CAT TgC ggT Cgg TAC Cgg Ag	57.9°C		
	JPR-ca (AS)	5'-CCT TTA CgA TCC gAg CCg gTA	56.3°C		
omp31	1S (S)	5'-gTT CgC TCg ACg TAA CAg CTg	56.3°C	249 bp	BM, BS, BC
	1AS (AS)	5'-gAC CgC Cgg TAC CAT AAA CCA	56.3°C		



BM: *B. melitensis*, BA: *B. abortus*, BC: *B. canis*, BS: *B. suis*

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Tách chiết ADN từ chủng vi khuẩn bất hoạt

ADN của chủng vi khuẩn bất hoạt được tách chiết bằng Kit thương mại của QIAGEN (DNeasy Blood and Tissue Kit) theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

Nồng độ ADN được đo bằng máy NanoDrop ND-1000 spectrophotometer. Mẫu ADN được lưu tại tủ - 20°C để sử dụng cho các phản ứng PCR tổ hợp.

2.2.2 Tối ưu hoá phản ứng PCR tổ hợp phát hiện *Brucella*

Điều kiện phản ứng PCR tổ hợp được tối ưu dựa trên các thay đổi sau:

(i) Thay đổi nồng độ MgCl₂ (Chạy thử nghiệm nồng độ 2mM, 2.5mM, 3mM và 4mM)

(ii) Thay đổi nhiệt độ gắn mồi (Nhiệt độ gắn mồi được lựa chọn thông qua việc chạy PCR với các nhiệt độ là 50°C, 53°C, 55°C, 57°C, 60°C và 63°C dựa trên Tm của các mồi)

(iii) Thay đổi thời gian của phản ứng (thời gian biến tính, gắn mồi và kéo dài từ 1 phút xuống còn 45 giây)

(iv) Tăng chu kỳ phản ứng (từ 35 lên 40 chu kỳ).

Phản ứng PCR tổ hợp được tối ưu và sử dụng sinh phẩm của QIAGEN (HotStarTag ADN polymerase) với các thành phần cụ thể như sau: 10X PCR Buffer, dNTP

mix (10mM), MgCl₂ (25mM), mồi xuôi và mồi ngược mỗi loại (10uM), 2.5 units HotStarTag ADN polymerase mỗi phản ứng, 2.5uL ADN khuôn và H₂O điều chỉnh đến thể tích 25uL. Phản ứng PCR tổ hợp được thực hiện trên máy PCR Eppendorf Mastercycler Gradient S với chu trình điều chỉnh như sau: Biến tính 95°C/15 phút, tiếp theo là 40 chu kỳ (94°C/45 giây, 57°C/45 giây và 72°C/45 giây), kéo dài đoạn ở 72°C/10 phút. Sản phẩm của PCR tổ hợp được điện di kiểm tra trên gel agarose 2.5% TAE 1X và nhuộm bằng RedSAFE.

III. KẾT QUẢ

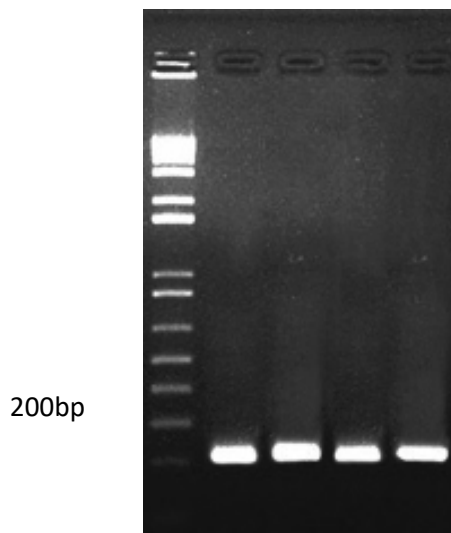
3.1. Tối ưu hoá thành phần hoá chất và điều kiện phản ứng PCR tổ hợp

Điều kiện phản ứng PCR tổ hợp được điều chỉnh bao gồm nhiệt độ gắn mồi, thời gian và chu kỳ phản ứng. Kết quả chạy thử nghiệm cho ra nhiệt độ gắn mồi cho cả 4 cặp mồi là 57°C. Thời gian biến tính, gắn mồi và kéo dài điều chỉnh từ 1 phút xuống 45s. Đồng thời, tăng chu kỳ phản ứng lên 40 để có thể cho ra số lượng bản sao ADN nhiều hơn và hiển thị rõ nét trên hình ảnh điện di.

Nồng độ MgCl₂ được sử dụng trong phản ứng PCR tổ hợp lần lượt là 2mM, 2.5mM, 3mM và 4mM. Ở nồng độ 3mM cho ra kết quả rõ nét nhất và không có băng không đặc hiệu.

Hình 1. Kết quả điện di sản phẩm PCR tổ hợp phát hiện vi khuẩn *Brucella* sau khi đã điều chỉnh quy trình

M. 1. 2. 3. 4

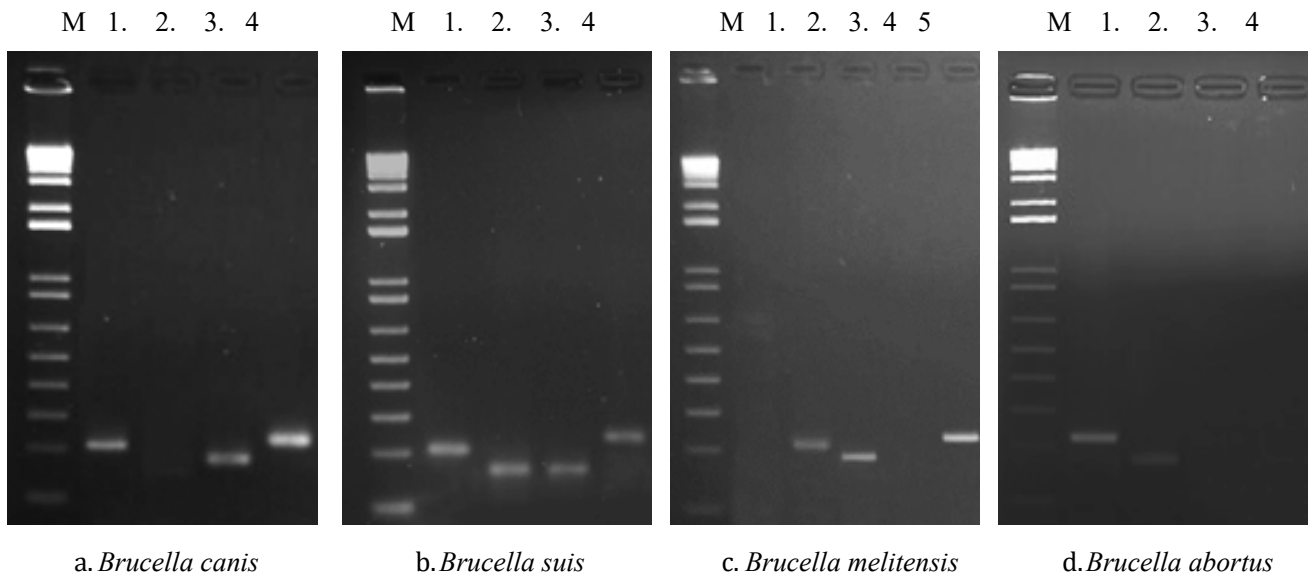


Kết quả PCR tổ hợp với thành phần hoá chất và điều kiện phản ứng đã được tối ưu sử dụng cặp mồi B4/B5 cho ADN chứng dương của *B. abortus*, *B. melitensis*, *B. canis* và *B. suis* cho ra sản phẩm có kích thước 224bp (hình 1).

Khi khảo sát trên bốn mẫu ADN của *B. abortus*, *B.*

melitensis, *B. canis* và *B. suis* có sử dụng bốn cặp mồi cho ra sản phẩm PCR tổ hợp tương ứng và phù hợp với kết luận của tác giả Koichi Imaoka và cộng sự [12]. Kết quả của phản ứng PCR tổ hợp cho vi khuẩn *Brucella* được hiển thị rõ ràng trên hình ảnh điện di ở Hình 2.

Hình 2. Kết quả điện di sản phẩm PCR cho bốn chủng chứng dương *Brucella* bằng phương pháp PCR tổ hợp đã điều chỉnh quy trình



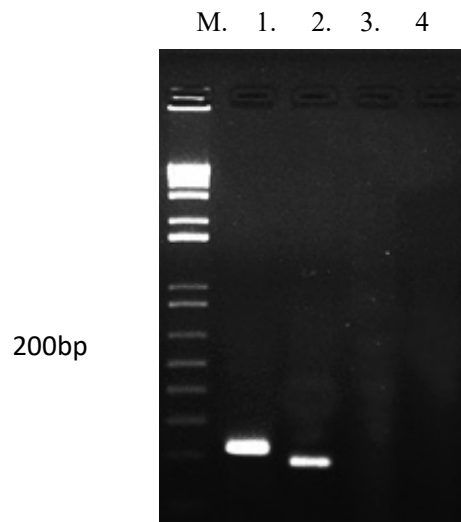
Chú thích hình 2: M: Marker; 1. Cặp mồi B4/B5: Kích thước 224bp; 2. Cặp mồi JPF/JPR-ab: Kích thước 186bp; 3. Cặp mồi JPF/JPR-ac: 187bp; 4. Cặp mồi IS/IAS: 249bp.

Kết quả điện di ở hình 2 cho thấy khi tiến hành thay đổi

chương trình của phản ứng PCR tổ hợp thì vạch sản phẩm PCR hiện ra rõ nét và không có sản phẩm không đặc hiệu.

Áp dụng phản ứng PCR tổ hợp trên mẫu ADN tách chiết từ chủng *Brucella abortus* bất hoạt cho ra kết quả phù hợp (Hình 3).

Hình 3 : Kết quả chạy thử nghiệm với *Brucella abortus*



3.2. Tính đặc hiệu của phản ứng PCR tổ hợp

Kết quả PCR tổ hợp cho ADN chứng dương của các vi khuẩn *Bacillus subtilis*, *Eschericia coli*, *Klebsiella*

aerogenes, *Mycobacterium tuberculosis* và *Staphylococcus aureus* đồng thời cùng các ADN chứng dương của bốn chủng *Brucella* được biểu thị rõ như trên Bảng 2.



Bảng 2. Kết quả PCR tổ hợp kiểm tra tính đặc hiệu của phản ứng

Loài	BCSP31	omp2b	omp2a	omp31
<i>Brucella abortus</i>	+	+	-	-
<i>Brucella melitensis</i>	+	+	-	+
<i>Brucella suis</i>	+	+	+	+
<i>Brucella canis</i>	+	-	+	+
<i>Bacillus subtilis</i>	-	-	-	-
<i>Eschericia coli</i>	-	-	-	-
<i>Klebsiella aerogenes</i>	-	-	-	-
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	-	-	-	-
<i>Staphylococcus aureus</i>	-	-	-	-

Ngoại trừ bốn loài vi khuẩn *Brucella*, các vi khuẩn còn lại không có sản phẩm PCR nào được tạo ra từ bốn cặp mồi B4/B5, JPF/JPR-ab, JPF/JPR-ac và 1S/1AS.

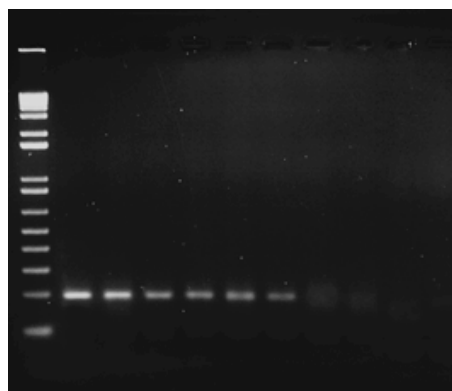
3.4. Độ nhạy của phản ứng PCR tổ hợp phát hiện *Brucella*

Độ nhạy của phản ứng PCR tổ hợp phát hiện vi khuẩn *Brucella* được tiến hành dựa trên việc pha loãng mẫu chủng chứng dương của *B. abortus*. Chủng chứng

dương bất hoạt được pha loãng 10 lần từ 10^{-1} đến 10^{-10} trong mẫu sữa bò, sau đó tách chiết ADN để làm chạy phản ứng PCR tổ hợp. Kết quả PCR cho thấy ở nồng độ pha loãng 10^{-6} phản ứng PCR vẫn cho ra kết quả dương tính (Hình 3). Khi đo nồng độ ADN của mẫu chứng dương *B. abortus* cho ra kết quả là 2 ng/ul. Do vậy ở nồng độ 2×10^{-6} ng/ul là giới hạn phát hiện ra vi khuẩn *Brucella*.

Hình 3. Kết quả PCR tổ hợp phát hiện *Brucella* cho mẫu chứng dương *Brucella abortus* với nồng độ pha loãng từ 10^{-1} đến 10^{-10} (tương ứng thứ tự giếng từ 1 đến 10)

M. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.



IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, một phản ứng PCR tổ hợp tối ưu được thiết kế để chẩn đoán đồng thời cho vi khuẩn *Brucella* gây bệnh phổ biến ở người và động vật: *B. melitensis*, *B. suis*, *B. canis* và *B. arbotus*. Điểm đáng lưu ý ở đây là các cặp mồi được chia tách riêng ra từng tuýp phản ứng khác nhau nhưng chịu cùng một điều kiện PCR. Do vậy, chương trình của phản ứng PCR tổ hợp có vai trò quan trọng và tác động trực tiếp đến sản phẩm được tạo ra. Phản ứng

PCR tổ hợp trong nghiên cứu này được tối ưu hoá lại từ nghiên cứu của Koichi Imaoka và cộng sự [12] để có thể áp dụng với các điều kiện phù hợp và tăng tính ứng dụng.

Nhiệt độ gắn mồi có ảnh hưởng rất lớn đến phản ứng PCR, nếu nhiệt độ thấp thì dẫn đến khuếch đại sản phẩm không đặc hiệu, còn nhiệt độ cao quá thì ảnh hưởng đến lượng sản phẩm tạo ra. Thêm vào đó, số chu kỳ của phản ứng tỷ lệ thuận với số lượng bản sao ADN tạo ra và tăng sự rõ nét của vạch sản phẩm điện di. Thành phần phản ứng cũng có vai trò quan

trọng trong việc xúc tác phản ứng PCR, đặc biệt là $MgCl_2$ đóng vai trò cofactor trong hoạt động của Taq polymerase. Trong thử nghiệm ban đầu với mẫu chứng dương, nhóm nghiên cứu đã thành công khi thay đổi nồng độ $MgCl_2$ và điều kiện phản ứng PCR tổ hợp phát hiện *Brucella* cho ra kết quả rất rõ nét và không có band không đặc hiệu (hình 2).

Bên cạnh đó, phương pháp PCR tổ hợp có độ đặc hiệu cao dựa trên thiết kế của mỗi, kết quả PCR với các ADN vi khuẩn đối chứng và bốn loài *Brucella* ở bảng 2 đã chứng minh điều này. Các vi khuẩn được thử nghiệm để đánh giá độ đặc hiệu trong nghiên cứu này cũng thuộc nhóm đối chứng đã được tác giả Koichi Imaoka và cộng sự [12] sử dụng. Tuy nhiên, tác giả Imaoka đã tiến hành với 23 chủng vi khuẩn khác nhau để cho thấy tính đặc hiệu cao của bốn cặp môi. Đối với tính nhạy của phản ứng PCR, việc pha loãng mẫu chứng dương bất hoạt của chủng *Brucella abortus* vào mẫu sữa bò sau đó tách chiết ADN để làm phản ứng PCR tổ hợp cho ra kết quả về khả năng phát hiện vi khuẩn *Brucella* ở $2 \times 10^{-6} \text{ng/ul}$. Đặc biệt, khi pha loãng chủng bất hoạt vào mẫu sữa bò, phản ứng PCR tổ hợp vẫn phát hiện được sự xuất hiện của vi khuẩn. Điều này khẳng định tính ứng dụng của PCR tổ hợp

trong nghiên cứu và chẩn đoán sớm bệnh ở bò sữa.

Các phương pháp PCR phát hiện *Brucella* hiện nay có rất nhiều phương pháp được tiến hành như PCR đơn, multiplex PCR hay realtime PCR. Mỗi phương pháp đều có ưu điểm và nhược điểm riêng tùy thuộc vào tính chất của từng phương pháp. Tuy nhiên, với phương pháp PCR tổ hợp trong nghiên cứu này có ưu điểm về thời gian, kinh phí và độ tin cậy cao trong việc xác định bốn chủng *Brucella* cùng một thời điểm. Đặc biệt, với độ nhạy cao, phương pháp PCR tổ hợp còn tiết kiệm được ADN chứng dương dùng cho mỗi phản ứng.

V. KẾT LUẬN

Việc tối ưu hóa phản ứng PCR tổ hợp phát hiện vi khuẩn *Brucella* là vô cùng cần thiết để ứng dụng trong điều kiện phòng thí nghiệm ở Việt Nam giúp giảm chi phí cũng như thời gian xác định bốn chủng *Brucella* gây bệnh phổ biến (*B. suis*, *B. melitensis*, *B. canis* và *B. abortus*). Kết quả của nghiên cứu này cho thấy tính ứng dụng của PCR tổ hợp phát hiện vi khuẩn *Brucella* có thể ứng dụng trong xét nghiệm chẩn đoán sớm ở người cũng như ở động vật nhằm giảm nguy cơ lây truyền bệnh ra ngoài cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Corbel MJ. Brucellosis: an overview. Emerging infectious diseases. 1997 Apr-Jun;3(2):213-21. PubMed PMID: 9204307. Pubmed Central PMCID: 2627605.
2. Seleem MN, Boyle SM, Sriranganathan N. Brucellosis: a re-emerging zoonosis. Veterinary microbiology. 2010 Jan 27;140(3-4):392-8. PubMed PMID: 19604656.
3. Maria PF MM, Robert HG, Henk LS. Human brucellosis. Lancet Infect. Dis. 2007; 7: 775-786., Ficht T. Brucella taxonomy and evolution. Future Microbiol 2010; 5(6): 859-866.
4. Moreno E, Cloeckert A, Moriyon I. Brucella evolution and taxonomy. Veterinary microbiology. 2002 Dec 20;90(1-4):209-27. PubMed PMID: 12414145.
5. Dean AS, Crump L, Greter H, Schelling E, Zinsstag J. Global burden of human brucellosis: a systematic review of disease frequency. PLoS neglected tropical diseases. 2012;6(10):e1865. PubMed PMID: 23145195. Pubmed Central PMCID: 3493380.
6. Christopher S, Umopathy BL, Ravikumar KL. Brucellosis: review on the recent trends in pathogenicity and laboratory diagnosis. Journal of laboratory physicians. 2010 Jul;2(2):55-60. PubMed PMID: 21346896. Pubmed Central PMCID: 3040083.
7. Zamri-Saad M, Kamarudin MI. Control of animal brucellosis: The Malaysian experience. Asian Pacific journal of tropical medicine. 2016 Dec;9(12):1136-40. PubMed PMID: 27955740.
8. Almuneef M MZPoBaaabJoC, 15(2):148–51. Prevalence of Brucella antibodies after acute brucellosis. Journal of Chemotherapy. 2003.
9. Araj GF. Update on laboratory diagnosis of human brucellosis. Int J Antimicrob Agents. 2010 Nov;36 Suppl 1:S12-7. PubMed PMID: 20692128.
10. Yu WL, Nielsen K. Review of detection of Brucella spp. by polymerase chain reaction. Croatian medical journal. 2010 Aug;51(4):306-13. PubMed PMID: 20718083. Pubmed Central PMCID: 2931435.
11. Mirnejad R, Doust RH, Kachuei R, Mortazavi SM, Khoobdel M, Ahamadi A. Simultaneous detection and differentiates of Brucella abortus and Brucella melitensis by combinatorial PCR. Asian Pacific journal of tropical medicine. 2012 Jan;5(1):24-8. PubMed PMID: 22182638.
12. Imaoka K, Kimura M, Suzuki M, Kamiyama T, Yamada A. Simultaneous detection of the genus Brucella by combinatorial PCR. Jpn J Infect Dis. 2007 May;60(2-3):137-9. PubMed PMID: 17515651.



HIỆU QUẢ CAN THIỆP CẢI THIỆN QUY TRÌNH TRƯỚC VẬN CHUYỂN CẤP CỨU Ở BỆNH NHI TẠI CÁC BỆNH VIỆN TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NGHỆ AN

Phạm Thu Hiền¹, Lưu Thị Mỹ Thục¹, Trần Văn Cường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả cải thiện quy trình trước vận chuyển cấp cứu ở bệnh nhi, tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

Phương pháp: Nghiên cứu đánh giá hiệu quả trước và sau can thiệp.

Kết quả: Chuyển viện theo chỉ định của CBYT tuyến tỉnh tăng 3,35%, huyện tăng 2,90%; hội chẩn trước khi chuyển viện, thông báo chi tiết tình trạng bệnh nhân cho nơi nhận trước khi vận chuyển tuyến tỉnh tăng 70,47%, huyện tăng 11,54%; vận chuyển an toàn với đầy đủ TTB cấp cứu tuyến tỉnh tăng 18,10%, huyện tăng 5,55%; cán bộ y tế tham gia VCCC phải nhận biết được các dấu hiệu nặng và có kỹ năng xử lý cấp cứu tuyến tỉnh tăng 25,77%, tuyến huyện tăng 15,04%; bàn giao bệnh nhân đầy đủ chi tiết giấy tờ chuyển viện, kết quả XN, thuốc trong quá trình vận chuyển tuyến tỉnh tăng 8,07%, huyện tăng 3,69%. Vận chuyển bệnh nhân ổn định chức năng sống tuyến tỉnh tăng 23,6%; tuyến huyện tăng 19,9%.

Kết luận: Xây dựng và áp dụng quy trình trước vận chuyển cấp cứu đảm bảo hiệu quả cao trong công tác vận chuyển cấp cứu bệnh nhi.

Từ khóa: Đánh giá hiệu quả, quy trình trước vận chuyển

ABSTRACT:

THE EFFECTIVENESS OF IMPLEMENTATION OF PROCEDURE BEFORE PATIENT TRANSPORT AT HOSPITALS IN NGHE AN PROVINCES

Objective: Evaluate the effectiveness of procedure before patient transport at hospitals in Nghe An province

Methodology: The study was conducted to evaluate the effectiveness of pre and post intervention.

Result: Referral according to medical staff at provincial hospital increases 3,35%, at district hospital increases 2,90%; Consultation before referral and report relevant information to the higher level hospital at

provincial hospital increases 70,47%, at district hospitals increase 11,54%; Safety transport with adequate medical equipment at Nghe An hospital increases 18,10%, district hospitals increase 5,55%; Medical staff have adequate knowledge of safety transport at Nghe An hospital increases 25,77%, district hospitals increase 15,04%; Transport with adequate referral letter, test results, and medicine at Nghe An hospital increases 8,07%, district level increases 3,69%. Transport patients with stable vital signs at Nghe An hospital increases 23,6%; district hospitals increase 19,9%.

Result: Building and applying procedure before patient transport can ensure the effectiveness in safety transport.

Keywords: Evaluate the effectiveness, procedure before patient transport

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi ở Việt Nam vào năm 1995 là 44,2%, năm 2010 là 15,8%, năm 2012 là 15,4% và năm 2014 là 14,9% [1]. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi giảm từ 55,4% vào năm 1995 xuống còn là 46% năm 2000 [2].

Có nhiều nguyên nhân gây tử vong ở trẻ, trong đó nguy cơ tử vong trong quá trình cấp cứu là đã được xác định bởi nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, đặc biệt là do quá trình vận chuyển cấp cứu không đảm bảo đúng quy trình từ sơ cứu đến vận chuyển cấp cứu và cấp cứu tại các khoa cấp cứu tại các bệnh viện [3][4][5][6].

An toàn trong vận chuyển cấp cứu là một khái niệm rộng, mà được cấu tạo bao gồm 3 thành tố chính là an toàn trong quản lý, kỹ năng mỗi cá nhân tốt và thực hành tốt trong mỗi tình huống [7]. Theo các nghiên cứu của Hoàng Trọng Kim tại Bệnh viện Nhi Đồng II, Lê Bá Tuấn tại Bệnh viện Nhi Trung ương thì trong quá trình vận chuyển cấp cứu các yếu tố như liên hệ trước vận chuyển, đầy đủ trang thiết bị, trình độ

1. Bệnh viện Nhi Trung ương
2. Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

» Ngày nhận bài: 20/07/2018 | » Ngày phản biện: 02/08/2018 | » Ngày duyệt đăng: 13/08/2018

và kinh nghiệm cán bộ vận chuyển có ảnh hưởng đến tính an toàn của người bệnh, mặt khác tính an toàn của người bệnh ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong trong 24 giờ nhập viện [3][4].

Nghệ An là một trong những tỉnh rộng và dân số đông nhất cả nước, có địa hình phức tạp từ miền núi, miền biển, vùng đồng. Khoảng cách từ các bệnh viện huyện đến bệnh viện tuyến tỉnh cũng là rất xa. Do là tỉnh nghèo, do vậy nhân lực, trang thiết bị, phương tiện còn hạn chế. Nhằm nâng cao chất lượng trong vận chuyển cấp cứu tại viện nhi, qua đó giảm số ca tử vong trong quá trình vận chuyển cấp cứu và tử vong trong 24 giờ nhập viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài: **“Hiệu quả can thiệp cải thiện quy trình trước vận chuyển cấp cứu ở bệnh nhi, tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An”**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu: từ 1/10/2015 - 30/9/2016 tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và các 8 bệnh viện tuyến huyện, bao gồm:

- Miền núi cao: BVĐK huyện Tương Dương; BVĐK huyện Quỳnh Châu.

- Miền núi thấp: BVĐK huyện Thanh Chương ; BVĐK huyện Anh Sơn.

- Vùng đồng bằng, ven biển: BVĐK huyện Nam Đàn, BVĐK huyện Diễn Châu, BVĐK huyện Quỳnh Lưu.

- Vùng thành thị: BVĐK Tây Bắc

2. Đối tượng nghiên cứu:

- Cán bộ y tế thực hiện công tác cấp cứu và vận chuyển cấp cứu

- Các trường hợp cấp cứu nhi khoa từ bệnh viện tuyến huyện lên BV Sản Nhi Nghệ An và từ bệnh viện Sản Nhi Nghệ An lên bệnh viện tuyến Trung ương.

- Trang thiết bị, hồ sơ các trường hợp vận chuyển cấp cứu.

3. Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp, đánh giá hiệu quả trước và sau can thiệp, nghiên cứu định lượng.

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức:

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

N = 4.600: kích thước quần thể nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ 6/2010 đến tháng 6/2011, do vậy chúng tôi sử dụng số liệu tham khảo số chuyển viện cấp cứu với cùng kỳ năm 2009 - 2010, tức là từ thời điểm tháng 6/2009 đến tháng 6 năm 2010 có 4.600 bệnh nhi vận chuyển cấp cứu đến Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

$p = 27,8\% = 0,278$ là tỷ lệ vệ chuyển không an toàn, tham khảo từ nghiên cứu vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu từ bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Đồng II, nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2003 đến tháng 2/2004 của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [3].

$Z = 1,96$ ($\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)

$d = 0,045$ là sai số tuyệt đối, lấy mức 0,045

Cỡ mẫu cần nghiên cứu: Với các giá trị trên, số bệnh nhi vận chuyển cấp cứu đến Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, thay số ta được số bệnh nhi tối thiểu cần cho nghiên cứu là $n = 122$ bệnh nhi, chúng tôi thu thập số liệu với 180 trường hợp bệnh nhi vận chuyển cấp cứu đến Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và 210 bệnh nhi từ Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

- Nhóm bệnh nhi trong các cuộc vận chuyển cấp cứu

Phương pháp can thiệp

Xây dựng mô hình vận chuyển cấp cứu dựa trên thực tế và những yếu tố tác động từ kết quả nghiên cứu tại địa phương đa dạng về vùng miền, điều kiện tự nhiên, dân số đông, mô hình bệnh tật đa dạng, điều kiện kinh tế trong mức bình quân của cả nước.

Sử dụng hệ thống, tổ chức, nguồn lực sẵn có của đội ngũ giảng viên cấp cứu quốc gia của Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, Bệnh viện Nhi Trung ương, cán bộ của các bệnh viện được hưởng lợi từ các hoạt động can thiệp, chính quyền để giảm thiểu chi phí ở mức tối đa.

Triển khai VCCC nhi khoa, theo dõi, giám sát, đánh giá việc VCCC theo các tiêu chí vận chuyển bệnh nhi an toàn.

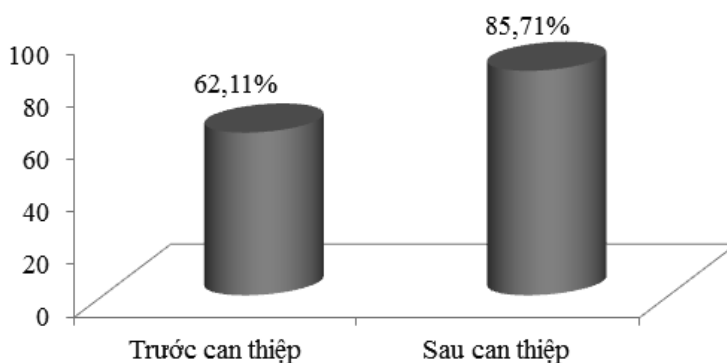
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Vận chuyển cấp cứu nhi khoa trước và sau can thiệp tại tuyến tỉnh

Nội dung	Trước can thiệp (n=210)		Sau can thiệp (n=210)		Tỷ lệ % thay đổi	P
	Có	Không	Có	Không		
Chuyển viện theo chỉ định của CBYT	85,71	14,29	89,06	10,94	3,35	>0,05
Chuyển viện theo yêu cầu của gia đình	14,29	85,71	10,94	89,06	-3,35	>0,05
Hội chẩn trước khi chuyển viện, thông báo chi tiết tình trạng bệnh nhân cho nơi nhận trước khi vận chuyển	24,76	75,24	95,23	4,77	70,47	<0,001
Vận chuyển an toàn với đầy đủ TTB cấp cứu	65,23	34,77	83,33	16,67	18,10	<0,001
Cán bộ y tế tham gia VCCC phải nhận biết được các dấu hiệu nặng và có kỹ năng xử lý cấp cứu	42,80	57,20	68,57	31,43	25,77	<0,001
Bàn giao bệnh nhân đầy đủ chi tiết giấy tờ chuyển viện, kết quả XN, thuốc trong quá trình vận chuyển	21,45	78,55	29,52	70,48	8,07	>0,05

Công tác hội chẩn trước khi chuyển viện, thông báo chi tiết tình trạng bệnh nhân cho nơi nhận trước khi vận chuyển từ Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An lên tuyến trên được cải thiện rõ rệt.

Biểu đồ 1. Chuyển bệnh nhân khi chức năng sống ổn định tại BV tỉnh



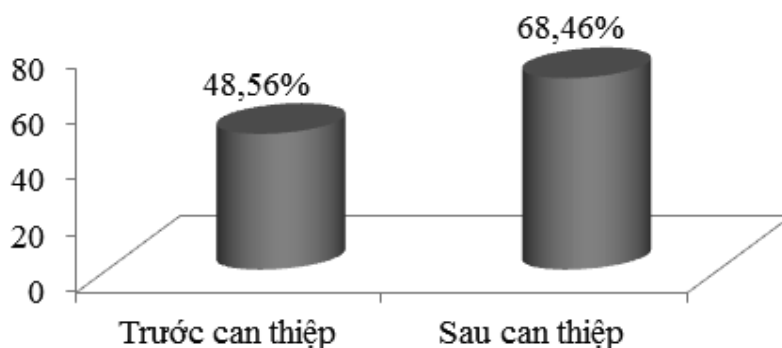
Vận chuyển từ bệnh viện tuyến tỉnh lên bệnh viện tuyến trung ương, trước can thiệp tỷ lệ bệnh nhân ổn định là 62,11%, sau can thiệp tỷ lệ là 85,71%, tăng 23,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 2. Vận chuyển cấp cứu nhi khoa trước và sau can thiệp tại tuyến huyện

Nội dung	Trước can thiệp (n=180)		Sau can thiệp (n=260)		Tỷ lệ % thay đổi	p
	Có	Không	Có	Không		
Chuyển viện theo chỉ định của CBYT	68,33	31,67	71,23	28,77	2,90	>0,05
Chuyển viện theo yêu cầu của gia đình	31,67	68,33	28,77	71,23	-2,90	>0,05
Hội chẩn trước khi chuyển viện, thông báo chi tiết tình trạng bệnh nhân cho nơi nhận trước khi vận chuyển	-	100,00	11,54	88,46	11,54	-
Vận chuyển an toàn với đầy đủ TTB cấp cứu	15,60	84,40	21,15	78,85	5,55	>0,05
Cán bộ y tế tham gia VCCC phải nhận biết được các dấu hiệu nặng và, có kỹ năng xử lý cấp cứu	32,65	67,35	47,69	52,31	15,04	0,0016
Bàn giao bệnh nhân đầy đủ chi tiết giấy tờ chuyển viện, kết quả XN, thuốc trong quá trình vận chuyển	13,23	86,77	16,92	83,08	3,69	>0,05

Hầu hết các tiêu chí chuyển viện cấp cứu an toàn từ các bệnh viện tuyến huyện đến Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An khi can thiệp đều có chuyển biến theo chiều hướng tích cực, tuy nhiên còn đạt tỷ lệ chưa cao, chủ yếu dưới 70%.

Biểu đồ 1. Chuyển bệnh nhân khi chức năng sống ổn định tại BV huyện



Vận chuyển từ bệnh viện tuyến huyện lên Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, trước can thiệp tỷ lệ bệnh nhân được ổn định là 48,56, sau can thiệp tỷ lệ là 68,46%, tăng 19,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Chuyển viện theo chỉ định của bác sỹ là thực sự cần thiết, vì sẽ tiên lượng được tình hình sức khỏe trong quá trình vận chuyển. Qua đó, giảm các sự cố trong quá trình vận chuyển. Tuy nhiên, thực tế tại các bệnh viện trong nghiên cứu của chúng tôi, chuyển viện theo chỉ định của bác sỹ ở tuyến tỉnh trước can thiệp là 85,71%, sau can thiệp là 89,06%, hiệu

quả can thiệp tăng 3,35%. Ở tuyến huyện trước can thiệp là 68,33%, sau can thiệp là 71,23%, mức độ hiệu quả tăng là 2,90%. Trong khi đó chuyển viện theo yêu cầu của gia đình ở tuyến tỉnh trước can thiệp là 14,29%, sau can thiệp giảm còn 10,84%, hiệu quả can thiệp giảm 3,35%. Ở tuyến huyện trước can thiệp là 31,67%, sau can thiệp còn 28,77%.

Hội chẩn trước khi chuyển viện, thông báo chi tiết tình trạng bệnh nhân cho nơi nhận trước khi vận chuyển tại tuyến tỉnh trước can thiệp là 24,76%, sau can thiệp là 95,23%, hiệu quả can thiệp tăng 70,47%. Tuyến huyện trước can thiệp không có trường hợp nào, sau can thiệp tăng 11,54%, hiệu quả can thiệp tăng 11,54%. So sánh với



nghiên cứu của Lê Thanh Hải và cộng sự (2010) cho thấy có sự cải thiện rõ rệt trước và sau can thiệp bằng các lớp tập huấn cấp cứu cơ bản và nâng cao, trong đó trước can thiệp (Đợt I) tỷ lệ liên hệ trước là 0%(0/226 trường hợp), sau tập huấn tỷ lệ tăng lên là 67,9% (148/218) [6].

Vận chuyển an toàn với đầy đủ TTB cấp cứu ở tuyến tỉnh trước can thiệp là 65,23%, sau can thiệp là 83,33%. Tuyến huyện trước can thiệp là 15,60%, sau can thiệp là 21,15%, hiệu quả can thiệp tăng 5,55%. Theo Hoàng Trọng Kim tại Bệnh viện Nhi đồng II, Lê Bá Tuấn tại Bệnh viện Nhi Trung ương thì trang thiết bị có ảnh hưởng đến vận chuyển an toàn ở bệnh nhi cấp cứu [3][4]. Do đó đầu tư đầy đủ các trang thiết bị cho công tác vận chuyển cấp cứu tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An là thực sự cần thiết. Tuy nhiên, với một tỉnh nghèo, dân số đông, địa bàn trải rộng thì đầu tư trang thiết bị đầy đủ là công việc không thể thực hiện một cách dễ dàng.

Cán bộ y tế tham gia VCCC phải nhận biết được các dấu hiệu nặng và có kỹ năng xử lý cấp cứu ở tuyến tỉnh trước can thiệp là 42,80%, sau can thiệp là 31,43%, hiệu quả can thiệp tăng 25,77%. Tuyến huyện trước can thiệp là 32,65%, tuyến huyện là 47,69%, hiệu quả can thiệp là tăng 15,04%. Kết quả nghiên cứu của Lê Bá Tuấn thì cán bộ có kinh nghiệm làm cấp cứu, cán bộ thường xuyên vận chuyển cấp cứu, đã học các lớp cấp cứu cơ bản và nâng cao có ảnh hưởng đến tính an toàn trong quá trình vận chuyển cấp cứu ($p < 0,05$) [4]. Do vậy, các cán bộ cấp cứu nhi khoa cần được đào tạo, có kỹ năng thực hành tốt, để làm được việc này thì cần có các cán bộ chuyên trách, và cần có các lớp đào tạo, tập huấn thường xuyên tại các bệnh viện tuyến huyện, tuyến tỉnh trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

Bàn giao bệnh nhân đầy đủ chi tiết giấy tờ chuyển viện, kết quả XN, thuốc trong quá trình vận chuyển tuyến tỉnh trước can thiệp là 21,45%, sau can thiệp là 29,52%. Tuyến huyện trước tập huấn là 13,23%, sau tập huấn là 16,92%, tăng 3,69%. Bàn giao đầy đủ giấy tờ chuyển viện là cần thiết, qua đó tuyến trên sẽ giảm được các khâu khám, tìm hiểu nguyên nhân gây bệnh. Từ đó giảm được

nguy cơ tử vong, nâng cao thể trạng ở trẻ cấp cứu. Bàn giao giấy tờ trong quá trình cấp cứu cũng được quy định tại Thông tư 14/2014/TT-BYT.

Chuyển BN khi chức năng sống ổn định ở tuyến tỉnh trước can thiệp là 62,11%, sau tập huấn tỷ lệ tăng lên 14,29%, hiệu quả can thiệp tăng 23,60%. Tuyến huyện trước tập huấn là 48,56%, sau tập huấn là 68,46%, hiệu quả can thiệp tăng 19,90%. Theo Lê Thanh Hải và cộng sự xử trí trước khi chuyển viện về hỗ trợ hô hấp với thở ô xy đợt 1 là 61,3%, đợt 2 là 52,2%; thở máy đợt 1 là 18,7%, đợt 2 là 12,3%; bóp bóng qua mask đợt 1 là 10,2% đợt 2 là 7,4%. Hỗ trợ cấp cứu tuần hoàn đợt 1 là 40,6%, đợt 2 là 75%. Hỗ trợ cấp cứu thần kinh đợt 1 tỷ lệ là 11%, đợt 2 tỷ lệ là 10,5% [6]. Các nghiên cứu khác của Hoàng Trọng Kim, Lê Bá Tuấn cũng cho thấy ổn định bệnh nhân trước vận chuyển là yếu tố góp phần làm tăng tính an toàn trong quá trình vận chuyển cấp cứu [3][4].

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu bằng việc xây dựng và áp dụng quy trình trước vận chuyển cấp cứu bệnh nhi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và 8 bệnh viện tuyến huyện, bằng việc đánh giá các chỉ số trước và sau can thiệp cho thấy mô hình đã nâng cao được các chỉ số như chuyển viện theo chỉ định của CBYT; Hội chẩn trước khi chuyển viện, thông báo chi tiết tình trạng bệnh nhân cho nơi nhận trước khi vận chuyển; Vận chuyển an toàn với đầy đủ TTB cấp cứu; Cán bộ y tế tham gia VCCC phải nhận biết được các dấu hiệu nặng và, có kỹ năng xử lý cấp cứu; Bàn giao bệnh nhân đầy đủ chi tiết giấy tờ chuyển viện, kết quả XN, thuốc trong quá trình vận chuyển và vận chuyển khi bệnh nhi ổn định các chức năng sống.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy cần duy trì mô hình bằng các biện pháp tập huấn thường xuyên, kiểm tra, giám sát hoạt động vận chuyển cấp cứu tại các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện. Bên cạnh đó, tỉnh Nghệ An cũng cần quan tâm đầu tư các trang thiết bị, phương tiện và nhân lực cho công tác vận chuyển cấp cứu đạt hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Niên giám thống kê 2014” (2014). *Nhà xuất bản Thống kê*.
2. Nguyễn Thị Nghĩa và Nguyễn Khắc Sơn (2000). “Nhận xét tình hình tử vong trẻ em từ 0-15 tuổi tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng trong 10 năm 1990-1999”, *Kỷ yếu hội nghị Nhi khoa miền Trung lần thứ 5*, tr. 55-57.
3. Hoàng Trọng Kim, Đỗ Văn Dũng và Nguyễn Phú Lộc (2004). “Tính an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa cấp cứu, Bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 3 - 2003 đến 2 - 2004”, *Y học Thực hành 2004*; 495, tr. 116 - 121.
4. Lê Bá Tuấn (2015), Nghiên cứu thực trạng vận chuyển bệnh nhân cấp cứu tới Bệnh viện Nhi Trung ương. *Luận án tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II*, Viện Nghiên cứu sức khỏe trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung ương.
5. Đinh Phương Hoà và Nguyễn Công Khanh và cs (2003). “*Nghiên cứu hiện trạng cấp cứu nhi khoa*”.
6. Lê Thanh Hải và Lê Xuân Ngọc và cs (2010). *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá hiệu quả chương trình cấp cứu nhi khoa (APLS) tại Việt Nam hiện nay*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp bộ, Bộ Y tế.
7. John Shields, Maria Overstreet, and Stephen D. Krau (2015). Nurse Knowledge of Intrahospital Transport. *Nurs Clin N Am 50 (2015) 293–314*
8. Samdi O, Senegheh P. (1997), Facilitating emergency obstetrical care through transportation and communication. *Int.J.of Gynecology and Obstetrics*; 52(2):157-64.



ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC HIỆN QUY TRÌNH TRƯỚC KHI VẬN CHUYỂN CHUYỂN TUYẾN CẤP CỨU Ở BỆNH NHI TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TỈNH NGHỆ AN

Trần Văn Cường¹, Phạm Thu Hiền²

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Mô tả thực hiện quy trình trước vận chuyển cấp cứu bệnh nhi, tại một số bệnh viện thuộc tỉnh Nghệ An.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng trên 180 trường hợp vận chuyển cấp cứu từ bệnh viện tuyến huyện lên bệnh viện tỉnh Nghệ An và 210 trường hợp vận chuyển cấp cứu từ bệnh viện Sản Nhi Nghệ An lên bệnh các viện tuyến trung ương.

Kết quả nghiên cứu: Chuyển BN khi chức năng sống BN ổn định ở tuyến tỉnh là 85,7%; huyện là 68,5%; Thông báo chi tiết tình trạng BN cho nơi nhận trước khi chuyển tuyến tỉnh là 95,2%, huyện là 11,5%; Vận chuyển an toàn với đầy đủ phương tiện và thuốc cấp cứu tuyến tỉnh là 83,3%, huyện là 21,2%; CBYT tham gia VCCC phải nhận biết được các dấu hiệu nặng và có kỹ năng xử lý cấp cứu trong quá trình vận chuyển tuyến tỉnh là 68,6%, huyện là 47,7%; Bàn giao BN đầy đủ chi tiết bệnh lịch chuyển viện, ghi đầy đủ kết quả xét nghiệm, thuốc trong quá trình vận chuyển tuyến tỉnh là 29,5%, huyện là 16,9%

Từ khóa: Quy trình, vận chuyển bệnh nhân, cấp cứu

ABSTRACT

AN EVALUATION OF DOING PROCEDURES BEFORE PATIENT TRANSPORT AT SOME HOSPITALS IN NGHE AN PROVINCE

Objectives: Describe procedures before patient transport at some hospitals in Nghe An province

Methodology: A cross – sectional and quantitative study was conducted on 180 cases of transport from district hospitals to Nghe An hospital and 210 transport cases from Nghe An Mother and Children’s hospital to national hospitals.

Result: Referral when patients have stable sign vitals at provincial hospital is 85,7%; at district hospital is

68,5%; Inform the patient’s condition to referral hospital before transport at provincial hospitals is 95,2%, at district hospital is 11,5%; Safety transport with adequate medical equipment and medicine at provincial hospital is 83,3%, district hospital is 21,2%; Transport staff having cautions of severe signs and life support skill at provincial hospital is 68,6%, district hospital is 47,7%; report medical condition and test result at provincial hospital is 29,5%, district hospital is 16,9%

Keywords: Procedures, patient transport, emergency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Nguyễn Công Khanh, Phạm Văn Thắng năm 2005 [2] tử vong trong vòng 24 giờ đầu nhập viện khá cao, chiếm 57,3%. Nghiên cứu tại 10 tỉnh thành của Nguyễn Thu Nhật 2001 [1] cho thấy tỷ lệ tử vong trong vòng 24 giờ đầu nhập viện đang có xu hướng tăng hầu hết các tuyến, từ 39% đến 55% tử vong trẻ em. Theo các nghiên cứu của Lê Thanh Hải, nghiên cứu của Lê Bá Tuấn, nghiên cứu của Hoàng Trọng Kim thì quá trình chuẩn bị trước vận chuyển cấp cứu có ảnh hưởng đến tử vong 24 giờ đầu nhập viện ở trẻ [3][4][5].

Thực hiện quy định về trước khi vận chuyển được quy định tại Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 21/01/2008 về việc ban hành Quy chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và Chống độc. Mặt khác thì tính ổn định, tình trạng bệnh nhi chuyển viện cấp là yếu tố quan trọng trong chuyển viện cấp cứu bệnh nhi. Nó là lý do quan trọng để cán bộ y tế cùng gia đình người bệnh quyết định chuyển viện cấp cứu cho bệnh nhi. Khi bệnh nhi mắc bệnh nặng, ở bệnh viện tuyến dưới hay bệnh viện khác không đủ điều kiện trong việc điều trị cho trẻ hoặc gia đình thiếu sự tin tưởng vào bệnh viện tuyến dưới thì họ sẽ quyết định chuyển viện cho trẻ.

Nghệ An là một tỉnh miền núi, diện tích rộng, khoảng

1. Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An
2. Bệnh viện Nhi Trung ương

» Ngày nhận bài: 20/07/2018 | » Ngày phản biện: 01/08/2018 | » Ngày duyệt đăng: 15/08/2018

cách từ các huyện lên đến Tp. Vinh là xa, phương tiện đi lại khó khăn, bên cạnh đó khoảng cách từ bệnh viện tuyến tỉnh đến Trung ương cũng là rất xa. Do vậy, đánh giá thực hiện quy trình vận chuyển trước viện qua đó tìm ra giải pháp can thiệp hiệu quả là cần thiết. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với đề tài: **“Thực hiện quy trình trước khi vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu ở bệnh nhi, tại một số bệnh viện tỉnh Nghệ An”.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu từ 1/10/2015 - 30/9/2016 tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp cấp cứu bệnh nhi từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh và từ tuyến huyện lên Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và từ Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An lên các bệnh viện thuộc tuyến Trung ương.

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

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức:

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

N = 4.600: kích thước quần thể nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ 6/2010 đến tháng 6/2011, do vậy chúng tôi sử dụng số liệu tham khảo số chuyển viện cấp cứu với cùng kỳ năm 2009 - 2010, tức là từ thời điểm

tháng 6/2009 đến tháng 6 năm 2010 có 4.600 bệnh nhi vận chuyển cấp cứu đến Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

$p = 27,8\% = 0,278$ là tỷ lệ vệ chuyển không an toàn, tham khảo từ nghiên cứu vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu từ bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Đồng II, nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2003 đến tháng 2/2004 của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [4].

$Z = 1,96$ ($\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)

$d = 0,045$ là sai số tuyệt đối, lấy mức 0,045

Cỡ mẫu cần nghiên cứu: Với các giá trị trên, số bệnh nhi vận chuyển cấp cứu đến Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, thay số ta được số bệnh nhi tối thiểu cần cho nghiên cứu là $n = 122$ bệnh nhi, chúng tôi thu thập số liệu với 180 trường hợp bệnh nhi vận chuyển cấp cứu đến Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và 210 bệnh nhi từ Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đến các Bệnh viện tuyến trung ương trong thời gian nghiên cứu 1/10/2010 - 30/9/2011 và 260 trường hợp bệnh nhi vận chuyển cấp cứu đến Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và 210 bệnh nhi từ Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đến các Bệnh viện tuyến trung ương trong thời gian nghiên cứu 1/10/2012 - 30/9/2013.

- Nhóm bệnh nhi trong các cuộc vận chuyển cấp cứu

- Quần thể so sánh trong nghiên cứu: Toàn bộ các trường hợp bệnh nhi từ vong tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An được xem xét hồ sơ bệnh án.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

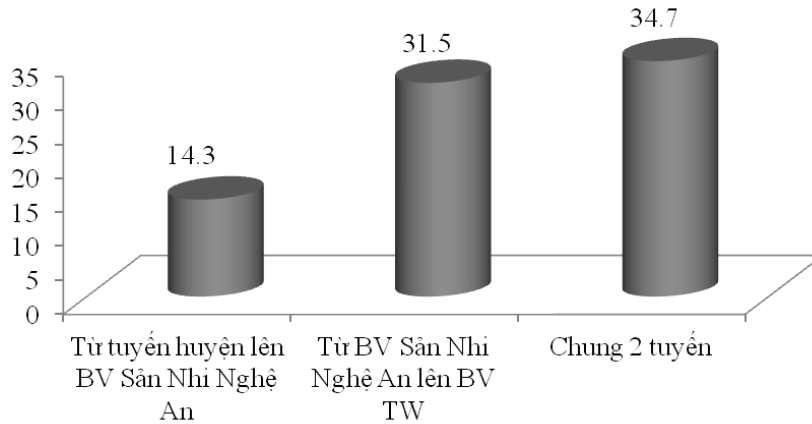
Bảng 1. Tỷ lệ chức năng sống bệnh nhân chưa ổn định

Chức năng \ Tuyến	BV Sản Nhi	BVĐK huyện	Tổng	P
Hô hấp	19 (9,1%)	56 (21,5%)	75 (16,0%)	0,001
Tuần hoàn	16 (7,6%)	34 (13,1%)	50 (10,6%)	0,056
Thần kinh, cơ giết	6 (2,9%)	16 (6,2%)	22 (4,7%)	0,093
Rối loạn khác	4 (1,9%)	12 (4,6%)	16 (3,4%)	0,107

Tỉ lệ bệnh nhân chuyển viện khi chưa ổn định được chức năng sống chủ yếu gặp ở nhóm chưa ổn định chức năng hô hấp, tuần hoàn.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ % bệnh nhân chưa được ổn định



Đánh giá chung tỷ lệ bệnh nhân chưa được ổn định trước vận chuyển ở BV Sân Nhi là 14,3% (30/210) và BVĐK huyện là 31,5% (82/260), chung cả 2 tuyến là 34,7% (163/470) có sự khác biệt với $p < 0,01$.

Bảng 2. Đánh giá quy trình trước khi vận chuyển

Nội dung	Bệnh viện	Chuyển từ BVSN lên tuyến trên (%)	Chuyển từ BV huyện lên BVSN (%)
Chuyển BN khi chức năng sống BN ổn định		180/210 (85,7)	178/260 (68,5)
Thông báo chi tiết tình trạng BN cho nơi nhận trước khi chuyển		200/210 (95,2)	30/260 (11,5)
Vận chuyển an toàn với đầy đủ phương tiện và thuốc cấp cứu		175/210 (83,3)	55/260 (21,2)
CBYT tham gia VCCC phải nhận biết được các dấu hiệu nặng và có kỹ năng xử lý cấp cứu trong quá trình vận chuyển		144/210 (68,6)	124/260 (47,7)
Bàn giao BN đầy đủ chi tiết bệnh lịch chuyển viện, ghi đầy đủ kết quả xét nghiệm, thuốc trong quá trình vận chuyển		62/210 (29,5)	44/260 (16,9)

Tỷ lệ bệnh nhân chuyển viện đạt theo 5 tiêu chuẩn chưa cao, đối với bệnh viện Sân Nhi từ 29,5% - 95,2% tùy theo tiêu chuẩn, đối với bệnh viện huyện 11,5% - 68,5%.

IV. BÀN LUẬN

Ổn định chức năng sống trước vận chuyển:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhi chưa được ổn định trước vận chuyển đối với chức năng hô hấp chiếm cao nhất với 16%, chức năng tuần hoàn 10,6%, thần kinh 4,7%, rối loạn khác là 3,4%. Đánh giá chung bệnh nhân chưa được ổn định chiếm tới 34,7%, trong đó tuyến huyện chiếm tỷ lệ cao hơn tuyến tỉnh ($p < 0,001$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự nghiên cứu mô tả cắt ngang 701 trường hợp bệnh nhi cấp cứu chuyển viện tại Bệnh viện Nhi đồng I cho thấy số bệnh nhi không được xử trí trước khi chuyển tuyến là 298 bệnh nhi chiếm tỷ lệ 42,5%, số bệnh nhi được xử trí trước khi chuyển tuyến là 403 chiếm tỷ lệ 57,5% [5].

Theo Lê Thanh Hải và cộng sự xử trí trước khi chuyển viện về hỗ trợ hô hấp với thở ô xy đợt 1 là 61,3%, đợt 2 là 52,2%; thở máy đợt 1 là 18,7%, đợt 2 là 12,3%; bóp bóng qua mask đợt 1 là 10,2% đợt 2 là 7,4%. Hỗ trợ cấp cứu tuần hoàn đợt 1 là 40,6%, đợt 2 là

75%. Hỗ trợ cấp cứu thần kinh đợt 1 tỷ lệ là 11%, đợt 2 tỷ lệ là 10,5% [4].

Thực tế, bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Sản Nhi tại Nghệ An nhìn chung là khoảng cách xa, địa hình của tỉnh phức tạp, và khoảng cách bệnh viện Sản Nhi tới các bệnh viện tuyến trung ương cũng là xa, do đó ổn định bệnh nhân là điều hết sức cần thiết.

Thực hiện quy trình trước vận chuyển

Nhiều bệnh rất phức tạp và đa dạng mà cơ sở y tế tiếp nhận bệnh nhân không đủ khả năng để hồi sức và điều trị chuyên sâu. Do đó, bệnh nhân cần phải được chuyển lên tuyến cao hơn với nguyên tắc là bệnh nhân thường xuyên được chăm sóc tốt nhất từ cơ sở tiếp nhận và xử trí ban đầu đến các đơn vị của tuyến trên.

Quyết định chuyển bệnh nhân được dựa trên cơ sở đánh giá những ích lợi thu được và các nguy cơ bất lợi có thể xảy ra như vận chuyển không đúng quy trình cấp cứu, dẫn đến tình trạng của bệnh nặng lên hoặc tử vong trên đường vận chuyển. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vận chuyển BN khi chức năng sống BN ổn định ở tuyến tỉnh là 85,7%, tuyến huyện là 68,5%.

Việc liên hệ với cán bộ tuyến trên trước khi chuyển bệnh nhân được Quy định tại Điều 24. Người bệnh cấp cứu phải chuyển tuyến tại Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành Quy chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và Chống độc. Liên lạc với nhân viên y tế nơi bệnh nhân sẽ được chuyển đến và cung cấp thông tin về tình trạng bệnh nhân, bệnh sử cho họ biết. Cả hai nhóm vận chuyển và tiếp nhận bệnh nhân sẽ quyết định bệnh nhân có đủ điều kiện để chuyển không, nơi nào sẽ giám sát quá trình vận chuyển.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thông báo chi tiết tình trạng BN cho nơi nhận trước khi chuyển ở tuyến tỉnh là 95,2%, tuyến huyện là 11,5%. Bàn giao BN đầy đủ chi tiết bệnh lịch chuyển viện, ghi đầy đủ kết quả xét nghiệm, thuốc trong quá trình vận chuyển ở tuyến tỉnh là 29,5 và tuyến huyện là 16,9%.

So sánh với Phan Ngọc Lan cho thấy các bệnh viện tuyến dưới có liên hệ với Bệnh viện Nhi Trung ương là 4,6%. Trong khi đó, đa phần cán bộ y tế ở tuyến dưới không có sự liên hệ với Bệnh viện Nhi Trung ương, chiếm tỷ lệ 95,4% [6].

Theo giả Lê Thanh Hải và cộng sự nghiên cứu 2 đợt, đợt I tháng 11/2007-3/2008, đợt 2 từ 8/2009 - 1/2010, sự liên hệ trước khi chuyển tuyến lần 1 là 0%, lần 2 là 67,9%. Phối hợp giữa nhóm vận chuyển bệnh nhân vài nơi sẽ tiếp

nhận bệnh nhân phải được thiết lập ngay sau khi cấp cứu và ổn định tình trạng bệnh nhân. Điều này rất quan trọng, bảo đảm kết quả điều trị tốt nhất [3].

Việc đảm bảo phương tiện, thuốc, trang thiết bị trên xe vận chuyển giúp ổn định bệnh nhi trong khi vận chuyển tránh xảy ra các sự cố liên quan đến sức khỏe bệnh nhi từ đó giảm được tử vong trên đường vận chuyển cũng như tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vận chuyển an toàn với đầy đủ phương tiện và thuốc cấp cứu ở tuyến tỉnh là 83,3%, tuyến huyện là 21,2%;

CBYT tham gia VCCC phải nhận biết được các dấu hiệu nặng và có kỹ năng xử lý cấp cứu trong quá trình vận chuyển, điều đó giúp tránh được các sự cố khi vận chuyển, giảm thiểu mức độ trầm trọng của bệnh và tử vong khi vận chuyển, kết quả cho thấy tỷ lệ này ở tuyến tỉnh là 68,6%, ở tuyến huyện là 47,7%;

Việc thực hiện các biện pháp chăm sóc cụ thể đặc biệt quan trọng trước khi vận chuyển bao gồm: ổn định bệnh nhân, liên lạc trước và vận chuyển an toàn sẽ góp phần làm tăng tính an toàn và đem lại kết quả tốt hơn cho bệnh nhi. Nếu không chăm sóc tích cực trước khi chuyển sẽ làm cho bệnh nhân nặng lên và nơi tiếp nhận sẽ rất khó khăn trong việc hồi sức tiếp theo đó.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu trên 180 bệnh nhi tuyến tỉnh và 210 bệnh nhi tuyến huyện trước khi vận chuyển cấp cứu. Cho thấy tỷ lệ chưa được ổn định trước vận chuyển là 34,7%, trong đó tuyến huyện cao hơn tuyến tỉnh ($p < 0,001$), trong đó sự khác biệt nhiều nhất ở việc ổn định chức năng hô hấp ($p < 0,001$).

Về quy trình vận chuyển các tiêu chí thực hiện thấp ở tuyến huyện trong đó việc thông báo chi tiết tình trạng BN cho nơi nhận trước khi chuyển (tuyến huyện chỉ đạt 11,5%, trong khi tuyến tỉnh là 95,2%); Bàn giao BN đầy đủ chi tiết bệnh lịch chuyển viện, ghi đầy đủ kết quả xét nghiệm, thuốc trong quá trình vận chuyển (tuyến huyện là 16,9% trong khi tỉnh là 29,5%); Vận chuyển an toàn với đầy đủ phương tiện và thuốc cấp cứu (tuyến huyện là 21,2%, trong khi tỉnh là 83,3%).

Cần tập huấn đầy đủ kỹ năng quy trình chuẩn bị trước vận chuyển cho cán bộ y tế ở các bệnh viện tỉnh Nghệ An, trong đó đặc biệt lưu ý đến các bệnh viện tuyến huyện. Mặt khác tỉnh cũng cần quan tâm đầu tư trang thiết bị, thuốc cho các bệnh viện tuyến huyện nhằm đảm bảo công tác cấp cứu bệnh nhi hiệu quả.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thu Nhạn, Nguyễn Công Khanh và Lê Nam Trà và cs (2001). “Nghiên cứu thực trạng sức khoẻ và mô hình bệnh tật trẻ em Việt Nam, đề xuất các biện pháp khắc phục”, *Đề tài khoa học công nghệ cấp nhà nước mã số: KHCN 11-13, nghiệm thu tháng 11 năm 2001*.
2. Nguyễn Công Khanh (2005). “Nghiên cứu lựa chọn tiến bộ khoa học kỹ thuật và xây dựng mô hình cấp cứu nhi khoa phù hợp các tuyến nhằm giảm tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu”, *Báo cáo tổng kết đề tài Khoa học công nghệ cấp nhà nước năm 2005*.
3. Lê Thanh Hải và Lê Xuân Ngọc và cs (2010). *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá hiệu quả chương trình cấp cứu nhi khoa (APLS) tại Việt Nam hiện nay*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp bộ, Bộ Y tế.
4. Lê Bá Tuấn (2015), Nghiên cứu thực trạng vận chuyển bệnh nhân cấp cứu tới Bệnh viện Nhi Trung ương. *Luận án tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II*, Viện Nghiên cứu sức khỏe trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung ương.
5. Hoàng Trọng Kim, Đỗ Văn Dũng và Nguyễn Phú Lộc (2004). “Tính an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa cấp cứu, Bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 3 - 2003 đến 2 - 2004”, *Y học thực hành 2004; 495*, tr. 116 - 121.
6. Phan Ngọc Lan (2015). “Nghiên cứu nguyên nhân và một số yếu tố liên quan đến tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện của trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013”, *Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Viện Nghiên cứu Sức khỏe Trẻ em*.
7. Warren J et al (2004). “American College of Critical Care Medicine Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients”, *Crit Care Med. 32, tr. 256-62*.
8. Đinh Phương Hoà và Nguyễn Công Khanh và cs (2003). “*Nghiên cứu hiện trạng cấp cứu nhi khoa*”.
9. Samdi O, Senegheh P. (1997), Facilitating emergency obstetrical care through transportation and communication, *Int.J.of Gynecology and Obstetrics; 52(2):157-64*.

TỶ LỆ TỬ VONG TRÊN ĐƯỜNG VẬN CHUYỂN CẤP CỨU Ở BỆNH NHI TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NGHỆ AN

Trần Thị Kiều Anh¹, Lưu Thị Mỹ Thực²

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tử vong trên đường vận chuyển cấp cứu ở bệnh nhi tại một số bệnh viện tỉnh Nghệ An

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

Kết quả: Tử vong trên đường vận chuyển cấp cứu ở bệnh viện tuyến huyện lên tuyến tỉnh là 7,3%; nguyên nhân tử vong do bệnh về hô hấp 37,5%, do bệnh về nhiễm trùng là 25%, tim mạch 18,7%, thần kinh 12,5%, tai nạn thương tích 6,3%.

Tử vong trên đường vận chuyển từ BV Sản Nhi Nghệ An lên bệnh viện tuyến trung ương là 3,8%; nguyên nhân tử vong do bệnh về hô hấp là 37,5%, tim mạch 25%, các bệnh thần kinh, nhiễm trùng, tai nạn thương tích đều chiếm 12,5%.

Kết luận: Tử vong trên đường vận chuyển đa số ở trẻ sơ sinh và trẻ nam, nguyên nhân chủ yếu là bệnh hô hấp, nhiễm trùng và tim mạch.

Từ khóa: Tỷ lệ tử vong, vận chuyển cấp cứu

ABSTRACT

MORTALITY RATE ON TRANSPORT OF CHILDREN IN NGHE AN PROVINCE

Objective: Identify mortality rate on patient transport at some hospitals in Nghe An province

Methodology: A cross - sectional and quantitative study

Result: Mortality rate on transport from district to province hospital is 7,3%; mortality causes include respiratory disease 37,5%, infectious diseases 25%, cardiac disease 18,7%, neurological disease 12,5%, trauma 6,3%.

Mortality rate on transport from Nghe An Mother and Children's hospital to national hospitals is 3,8%; mortality causes include respiratory disease 37,5%, cardiac diseases 25%, neurological disease, infectious disease and accidents 12,5%.

Conclusion: Mortality rate on transport lie mainly in neonates and male patient, main causes include respiratory, infectious and cardiac diseases.

Keywords: Mortality rate, emergency transport

1. Đại học Y khoa Vinh

2. Bệnh viện Nhi Trung ương

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tử vong trẻ em hiện nay đang là vấn đề được các nhà quản lý y tế hết sức quan tâm. Để đạt được mục tiêu Thiên niên kỷ thứ 4, Đảng và Nhà nước cần thực hiện nhiều giải pháp đồng bộ mới có thể giảm được tỷ suất tử vong như mục tiêu đã đề ra. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi ở Việt Nam vào năm 1995 là 44,2‰, năm 2010 là 15,8‰, năm 2012 là 15,4‰ và năm 2014 là 14,9‰ [1]. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi giảm từ 55,4‰ vào năm 1995 xuống còn là 46‰ năm 2000 [2].

Đã có nhiều công trình nghiên cứu về các trường hợp tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện ở trẻ em. Tuy vậy, chưa có những nghiên cứu về thực trạng tử vong trên đường vận chuyển cấp cứu. Trong khi trẻ vận chuyển cấp cứu, thường có các biểu hiện suy giảm các chỉ số sinh tồn, nguy cơ tử vong trên xe cấp cứu là rất cao [3][4][5][7].

Nghệ An là một địa bàn đông dân cư, địa hình phức tạp, có đầy đủ hình thái địa lý của cả nước. Quá trình vận chuyển đòi hỏi khoảng cách dài hơn, thời gian lâu hơn, bên cạnh đó, là một tỉnh nghèo, việc đầu tư phương tiện, trang thiết bị và nhân lực cho công tác vận chuyển cấp cứu còn hạn chế.

Nhằm xác định tỷ lệ tử vong trên đường vận chuyển cấp cứu, qua đó tìm ra giải pháp can thiệp hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài: “Tỷ lệ tử vong trên đường vận chuyển cấp cứu ở bệnh nhi trên địa bàn tỉnh Nghệ An”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu từ 1/10/2015 - 30/9/2016 tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp cấp cứu bệnh nhi từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh và từ tuyến huyện lên Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và từ Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An lên các bệnh viện thuộc tuyến Trung ương.

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

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức:

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

N = 4.600: kích thước quần thể nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ 6/2010 đến tháng 6/2011, do vậy chúng tôi sử dụng số liệu tham khảo số chuyên viện cấp cứu với cùng kỳ năm 2009 - 2010, tức là từ thời điểm tháng 6/2009 đến tháng 6 năm 2010 có 4.600 bệnh nhi vận chuyển cấp cứu đến Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

p = 27,8% = 0,278 là tỷ lệ vệ chuyển không an toàn, tham khảo từ nghiên cứu vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu từ bệnh viện tuyến tỉnh đến Bệnh viện Nhi Đồng II, nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2003 đến tháng 2/2004 của

tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [4].

Z = 1,96 (α = 0,05, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)

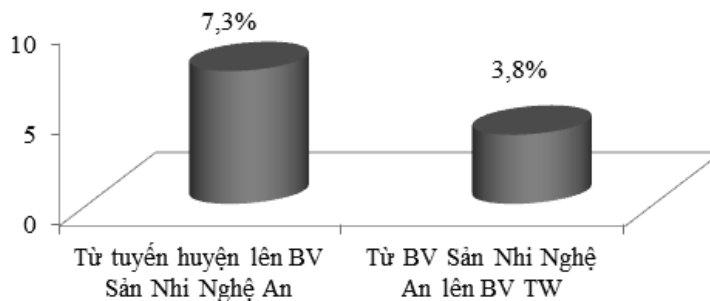
d = 0,045 là sai số tuyệt đối, lấy mức 0,045

Cỡ mẫu cần nghiên cứu: Với các giá trị trên, số bệnh nhi vận chuyển cấp cứu đến Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, thay số ta được số bệnh nhi tối thiểu cần cho nghiên cứu là n = 122 bệnh nhi, chúng tôi thu thập số liệu với 180 trường hợp bệnh nhi vận chuyển cấp cứu đến Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và 210 bệnh nhi từ Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

- Nhóm bệnh nhi trong các cuộc vận chuyển cấp cứu
- Quần thể so sánh trong nghiên cứu: Toàn bộ các trường hợp bệnh nhi tử vong tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An được xem xét hồ sơ bệnh án.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 1. Tỷ lệ tử vong trên đường vận chuyển cấp cứu



Trong số 180 bệnh nhi chuyển từ các bệnh viện huyện, có 16 bệnh nhi tử vong trên đường chuyển viện, chiếm tỷ lệ 7,3%.

Trong 210 trường hợp chuyển viện từ Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đến các bệnh viện tuyến trung ương có 8 bệnh nhi tử vong trên đường, chiếm tỷ lệ 3,8%.

Bảng 1. Phân bố tử vong trên đường vận chuyển theo tuổi, giới

Giới tính Tuổi	Chuyển đến Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An			Chuyển từ Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An lên tuyến trên		
	Nam (%)	Nữ (%)	Tổng	Nam (%)	Nữ (%)	Tổng
Sơ sinh	5 (31,3)	4 (25,0)	9 (56,3)	2 (25,0)	2 (25,0)	4 (50,0)
1 tháng - < 1 tuổi	2 (12,5)	2 (12,5)	4 (25,0)	1 (12,5)	0 (0)	1 (25,0)
1 - 5 tuổi	1 (6,3)	1 (6,3)	2 (12,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	2 (12,5)
Từ 5 tuổi trở lên	1 (6,2)	0 (0)	1 (6,2)	1 (12,5)	0 (0)	1 (12,5)
Tổng	9 (56,3)	7 (43,7)	16 (100)	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (100)

Từ vong trên đường vận chuyển từ tuyến dưới lên Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An thì độ tuổi sơ sinh chiếm tỷ lệ lớn (56,3%) đây chính là nhóm có nguy cơ cao nhất từ vong trên đường vận chuyển, trong đó nam nhiều hơn nữ (56,3%).

Từ vong trên đường vận chuyển từ Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An lên tuyến trên cũng có tỷ lệ trẻ sơ sinh là chủ yếu (50%). những trường hợp chuyển tuyến này đều là những trường hợp có bệnh lý nặng và đã được xử lý trước khi chuyển.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân tử vong theo nhóm bệnh

Bệnh	Chuyển đến Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An		Chuyển từ Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An lên tuyến trên	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
1. Hô hấp	6	37,5	3	37,5
2. Tim mạch	3	18,7	2	25,0
3. Thần kinh	2	12,5	1	12,5
4. Nhiễm trùng	4	25,0	1	12,5
5. Tai nạn	1	6,3	1	12,5
Tổng	16	100	8	100

Bệnh về hô hấp và tim mạch là nhóm có nguy cơ cao nhất từ vong trên đường vận chuyển.

IV. BÀN LUẬN

Xử trí trên xe vận chuyển là khâu quan trọng và ảnh hưởng đến tính mạng và khả năng hồi phục ở trẻ, nó phụ thuộc vào tình trạng sức khỏe của trẻ, các sự cố xảy ra khi vận chuyển, kiến thức, trình độ chuyên môn kỹ thuật của cán bộ y tế. Do vậy, đánh giá cách xử trí trên xe vận chuyển cấp cứu có vai trò quan trọng trong việc tìm kiếm giải pháp hữu hiệu nhất trong việc vận chuyển cấp cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đánh giá 8 bệnh nhi tử vong trên đường vận chuyển trước khi có tiến hành can thiệp, 6 bệnh nhi tử vong trên đường vận chuyển ngay sau khi có tiến hành can thiệp và 4 bệnh nhi tử vong trên đường vận chuyển sau can thiệp 12 tháng cho thấy các bệnh nhi tử vong xảy ra trên đường đều đã được tiên lượng và dự báo trước. Tuy nhiên theo yêu cầu và cam kết của gia đình nguyện vọng chuyển tuyến, công tác cấp cứu có sự chuẩn bị thuốc, phương tiện và trang thiết bị đi cùng, có 3 trường hợp phải đưa vào các bệnh viện trên tuyến đường chuyển viện để hồi sức cấp cứu.

Kết quả nghiên cứu của Hoàng Trọng Kim và cộng sự nghiên cứu sự chuyển tuyến cấp cứu, tỷ lệ các biến cố xảy ra trong quá trình vận chuyển là 132 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 18,8% [4].

Tuy nhiên trong nghiên cứu cho thấy chỉ có 22,8% số bệnh nhi là được theo dõi trong quá trình chuyển viện. Thực tế khi có các biến cố xảy ra thì đó cũng là lúc cần sự xử trí kịp thời nhằm giúp bệnh nhi ổn định trên đường vận chuyển lên tuyến trên.

Nghiên cứu các trường hợp tim ngừng đập tại Bệnh viện Nhi Đồng II của tác giả Phan Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thành Đạt cho thấy, tỷ lệ các biện pháp xử trí như thở oxy khi chuyển viện bằng bóp bóng NKQ 57,9%, Bóp bóng qua Mask là 5,3%, thở ô xy qua canuyl là 15,8%, không thở oxy là 21,1%; Truyền dịch khi vận chuyển 63,2% [3].

Mặc dù nghiên cứu của Phan Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thành Đạt trên những bệnh nhân nguy kịch, chết trước khi nhập viện, tuy vậy tỷ lệ không cho thở oxy vẫn chiếm tỷ lệ khá cao với 1/5 số bệnh nhi [3].

Thực tế, xử trí bệnh nhi trên xe vận chuyển cấp cứu là hết sức quan trọng, có tính thiết thực trong việc góp phần giảm tỷ lệ tử vong cho trẻ. Tuy vậy, việc xử trí trong quá trình vận chuyển không hề đơn giản, ngoài số lượng cán bộ y tế, trình độ chuyên môn kỹ thuật, kinh nghiệm, an toàn trong vận chuyển còn phụ thuộc vào trang thiết bị hiện có và thể trạng ở trẻ.

Do vậy, nếu đầy đủ trang thiết bị, nhân lực có chuyên môn và xử trí tốt thì có thể giúp trẻ qua khỏi cơn nguy hiểm và có thể bình phục được.



Việc tiếp nhận tại các phòng cấp cứu tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và Bệnh viện Nhi Trung ương là giai đoạn cuối cùng của việc vận chuyển chuyển tuyến bệnh nhi mà trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện. Việc tiếp nhận và tiến hành các thủ thuật chính là hệ quả của tính an toàn trong vận chuyển. Khi vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu xảy ra các vấn đề thì tại phòng cấp cứu phải tiến hành các can thiệp nhằm ổn định lại sức khỏe của bệnh nhi.

Kết quả nghiên cứu của Hoàng Trọng Kim và cộng sự tại Bệnh viện Nhi Đồng I có 23,1% số bệnh nhi phải cấp cứu khẩn cấp ngay khi nhập viện (thở ô xy, truyền dịch, chống sốc, đặt nội khí quản, bóp bóng giúp thở, xoa tim ngoài lồng ngực) [3]. Việc tiếp nhận, xử trí kịp thời của khoa cấp cứu của bệnh viện tuyến trên giúp trẻ có các sự

cô trong quá trình vận chuyển có thể qua được cơn nguy kịch và ổn định được sức khỏe.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Từ vong trên đường vận chuyển cấp cứu ở tuyến tỉnh lên trung ương (3,8%) là thấp hơn so với từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh (7,3%). Nhóm trẻ sơ sinh, trẻ nam có tỷ lệ tử vong cao. Các nguyên nhân gây tử vong chủ yếu là các bệnh đường hô hấp, nhiễm trùng và tim mạch.

Từ kết quả nghiên cứu, trẻ cần được chăm sóc tốt sau sinh, cần tuyên truyền công tác phòng chống các bệnh về đường hô hấp, nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh và nhỏ. Bên cạnh đó, cần đảm bảo phương tiện, trang thiết bị và nhân lực trong quá trình vận chuyển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Niên giám thống kê 2014” (2014). *Nhà xuất bản Thống kê*.
2. Nguyễn Thị Nghĩa và Nguyễn Khắc Sơn (2000). “Nhận xét tình hình tử vong trẻ em từ 0-15 tuổi tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng trong 10 năm 1990-1999”, *Kỹ yếu hội nghị Nhi khoa miền Trung lần thứ 5*, tr. 55-57.
3. Phan Thị Thanh Hiền và Nguyễn Thành Đạt (2007). “Tình hình ngưng tim ngưng thở trước nhập viện tại khoa Cấp cứu lưu Bệnh viện Nhi đồng 2 từ năm 2004-2007”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 11, tr. 74-78.
4. Hoàng Trọng Kim, Đỗ Văn Dũng và Nguyễn Phú Lộc (2004). “Tính an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa cấp cứu, Bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 3 - 2003 đến 2 - 2004”, *Y học Thực hành 2004*; 495, tr. 116 - 121.
5. Lê Bá Tuấn (2015), Nghiên cứu thực trạng vận chuyển bệnh nhân cấp cứu tới Bệnh viện Nhi Trung ương. *Luận án tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II*, Viện Nghiên cứu sức khỏe trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung ương.
6. Đinh Phương Hoà và Nguyễn Công Khanh và cs (2003). “*Nghiên cứu hiện trạng cấp cứu nhi khoa*”.
7. Lê Thanh Hải và Lê Xuân Ngọc và cs (2010). *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá hiệu quả chương trình cấp cứu nhi khoa (APLS) tại Việt Nam hiện nay*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp bộ, Bộ Y tế.
8. Samdi O, Senegheh P. (1997), Facilitating emergency obstetrical care through transportation and communication, *Int.J.of Gynecology and Obstetrics*; 52(2):157-64.
9. Warren J et al (2004). “American College of Critical Care Medicine Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients”, *Crit Care Med*. 32, tr. 256-62.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VI PHẪU NỐI BẠCH MẠCH TĨNH MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ PHÙ BẠCH MẠCH SAU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ

Trần Thị Nga¹, Vũ Quang Vinh²

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sử dụng kỹ thuật siêu vi phẫu nối bạch mạch-tĩnh mạch trong điều trị phù bạch mạch ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt bỏ vú do ung thư kết hợp vét hạch và xạ trị.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Gồm 50 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán phù bạch mạch sau cắt bỏ ung thư vú sử dụng kỹ thuật siêu vi phẫu nối bạch mạch-tĩnh mạch tại Khoa PTTH- Viện Bông quốc gia từ tháng 6/2015 đến tháng 6/2017.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả, các số liệu được xử lý bởi SPSS 21.0

Bệnh nhân chia thành hai nhóm, được tiến hành nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh và đánh giá hiệu quả sự thay đổi chu vi và các triệu chứng lâm sàng sau khi nối bạch mạch-tĩnh mạch.

Kết quả:

Nhóm I: Các tổn thương hầu như không có hoặc ít và với mức độ tổn thương nhẹ. Nhóm II: Xuất hiện tất cả tổn thương trên: Xơ hóa da, mô dưới da mức độ vừa và nặng gặp ở tất cả các trường hợp. Một số trường hợp nặng (giai đoạn V) mất toàn bộ lớp cơ trơn của thành bạch mạch. Kích thước giảm tại các vị trí mổ của chi sau 1 tuần: V1: $6,44 \pm 0,41$ cm; V2: $5,09 \pm 0,47$ cm; V3: $6 \pm 0,52$. Giảm mạnh nhất tại V1 là 6 cm. Số lượng cầu nối: Trung bình 3,44 cầu nối/bệnh nhân. Đường kính mạch: nhỏ nhất: 0,3mm; lớn nhất: 1mm, trung bình: $0,66 \pm 0,11$ mm. Kết quả gần: Tốt 91,67%; vừa 8,33%. Kết quả xa: Tốt 93,33%; vừa 6,67%.

Kết luận

Phương pháp nối bạch mạch-tĩnh mạch với kết quả bước đầu tốt, tình trạng lâm sàng được cải thiện rõ ràng. Đây là kỹ thuật mới, an toàn, khả thi trong điều trị phù bạch mạch sau điều trị ung thư vú.

Từ khóa: Phù bạch mạch, siêu vi phẫu, ung thư vú

ABSTRACT:

EVALUATION EFFECTIVE OF SUPERMICROSURGICALLY LYMPHATICOVENULAR ANASTOMOSIS FOR LYMPHEDEMA IN AFTER BREAST CANCER TREATMENT

Background and Objective:

Lymphedema complicating breast cancer treatment remains a challenging problem. The purpose of this study was to analysis of lymphaticovenular for treatment of upper limb lymphedema in breast cancer patients.

Objects and Methods:

50 patients with upper extremity lymphedema secondary to treatment breast cancer underwent lymphaticovenular anastomoses using "Supermicrosurgical technique". These apatients were also divided two groups. Group I included patients of stage 1,2,3 and group II are patients of stage 3,4. Histological have been studied in 10 patients of group 1 and 10 patients of group II. Evaluation included qualitative assessment quantitaive circumferential analysis before and postoperation and follow up over six months at position upper wrist 5cm, below elbow 5cm and upper elbow 5cm

Results:

In groupII, skin and under tissue appeared fibrosis from light to severe, lymphatic trunks included tunica media, endothelial cell and smooth muscle also injuries. However, in group I it is almost fine. The circumference decreased at a week with means were V1: $6,44 \pm 0,41$ cm; V2: $5,09 \pm 0,47$ cm; V3: $6 \pm 0,52$, respectively. The mean number of anastomoses performed per patient was mean of 3.44, and the diameter of vessels ranged from 0.3 to 1 mm. The mean operarive time was 3 hours. The mean follow-up time was six months with 91.67% good; 8.33% fine and 0% poor.

1. Phòng khám chuyên khoa phẫu thuật thẩm mỹ Thiên Nga

SĐT: 0908894568, Email: ngachir@gmail.com

2. Bệnh viện Quân y 103

Conclusion:

Lymphaticovenular anastomoses is effective reduce the severity of lymphedema in breast cancer patients. Long-term analysis is need.

Key words: Supermicrosurgical, lymphedema, breast cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phù bạch mạch (PBM) là tình trạng quá tải về chức năng của hệ thống bạch mạch, trong đó các khoảng trống các mô dưới da giãn rộng nhưng không xảy ra ở mô cơ, gây ra tích tụ các đại phân tử trong mô kẽ dẫn đến phù nề dai dẳng, ở đó hiện tượng viêm tế bào, bạch huyết xảy ra liên tục và tái diễn. Hậu quả của tình trạng này là xơ cứng da và mô dưới da, rối loạn cảm giác, đau nhức, hạn chế vận động, biến dạng chi tùy theo mức độ phù bạch mạch

Phù bạch mạch sau phẫu thuật kết hợp tia xạ vùng hố nách điều trị ung thư vú là biểu hiện lâm sàng thường gặp, ở Mỹ chiếm khoảng 15–20% bệnh nhân K. Điều này gây ảnh hưởng đến chức năng, chất lượng sống: biến dạng chi thể, mất chức năng của chi thay đổi cảm giác chi, mệt mỏi và rối loạn tâm lý, giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Theo y văn thế giới, từ trước đến nay đã có nhiều phương pháp khác nhau được áp dụng trong điều trị phù bạch mạch trong ung thư, được chia thành hai nhóm phương pháp (1) Điều trị không xâm lấn, bảo tồn: bằng vật lý trị liệu, băng áp lực, massage... áp dụng cho bệnh nhân ung thư giai đoạn đầu, làm kéo dài thời gian ổn định của bệnh.(2) Phương pháp can thiệp xâm lấn, phẫu thuật lấy bỏ các mô, tổ chức dưới da...

Hiện nay xu hướng sử dụng kỹ thuật siêu vi phẫu nối bạch mạch –tĩnh mạch đã mang lại kết quả tốt, tuy nhiên chỉ có một số ít các nước trên thế giới có khả năng áp dụng được kỹ thuật này. Olszewsky (1966) báo cáo trường hợp đầu tiên, đến nay hơn 200 bài báo bằng tiếng Anh đề cập đến vấn đề này. Các tác giả trên thế giới đều có cùng quan điểm các dấu hiệu lâm sàng được cải thiện ngay sau khi mổ, tiếp tục tiến triển tốt khi theo dõi xa.

Ở Việt Nam, từ năm 2015, Trung tâm phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và tái tạo, Viện Bông Quốc gia, với 50 trường hợp phù bạch mạch sau điều trị K vú được nối bạch mạch - tĩnh mạch với kết quả tốt. Xuất phát từ các kết quả bước đầu khả quan, chúng tôi nghiên cứu phân tích và đánh giá kết quả sớm, đồng thời chia sẻ kinh nghiệm qua 50 trường hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu, thời gian nghiên cứu

Trung tâm phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và tái tạo, Viện Bông Quốc gia.

Thời gian: Tháng 06/2015 – 06/2017.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 50 bệnh nhân nữ, không phân biệt tuổi có phù bạch mạch chi trên sau điều trị K vú. Các bệnh nhân được chia thành 2 nhóm (phân chia theo giai đoạn bệnh phù bạch mạch chi trên).

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

BN không hợp tác, BN có phù tay voi mà ung thư chưa ổn định hoặc tái phát ung thư. BN bệnh lý nội khoa nặng kèm theo như: lao tiến triển, giang mai, rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn tại vùng dự kiến phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu hồi cứu

2.2.1. Nghiên cứu giải phẫu bệnh

Tất cả các bệnh nhân được sinh thiết da và tổ chức dưới da nhỏ, tại 3 vị trí trên nếp cổ tay 5cm. Trên và dưới nếp gấp khuỷu 5cm.

Tiêu chí đánh giá mô bệnh học: Mức độ có xơ hóa tổ chức dưới da. Tổn thương cấu trúc bạch mạch

2.2.2. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng

Bệnh nhân được khai thác tiền sử bệnh và khám lâm sàng: Đánh giá tình trạng da tại chi phù: màu sắc, độ đàn hồi ,biểu hiện viêm đỏ, loét...

- Đo chu vi hai tay ở các vị trí: V0: ở nếp gấp mu tay; V1: phía trên nếp gấp cổ tay 5cm; V2: trên nếp gấp khuỷu 5 cm; V3: dưới nếp gấp khuỷu 5 cm bằng thước dây mềm, tính bằng cm. Đánh giá vận động, cảm giác tại tay phù: cảm giác tê, đau buốt...

- Phân loại giai đoạn phù theo Campisi 2001

- Phương pháp phẫu thuật tạo cầu nối BM-TM siêu vi phẫu.

- Các bước tiến hành

BN được gây tê đám rối thần kinh cánh tay và kết hợp với tiền mê.

Quy trình mổ vi phẫu thuật: Xác định vị trí phẫu thuật, V1, V2 và V3.

• Xác định mạch bạch huyết dung dịch xanh Methylen được tiêm bằng kim 30 dưới da kẽ ngón tay 1-2 và 2-3. Các tiểu bạch mạch được tìm kiếm thông sự ngấm chất màu xanh Methylen. Kính phóng đại 30 lần các dụng cụ vi phẫu tích được sử dụng tìm tiểu tĩnh mạch lân cận phục vụ cho nối mạch. Đo kích thước bạch mạch bằng thước palmer.

- Tiểu bạch mạch và tiểu tĩnh mạch sẽ được nối với nhau dưới kính hiển vi theo kiểu tận - tận, tận - bên hoặc bên - bên bằng chỉ vi phẫu 11/0.

Hậu phẫu: Kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, chống viêm, băng ép nhẹ, kê cao chi mổ.

- Sự thay đổi chu vi sẽ được đánh giá vào ngày thứ bảy sau mổ và sau 3 tháng, 6 tháng. Cảm giác và vận động chi phù, các triệu chứng tại chỗ về da, tình trạng viêm, nề, phỏng nước được theo dõi và đánh giá.

- Các biến chứng sau phẫu thuật: Phát hiện và xử trí kịp thời, rút ra biện pháp khắc phục.

- Chụp ảnh bệnh nhân trước- sau phẫu thuật.

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: Kích thước chu vi tay phù. Tình trạng cảm giác tại chỗ. Chức năng vận động tay phù. tình trạng viêm, nề, loét, màu sắc da... tại tay bên phù.

Đánh giá kết quả sớm (<3 tháng sau phẫu thuật)

Tốt: Chu vi tay phù giảm, rõ rệt, chỉ số Warenn <25%, triệu chứng rối loạn cảm giác, vận động hồi phục (trừ một số trường hợp liệt dây thần kinh), ấn chi phù mềm mại, các dấu hiệu biến chứng trên bề mặt da giảm và khỏi.

Vừa: Chu vi tay phù giảm, chỉ số Warenn 25-50%, các rối loạn vận động và cảm giác có giảm nhưng vẫn còn biểu hiện; các triệu chứng bệnh lý da liễu liên quan trên da

cũng giảm, nhưng vẫn còn, ấn chưa mềm.

Không thay đổi: Chu vi tay phù không giảm, hoặc giảm rất ít chỉ số Warenn <25% biến chứng vận động và cảm giác vẫn còn, tay còn và không thuyên giảm các triệu chứng về bệnh lý của da. Tay ấn cứng.

> Đánh giá kết quả xa (sau phẫu thuật 6 tháng)

Tốt: Chu vi tay phù giảm dần đều; cảm giác bình thường (trừ ca tổn thương thần kinh) mất hoàn toàn những triệu chứng trên bề mặt da và ấn mềm mại.

Vừa: Chu vi tay phù giảm nhưng chậm hoặc không tăng; vẫn còn những triệu chứng cảm giác và vận động chưa mất hoàn toàn; ấn mềm. Hết các triệu chứng da liễu trên bề mặt.

Không thay đổi: Chu vi tay phù không giảm hoặc có xu hướng tăng lên, các rối loạn cảm giác và vận động không cải thiện, ấn căng tức.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu của chúng tôi có 20 bệnh nhân nghiên cứu mô bệnh học có 8 cas có tình trạng xơ hóa thuộc nhóm 2 chiếm 20 (chiếm 40%) nhóm 1 không có bệnh nhân xơ hóa, 10 cas (50%) có tổn thương cơ tron ,18 cas (90%) tổn thương áo trong.

Bảng 1. Đặc điểm giai đoạn và thời gian khởi phát bệnh sau khi kết thúc liệu trình điều trị K

Giai đoạn Thời gian	Phân chi giai đoạn bệnh phù bạch mạch				
	I	II	III	IV	V
<6 tháng	0	0	3	0	1
6-12 tháng	0	0	2	5	4
13-36 tháng	0	1	5	9	4
>36 tháng	0	0	5	8	3
Tổng	0	1 (2%)	15 (30%)	22 (44%)	12 (24%)

Biến chứng rối loạn cảm giác: Tê bì 16 cas (32%), đau buốt 10 cas (20%).

Biến chứng rối loạn vận động: Tỷ lệ bệnh nhân không

có biến chứng rối loạn vận động là 88%. 5 bệnh nhân hạn chế vận động (10%) thuộc nhóm V, 1 trường hợp liệt (2%) thuộc nhóm V.

Bảng 2. Kiểu cầu nối và số mạch nối bạch mạch - tĩnh mạch n = 172

Kiểu cầu nối	Vị trí nối				Tổng số mạch nối (tỷ lệ)
	V0	V1	V2	V3	
Tận - Tận	14	5	10	2	31 (18,03%)
Tận - Bên	52	19	45	22	138 (80,23%)
Bên - Bên	2	1	0	0	3 (1,74%)
Tổng	68	25	55	24	172
Tỉ lệ %	39,53	14,53	31,97	13,95	100



Vị trí nổi mạch của nghiên cứu tập trung vào vị trí V0 (vị trí này là nếp gấp mu bàn tay) chiếm tỷ lệ cao nhất là 68(39,53%) và vị trí V1 (trên cổ tay 5cm) chiếm 25 (14,53%) vị trí V2 (trên khủy tay 5 cm) chiếm 55(31,97%) và V3 (dưới nếp gấp khủy) chiếm 22(13,95%).

Kỹ thuật sử dụng nổi trực tiếp bạch mạch vào tĩnh mạch của chúng tôi áp dụng là kiểu cầu nối “Tận-Bên” chiếm 138 số mạch nổi chiếm 80,23% và kiểu cầu nối “Bên-Bên” chiếm tỷ lệ nhỏ chỉ 1,74% trong tổng số mạch nổi.

Bảng 3 Kích thước bạch mạch trong quá trình phẫu thuật (n=50).

Các chỉ số	Đường kính ngoài bạch mạch (mm)						
	<0.4	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	>0.8
n=172	04	13	17	40	53	37	08
Kích thước mm	0.3	0.66 ± 0.01 mm					1

Bảng 4. Mức độ giảm kích thước tay phù tại các vị trí sau phẫu thuật

Kích thước giảm chu vi tay phù (cm)	Vị trí	Thời gian sau phẫu thuật	
		1 tuần	< 3 tháng
Giảm lớn nhất (cm)	V1	6,0	6,5
	V2	5,0	5,2
	V3	4,0	4,5
Giảm nhỏ nhất (cm)	V1	2,0	2,5
	V2	1,5	2,0
	V3	1,0	1,4

Kích thước tại các vị trí giảm sau 1 tuần so với trước khi mổ: V1: Chu vi chi phù đã giảm được nhiều nhất: tới 6,0cm, và giảm được 2 cm. TB giảm 4,36 ± 0,3 cm. V3: Chu vi chi phù giảm nhiều nhất là 4cm, trung bình chu vi tay tại V3 giảm 2,87 ± 0,33cm.

Kích thước tại các vị trí giảm <3 tháng so với trước khi mổ: V1: Giảm lớn nhất 6,5cm. Trung bình giảm 4,84± 0,33 cm.V3: Giảm lớn nhất 4,5 cm, nhỏ nhất 1,4 cm. giảm TB: 2,78 ± 0,34cm

Kết quả gần điều trị phù bạch mạch sau mổ <3 tháng: Nhóm I có 16 bệnh nhân, với 48 vị trí kiểm tra đạt được kết quả: tốt chiếm 91,67%, kết quả vừa 8,33%, kết quả xấu 0%. Nhóm II 34 bệnh nhân, với 102 vị trí kiểm tra đạt được kết quả: tốt chiếm 76,48%, kết quả vừa 15,68%, kết quả xấu 7,84%.

Kết quả xa điều trị phù bạch mạch sau mổ > 6 tháng: Nhóm I có đáp ứng tốt với phẫu thuật này, với 15 trường

hợp tốt 93,33% trở lại sinh hoạt bình thường, các cảm giác tê bì, đau buốt hay hạn chế vận động đều cải thiện một cách rõ rệt. Nhóm II, kết quả tốt (73,33%), đáp ứng ở mức độ vừa (17,78%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu giải phẫu bệnh tổn thương bạch mạch với 20 bệnh nhân đã cho thấy có sự phá hủy tế bào cơ trơn bạch mạch, tổn thương này làm mất đi lớp áo giữa làm thành bạch mạch mỏng đi và mất đi sự đàn hồi. Tỷ lệ này gặp phần lớn trong bệnh nhân nhóm II chiếm tỷ lệ 100%. Trong khi đó nhóm I không có bệnh nhân nào. Tình trạng tổn thương lớp áo ngoài gặp 9/10 bệnh nhân nhóm II chiếm tỷ lệ 90%, trong khi đó nhóm I chỉ có 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 20%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả Koshima công bố năm 1996 với tỷ lệ tổn

thương lớp cơ trơn và lớp áo trong lên đến 95% bệnh nhân phù bạch mạch giai đoạn IV, V và tổn thương này tăng dần từ cánh tay đến cẳng tay⁹⁾. Chúng tôi cũng thấy điều này được minh chứng khi tiến hành tìm bạch mạch trên lâm sàng. Altorfer và cộng sự trong nghiên cứu của mình cho thấy rằng tổ chức xơ thường bao xung quanh bạch mạch dẫn đến phản ứng xung huyết¹⁰⁾. Các tế bào viêm di trú vào trong vào trong lớp áo ngoài hình gây xơ hoá thành bạch mạch dẫn đến sự bít tắc bạch mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy lòng bạch mạch hẹp đáng kể trên bệnh nhân thuộc nhóm II do quá trình viêm và ứ dịch kéo dài dẫn đến tình trạng xơ hoá bạch mạch như Altorfer đề cập ở trên. Koshima và cộng sự cũng đề cập trong nghiên cứu của mình sự tương quan kết quả phẫu thuật phù bạch mạch và tình trạng tổn thương lớp cơ trơn và nội mạc bạch mạch. Trong nghiên cứu của mình Koshima chỉ ra rằng bệnh nhân bị xơ hoá bạch mạch kết quả phẫu thuật sau mổ thường ít hoặc không có sự thay đổi chu vi bên thương tổn. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân tổn thương lớp cơ trơn và lớp áo trong trong nhóm II có kết quả tốt chỉ chiếm 88,24% vòng 1 và 64,71% của vòng 3 so với lần lượt 100% và 81,25% của bệnh nhân nhóm I.

Năm 2010, Chang và cộng sự cho thấy rằng có sự liên quan kết quả phẫu thuật và tình trạng xơ hoá của da và tổ chức dưới da¹¹⁾. Chang cho rằng có sự tương đồng khi thăm khám lâm sàng tay phù nề cứng, chắc, ấn không lõm với kết quả nghiên cứu GPB là tổ chức kẽ bị xơ hoá, tế bào cơ trơn bị teo đi. Tình trạng xơ hoá cùng là yếu tố để chúng tôi tiên lượng kết quả điều trị, mặc dù kỹ thuật nối bạch mạch-tĩnh mạch thành công thì việc giảm chu vi trên bệnh nhân xơ hoá bạch mạch cũng không thay đổi nhiều. nghiên cứu của chúng tôi xơ hoá của da và tổ chức dưới da 8/10 bệnh nhân thuộc nhóm II, trong khi đó nhóm I không có bệnh nhân nào. Tuy nhiên, tình trạng đau tức, cảm giác đè ép đều giảm và tay bệnh nhân không tiếp tục to lên nữa.

Theo Koshima, kết quả giải phẫu bệnh cho thấy tình trạng xơ hoá giảm dần từ đầu gốc chi trên xuống ngón

chi. Thêm nữa, áp lực tiểu tĩnh mạch dưới da thường thấp hơn tĩnh mạch sâu⁹⁾. Do vậy, chọn lựa các tiểu bạch mạch và tiểu tĩnh mạch dưới da cho nối bạch mạch tĩnh mạch là lựa chọn tối ưu và nó sẽ cho kết quả bền vững. Trong nghiên cứu của chúng tôi vị trí được ưu tiên nối mạch là vị trí trên nếp gấp cổ tay 5 cm. Do tình trạng xơ hoá ở đây ít hơn, nhiều tiểu tĩnh mạch voi đường kính tương đồng dễ dàng cho nối bạch mạch tĩnh mạch. Do gần vị trí tiêm xanh methylen tại kẽ ngón tay, khi xanh methylen ngấm vào hệ bạch mạch thì vị trí này cho thấy sự ngấm đều giúp cho việc tìm kiếm bạch mạch trở nên dễ dàng hơn³⁾. Các kỹ thuật nối mạch được chúng tôi sử dụng là kỹ thuật nối tận bên chiếm đa số 80,23%.

Chúng tôi đánh giá hiệu quả đạt được sau 1 tuần, với cả 2 nhóm, tất cả các bệnh nhân đều có đáp ứng và hầu như đạt kết quả tốt sau mổ 1 tuần. Chỉ có một số bệnh nhân ở nhóm II (tại vị trí V3) đáp ứng kém với phẫu thuật do mức độ tổn thương bạch mạch, tình trạng xơ hóa và phù nề da và mô dưới da. Tuy vậy với kết quả bước đầu này, chúng tôi cho rằng phẫu thuật có thể mang lại kết quả ngay sau phẫu thuật vài ngày, điều này phù hợp với nhận xét của một số tác giả khác^{1,4)}.

Với nhóm I (bệnh nhân ở giai đoạn 1, 2, 3): Chúng tôi nhận thấy hiệu quả đạt được <3 tháng sau mổ với 16 bệnh nhân đạt kết quả **tốt 91,67%, vừa 8,33%**.

Khi đánh giá kết quả xa (> 6 tháng), đạt kết quả như sau với 15 bệnh nhân được tái khám: **tốt 93,33%, vừa 6,67%, không thay đổi 0%**.

Không có trường hợp nào không đáp ứng. Tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả điều trị, bệnh nhân có thể tham gia lao động, làm việc, sinh hoạt bình thường, không còn các triệu chứng rối loạn vận động hay cảm giác tại tay phù nữa.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp nối bạch mạch-tĩnh mạch với kết quả bước đầu tốt, tình trạng lâm sàng được cải thiện rõ ràng. Đây là kỹ thuật mới, an toàn, khả thi trong điều trị phù bạch mạch sau điều trị ung thư vú.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anne G. Warren, B., et al. (2007), “*Lymphedema a comprehensive review*”. Annals of Plastic Surgery 59 Number 4, October 2007: p. 464-472.
2. Cormier, J.N., et al. (2012), “*The surgical treatment of lymphedema: a systematic review of the contemporary literature (2004-2010)*”. Ann Surg Oncol, 19(2): p. 642-51
3. Koshima, I., et al. (2012), “*Recent advancement on surgical treatments for lymphedema*”. Ann Vasc Dis, 5(4): p. 409-15.
4. Isao Koshima MD, et al. (2004), “*Minimal Invasive Lymphaticovenular Anastomosis Under Local Anesthesia for leg Lymphedema is it Effective for stage III,IV*”. Annals of Plast Surgery 53: p. 261-266
5. Olszewski WL. *The treatment of lymphedema of the extremities with microsurgical lympho-venous anastomoses (1988)*. Int Angiol 7: 312
6. O'Brien BM, Mellow CG, Khazanchi RK, et al. *Long term results after microlymphaticovenous anastomoses for the treatment of obstructive lymphedema (1990)*. Plast Reconstr Surg. P 562-85
7. C. Campisi, M.D. and M.D. F. Boccardo (2001), “*Lymphedema and microsurgery*”. PRS, 10: p. 74-80.
8. Warren, L.E., et al. (2014), “*The impact of radiation therapy on the risk of lymphedema after treatment for breast cancer: a prospective cohort study*”. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 88(3): p. 565-71.
9. Koshima, I., et al. (1996), “*Ultrastructural observations of lymphatic vessels in lymphedema in human extremities*”. Plast Reconstr Surg, 97(2): p. 397-405; discussion 406-7.
10. Altorfer.J; Hedinger C.H.R; Clodius L. *Light and electron microscopic investigation of extremities of dogs with experimental chronic lymphostasis (1977)*. Folia Angiol.p 141
11. Chang, D.W. (2010), “*Lymphaticovenular bypass for lymphedema management in breast cancer patients: a prospective study*”. Plast Reconstr Surg, 126(3): p. 752-8.

SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA HỌC SINH TRƯỜNG THPT ĐẠN PHƯỢNG, HÀ NỘI

Bùi Thị Quỳnh Trâm¹, Nguyễn Trương Nam², Lê Thị Hải Hà³, Bùi Văn Hòa⁴

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ học sinh trung học phổ thông (THPT) có vấn đề sức khỏe tâm thần (VĐSKTT) và phân tích một số yếu tố liên quan tại huyện Đan Phượng, Hà Nội. Thang đo SDQ với điểm cắt 15 được sử dụng để xác định tình trạng các VĐSKTT của học sinh. Phương pháp phân tích hồi quy logistic được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 24,6% học sinh có VĐSKTT, trong đó tỉ lệ học sinh có vấn đề về cảm xúc chiếm tỷ lệ cao nhất (33,0%), có vấn đề hành vi ứng xử chiếm tỷ lệ thấp nhất (16,2%). Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với có VĐSKTT bao gồm áp lực học chính khóa, mức độ hỗ trợ của gia đình, chứng kiến bạo lực gia đình giữa cha mẹ và bắt nạt bạn.

Từ khóa: Sức khỏe tâm thần, học sinh trung học phổ thông

SUMMARY:

A cross-sectional study was employed to identify the prevalence of mental health problems among high school students and analyze associated factors to the mental health of high school students in Đan Phượng District, Ha Noi. Strength and difficulties questionnaire (SDQ) with cutting point by 15 was used to identify the number of students having mental health problems. Logistic regression method was used for relating factors. Results showed that 24,6% of students had mental health problems, the rate of emotional symptoms is highest (33,0%), the rate of conduct problems is lowest (16,2%). Some related factors are: study pressure; family support, witnessing their parents serious arguing – fighting and bullying.

Key words: Mental health, high school student

1. Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội
2. Viện nghiên cứu Y – Xã hội học (ISMS)
3. Trường Đại học Y tế Công cộng
4. Trung tâm Y tế huyện Phúc Thọ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tâm thần (SKTT) là một cấu phần không thể tách rời trong định nghĩa sức khỏe của Tổ chức Y Tế thế giới nhưng chưa thực sự được quan tâm đúng mức. Lứa tuổi vị thành niên với đặc trưng là giai đoạn phát triển mạnh nhất về cả thể chất lẫn tinh thần, rất nhạy cảm nên thường dễ rơi vào trạng thái lo lắng, buồn rầu, bất ổn trong suy nghĩ, cảm xúc. VĐSKTT ở tuổi trưởng thành thường bắt đầu xuất hiện từ năm 14 tuổi nhưng hầu hết các trường hợp không được phát hiện và điều trị kịp thời. Ước tính trên thế giới có khoảng 10 – 20% trẻ em và vị thành niên có VĐSKTT. Các yếu tố về hành vi cá nhân, bạn bè, gia đình, môi trường đã được chứng minh có mối liên hệ chặt chẽ với tình trạng SKTT vị thành niên. Nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu: Xác định thực trạng và phân tích một số yếu tố liên quan đến VĐSKTT của học sinh trường THPT Đan Phượng, Hà Nội năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả học sinh từ lớp 10 – 12 đang học tại trường THPT Đan Phượng, huyện Đan Phượng, Hà Nội năm học 2017 – 2018, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

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

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2018 – 5/2018

Địa điểm nghiên cứu: Trường THPT Đan Phượng, huyện Đan Phượng, Hà Nội

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

2.4.1 Cỡ mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu xác định tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó $p = 0,27$, $Z = 1.96$ ứng với độ tin cậy 95% , $\alpha = 5\%$, $d = 0,07$, $DE = 2$, 10% từ chối trả lời.

Cỡ mẫu ước lượng là 340 đối tượng, cỡ mẫu thực tế là 358 đối tượng.

2.4.2 Chọn mẫu

Lấy mỗi lớp là một cụm mẫu. Tiến hành chọn mẫu nhiều giai đoạn gồm: Giai đoạn 1 – xác định số lượng lớp vào nghiên cứu, thực tế chọn 9 lớp (3 lớp/khối); Giai đoạn 2 – chọn lớp, bốc thăm ngẫu nhiên để chọn ra 9 lớp; Giai đoạn 3 – chọn học sinh, chọn toàn bộ học sinh của lớp đó vào nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Bộ công cụ được thiết kế 2 cấu phần chính theo 2 mục tiêu của nghiên cứu: (1) Thực trạng SKTT của học sinh và (2) Một số yếu tố liên quan tới SKTT của học sinh.

Cấu phần 1 sử dụng bảng hỏi SDQ – 25 để đánh giá thực trạng các VĐSKTT của học sinh gồm 25 câu hỏi cho 5 nhóm vấn đề SKTT là cảm xúc, hành vi ứng xử, tăng động giảm chú ý, quan hệ bạn bè và giao tiếp xã hội. Có 3 lựa chọn trong mỗi câu là không đúng – đúng một phần – rất đúng tương ứng với 0 – 1 – 2 điểm, riêng câu 7,11,14,21,25 thay đổi ngược lại; tổng điểm của thang đo là 0 – 40 điểm và không tính điểm phần vấn đề giao tiếp xã hội .

Cấu phần 2 sử dụng bảng hỏi hỗ trợ xã hội MSPSS (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support*),

tổng điểm 0 – 3 là nhận được hỗ trợ ít, 4 – 6 là nhận được hỗ trợ nhiều. Các biến về nhân khẩu học, thói quen cá nhân, áp lực học tập, yếu tố gia đình, bất nạt học đường... được xây dựng dựa trên cơ sở tổng quan tài liệu, tham khảo các bộ công cụ tương tự.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu 2 lần bằng phần mềm Epidata 3.1 để tìm lỗi nhập sai và sửa. Số liệu được làm sạch trước khi đưa vào phân tích.

Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22. Sử dụng mô hình hồi quy logistic để xác định yếu tố liên quan, kiểm soát yếu tố nhiễu giữa biến độc lập và biến phụ thuộc.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tuân thủ theo những quy định của đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua số 013/2018/YTCC-HD3 ngày 29 tháng 1 năm 2018.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin nhân khẩu học

Tuổi của đối tượng quan sát được phân bố đều ở 3 nhóm 16, 17, 18; mỗi nhóm chiếm từ 31,3 – 34,4%. Tỷ lệ nữ sinh trong nghiên cứu này cao hơn nam (70,4% so với 29,6%); 53,1% đối tượng đạt học lực khá, giỏi trong năm học vừa qua; 96,1% đối tượng đạt hạnh kiểm tốt và 82,5% cảm thấy điều kiện kinh tế gia đình mình như đa phần các bạn khác.

2. Thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh

Trung bình điểm các VĐSKTT của học sinh là $14,3 \pm 4,2$, điểm càng cao chứng tỏ đối tượng càng mắc VĐSKTT ở mức cao hoặc mắc nhiều VĐSKTT.

Bảng 1. Điểm số của các vấn đề sức khỏe tâm thần ở học sinh

Các vấn đề SKTT (n = 358)	Trung vị	Trung bình	± SD	Tối thiểu	Tối đa
Vấn đề cảm xúc	4,0	4,5	2,3	0	10
Vấn đề hành vi ứng xử	2,0	2,5	1,4	0	10
Tăng động giảm chú ý	4,0	4,4	1,7	1	9
Quan hệ bạn bè	3,0	3,0	1,5	0	8
Vấn đề giao tiếp xã hội	7,0	7,0	1,8	2	10
Tổng	14,0	14,3	4,2	4	28

Kết quả cho thấy, có 24,6% học sinh mắc các VĐSKTT. Cảm xúc và nhóm bạn là 2 VĐSKTT học sinh gặp phải nhiều nhất (lần lượt là 26,6% và 26,4%), tiếp

theo đó là quan hệ bạn bè (26,4%), tăng động giảm chú ý (17,8%), tiếp theo là giao tiếp xã hội (16,0%) và cuối cùng là vấn đề hành vi ứng xử (13,1%)(Bảng 2).

Bảng 2. Tỷ lệ học sinh có vấn đề về sức khỏe tâm thần

Các vấn đề SKTT (n = 358)	Bình thường		Có vấn đề SKTT	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Vấn đề cảm xúc	240	67,0	118	33,0
Vấn đề hành vi ứng xử	300	83,8	58	16,2
Tăng động giảm chú ý	279	77,9	79	22,1
Quan hệ bạn bè	241	67,3	117	32,7
Vấn đề giao tiếp xã hội	287	80,2	71	19,8
Vấn đề SKTT	270	75,4	88	24,6

3. Một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần của học sinh

Các biến số được đưa vào mô hình quy đa biến để xác định mối liên quan với tình trạng SKTT của học sinh (Bảng 3). Theo đó, áp lực học chính khóa cũng có mối liên hệ chặt chẽ với tình trạng SKTT ở học sinh. Những em có cảm nhận áp lực hơi nhiều và nhiều/rất nhiều có nguy cơ gặp các VĐSKTT cao hơn 2,8 lần (95% CI = 1,2 – 6,6, p = 0,02) và 4,1 lần (95% CI = 1,7 – 9,9, p = 0,002) so với những em cảm nhận không có/ít áp lực.

Những học sinh nhận được ít sự hỗ trợ của gia đình

có thể tăng nguy cơ gặp các vấn đề SKTT lên 2,6 lần so với nhóm học sinh nhận được nhiều sự hỗ trợ của gia đình (95% CI= 1,1 – 6,1, p = 0,03).

Những học sinh thường xuyên hoặc luôn luôn chứng kiến bố mẹ cãi nhau, đánh nhau có nguy cơ gặp các VĐSKTT cao hơn những học sinh hiếm khi, không bao giờ chứng kiến bố mẹ cãi nhau, đánh nhau 27,0 lần (95%CI= 2,9 – 255,9; p = 0,004).

Học sinh bắt nạt bạn có nguy cơ gặp các VĐSKTT cao hơn 3,2 lần so với những học sinh khác với p = 0,04 (95%CI= 1,1 – 9,7).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan tới VĐSKTT của học sinh

Nội dung		Bình thường (n,%)	Có vấn đề (n,%)	OR	95% CI	p
Giới tính	Nam (Ref)	80 (75,5)	26 (24,5)	1,0	-	-
	Nữ	190 (75,4)	62 (24,6)	0,9	0,4 – 1,8	0,7
Áp lực học chính khóa	Không có, một chút (Ref)	100 (88,5)	13 (11,5)	1,0	-	-
	≤ Hơi nhiều	88 (75,2)	29 (24,8)	2,8	1,2 – 6,6	0,02
	≥ Nhiều	82 (64,1)	46 (35,9)	4,1	1,7 – 9,9	0,002
Áp lực học thêm	Không có, một chút (Ref)	147 (81,2)	34 (18,8)	1,0	-	-
	≤ Hơi nhiều	62 (72,9)	23 (27,1)	1,5	0,7 – 3,2	0,3
	≥ Nhiều	61 (66,3)	31 (33,7)	1,4	0,7 – 3,0	0,4



Hỗ trợ từ gia đình	Hỗ trợ nhiều (Ref)	243 (78,9)	65 (21,1)	1,0	-	-
	Hỗ trợ ít	27 (54,0)	23 (46,0)	2,6	1,1 – 6,1	0,03
Hỗ trợ từ nhà trường	Hỗ trợ nhiều (Ref)	129 (79,6)	33 (20,4)	1,0	-	-
	Hỗ trợ ít	141 (71,9)	55 (28,1)	1,0	0,5 – 1,9	1,0
Hỗ trợ từ bạn bè	Hỗ trợ nhiều (Ref)	234 (76,5)	72 (23,5)	1,0	-	-
	Hỗ trợ ít	36 (69,2)	16 (30,8)	0,6	0,2 – 1,6	0,3
Chứng kiến bố mẹ cãi nhau gay gắt, đánh nhau	≤ Hiếm khi (Ref)	210 (78,4)	58 (21,6)	1,0	-	-
	Thỉnh thoảng	56 (70,9)	23 (29,1)	1,1	0,6 – 2,3	0,7
	≥ Thường xuyên	4 (36,4)	7 (63,6)	27,0	2,9 – 255,9	0,004
Bị bắt nạt	Không (Ref)	247 (78,9)	66 (21,1)	1,0	-	-
	Có	23 (51,1)	22 (48,9)	2,3	1,0 – 5,6	0,05
Bắt nạt bạn	Không (Ref)	256 (77,6)	74 (22,4)	1,0	-	-
	Có	14 (50,0)	14 (50,0)	3,2	1,1 – 9,7	0,04

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng sức khỏe tâm thần học sinh THPT

Nghiên cứu được tiến hành trên 358 đối tượng từ 16 – 18 tuổi, xác định tỷ lệ học sinh có VĐSKTT là 24,6% với điểm cắt 15. Kết quả này cao hơn so với tỷ lệ trên thế giới nhưng khá tương đồng với một số nghiên cứu trong nước [1],[2],[3]. Sử dụng bảng hỏi SDQ trên học sinh THPT tại Hà Nội, Nguyễn Thị Thúy Anh (2010), Đặng Thùy Linh (2016) nghiên cứu tại Hà Nội cũng cho biết tỷ lệ học sinh có vấn đề SKTT lần lượt là 22,9%, 27% [1], [2]. WHO (2017) có khoảng 10,2% trẻ từ 11 – 17 tuổi có số điểm trong ngưỡng bất thường về mặt tâm thần [3]. Các tỷ lệ khác nhau chủ yếu do sử dụng các bộ công cụ khác nhau hoặc phối hợp giữa nhiều bộ công cụ và có khám chuyên khoa để xác định lại tỷ lệ học sinh có VĐSKTT.

4.2. Một số yếu tố liên quan

Độ tuổi vị thành niên là giai đoạn trẻ cần sự hỗ trợ của người lớn, đặc biệt là bố mẹ về tư vấn tâm lý, sự đồng cảm cũng như định hướng để vượt qua giai đoạn này. Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm nhận được ít hỗ trợ từ gia đình có nguy cơ gặp phải các vấn đề SKTT gấp 2,6 lần so với nhóm học sinh nhận được nhiều sự hỗ trợ của gia đình ($p = 0,03$). Kết quả này tương đồng với WHO (2017) khi chỉ ra rằng sự gắn kết của trẻ và gia đình, cha mẹ là yếu tố bảo vệ khỏi nguy cơ gặp những VĐSKTT, đúng ở cả nam

và nữ [3].

Tỷ lệ học sinh có VĐSKTT chứng kiến tần suất chứng kiến bố mẹ cãi vã gay gắt, đánh nhau này cao hơn rõ rệt nhóm thỉnh thoảng (29,1%) và hiếm khi chứng kiến (21,6%) bị VĐSKTT chúng tôi đã tìm thấy mối liên hệ giữa tần suất chứng kiến bố mẹ cãi vã gay gắt, đánh nhau với tình trạng SKTT của học sinh. Kết quả này tương đồng với Nguyễn Bá Đạt (2014) rằng mối liên hệ giữa trẻ sống trong gia đình bạo lực có tỷ lệ mắc VĐSKTT cao hơn so với trẻ bình thường [4].

Những học sinh đi bắt nạt bạn có nguy cơ mắc VĐSKTT gấp 3,2 lần nhóm bình thường ($p < 0,05$). Lê Thị Hải Hà (2017) và Dương Thị Thanh (2018) cũng chỉ ra mối liên hệ giữa các mô hình thời gian giữa tình trạng bắt nạt học đường, cả nạn nhân lẫn đi bắt nạt bạn đều có điểm số triệu chứng trầm cảm cao hơn so với nhóm bình thường [5], [6]. Nghiên cứu này cũng chỉ ra nhóm học sinh nhận được hỗ trợ ít từ gia đình có tỷ lệ bị bắt nạt cao hơn so với nhóm học sinh nhận được hỗ trợ nhiều từ gia đình. Điều này chứng tỏ các yếu tố có quan hệ qua lại lẫn nhau và gia đình đóng vai trò yếu tố bảo vệ quan trọng trong việc giúp đỡ các em giải quyết các tình trạng tiêu cực trong cuộc sống.

Về áp lực học tập, nếu các em cảm thấy áp lực học tập hơi nhiều, nguy cơ các em có VĐSKTT gấp 2,8 lần

những em không hoặc ít cảm thấy áp lực. Nhưng nếu các em cảm thấy áp lực nhiều, rất nhiều thì nguy cơ các em gặp VĐSKTT tăng lên 4,1 lần so với nhóm còn lại ($p < 0,05$). Hồ Hữu Tính và cộng sự cũng đưa ra kết quả tương tự khi có 33% trong tổng số học sinh thường hay có stress, lo âu vì áp lực học tập ở trường, 29% trong tổng số học sinh thường hay bị stress lo âu vì áp lực thi cử [7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu khảo sát trên 358 học sinh THPT, tỷ lệ

học sinh có vấn đề về sức khỏe tâm thần theo bộ công cụ SDQ là 24,6%. Tỷ lệ học sinh có vấn đề về cảm xúc là cao nhất (33,0%) thấp nhất là vấn đề hành vi ứng xử (16,2%).

Gia đình có sức ảnh hưởng lớn đến SKTT của học sinh. Áp lực học tập chính khóa, sự hỗ trợ của gia đình, tần suất chứng kiến bố mẹ cãi nhau đánh nhau và bắt nạt bạn có mối liên hệ chặt chẽ với tình trạng SKTT của học sinh ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thúy Anh (2010), *Thực trạng SKTT và một số yếu tố liên quan ở học sinh trung học phổ thông Cầu Giấy, Hà Nội năm 2010*, Thạc sĩ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
2. Đặng Thùy Linh (2016), *SKTT và một số yếu tố liên quan ở học sinh trung học phổ thông, trường Hồng Hà – Nguyễn Khuyến, Hà Nội năm 2016*, Thạc sĩ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
3. Australia Government (2015), *The Mental Health of Children and Adolescents - Report on the second Australian child adolescent survey of mental health and wellbeing*, ISBN: 978-1-76007-187-5
4. Nguyễn Bá Đạt (2014), *Rối nhiễu tâm lý ở trẻ em sống trong gia đình có bạo lực*, Luận án Tiến sĩ Tâm lý học xã hội, Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn, Hà Nội.
5. Le Thi Hai Ha (2017), *Bullying roles and associations with mental health of adolescents in Viet Nam: a Short-term longitudinal study*, Doctor of Philosophy of Public health, Queensland University of Technology, Australia.
6. Dương Thị Thanh (2018), “Một số yếu tố liên quan đến bị bắt nạt của học sinh trường THCS Tiền Châu, thị xã Phúc Yên, Vĩnh Phúc”, *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển*. 02(01 - 2018), tr. 114 - 120.
7. Hồ Hữu Tính (2009), “Thực trạng stress lo âu và những yếu tố liên quan đến lo âu ở học sinh cấp 3 trường THPT Phan Bội Châu, Phan Thiết, Bình Thuận”, *Tạp chí Y học TP HCM*. 14(Phụ bản của số 2), tr. 180 - 187.



ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO NĂNG LỰC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN HẠ HOÀ VÀ CÁC TRẠM Y TẾ XÃ TRONG PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP, QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG, GIAI ĐOẠN 2015-2018

Lê Quang Thọ¹, Ngô Văn Toàn², Nguyễn Bạch Yến³

TÓM TẮT:

Bệnh tăng huyết áp hiện đang là thách thức đối với sức khỏe cộng đồng mang tính toàn cầu, không chỉ ở các quốc gia phát triển mà còn cả các quốc gia đang phát triển. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực trạm y tế xã và bệnh viện huyện trong dự phòng, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp tại huyện Hạ Hoà, tỉnh Phú Thọ, giai đoạn 2015-2018. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng so sánh trước sau can thiệp và so sánh giữa nhóm đối chứng và can thiệp. Nghiên cứu định lượng được thực hiện trên 42 cán bộ y tế ở 10 xã đối chứng và 52 cán bộ y tế ở 10 xã can thiệp. Bệnh viện huyện và toàn bộ 20 trạm y tế xã được quan sát về trang thiết bị y tế, thuốc, tài liệu truyền thông. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính bao gồm 12 cán bộ y tế huyện và xã. Bộ câu hỏi phỏng vấn, phiếu kiểm kê và hướng dẫn phỏng vấn sâu được thực hiện để thu thập thông tin. Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận. **Kết quả:** Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức và thực hành về chẩn đoán, điều trị, dự phòng và quản lý bệnh tăng huyết áp ở mức đạt (>75%), đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Tại các trạm y tế xã thuộc nhóm can thiệp, trước khi can thiệp chỉ có 4 trạm y tế xã (40%) có đầy đủ 15 loại trang thiết bị y tế sử dụng thường xuyên phục vụ công tác quản lý bệnh tăng huyết áp, nhưng sau can thiệp con số này đã tăng lên 9 trạm y tế xã (90%). Trước can thiệp, chỉ có 5 trạm y tế xã có đầy đủ 9 loại thuốc cần thiết được sử dụng để điều trị bệnh tăng huyết áp, nhưng sau can thiệp tất cả 10 trạm y tế xã đã có đủ số lượng và chủng loại thuốc theo yêu cầu. Những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu bao gồm: thiếu nhân lực tại trạm y tế xã, thiếu tài liệu và phương tiện truyền thông,

thiếu sự giám sát của y tế huyện và người dân sống ở địa bàn xa cơ sở y tế. **Kết luận:** Các biện pháp can thiệp có hiệu quả rõ rệt trong việc nâng cao năng lực cho công tác chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp ở trạm y tế xã và trung tâm y tế huyện. Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp đó là: thiếu nguồn lực, thiếu kiểm tra giám sát và khả năng tiếp cận của người dân đến trạm y tế xã và trung tâm y tế huyện.

Từ khóa: Hiệu quả can thiệp, năng lực, yếu tố ảnh hưởng, bệnh tăng huyết áp, Hạ Hoà, Phú Thọ

SUMMARY:

INTERVENTION EFFECTS OF IMPROVING CAPACITY OF COMMUNE HEALTH STATIONS AND DISTRICT HOSPITAL IN HYPERTENSIVE PREVENTION, TREATMENT, MANAGEMENT AND INFFUENCING FACTORS, 2015-2018

Hypertention is still a public health problem world wide not only in developed countries but also in developing countries. **Objective:** To evaluate the intervention effects of improving the capacity of commune health station (CHS) and district hospital in hypertensive prevention, treatment and management in Ha Hoa District, Phu Tho province, 2015-2018. **Method:** The community controlled intervention study was applied. The quantitative study was carried out in 42 health workers in 10 controlled communes and 52 health workers in 10 intervention communes. The hypertensive-related medical equipments, drugs, communication materials were observed with checklists. Number of health workers involved in the indepth interview were 12. The structured questionnaire, inventory forms and indept

1. Sở Y tế tỉnh Phú Thọ
2. Trường Đại học Y Hà Nội
3. Bệnh viện Bạch Mai

» Ngày nhận bài: 06/08/2018 | » Ngày phản biện: 11/08/2018 | » Ngày duyệt đăng: 18/08/2018

interview guidance were used. The study was approved by Hanoi Medical University Ethical Committee.

Results: After intervention, percentage of health staff having knowledge and practices in hypertensive management, use of management software with good level (>75%) increased as compared to before intervention. In intervention commune health stations, 15 essential equipments for diagnosis, treatment and following up hypertension increased. Before intervention, there were only 4 CHSs (40%) with enough equipment's and drugs for hypertension and after intervention 9 CHS (90%) with enough equipment's for hypertensive management. Before intervention, there were only 5 CHSs with 9 kind of drugs for treatment hypertension and after intervention, all 10 CHSs with these drugs. Factors related to intervention effects are lack of manpower, communication materials and facilities, and the poor access of patients to CHSs.

Conclusion: The intervention activities seem to be effects in terms of improving the capacities of diagnosis, treatment and management of hypertension in CHSs and district hospital. Influencing factors of intervention were lack of resources and supervision as well as access to health care facilities.

Keywords: Intervention effect, capacity, influencing factors, hypertension, Ha Hoa, Phu Tho

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước lượng của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG), khoảng ¼ dân số thế giới đang đối mặt với gánh nặng tăng huyết áp [1], [2]. Theo báo cáo về gánh nặng bệnh tật toàn cầu, trong năm 2015 có khoảng 212 triệu năm sống mất đi do tăng huyết áp (DALYs), tăng khoảng 40% so với năm 1990 [3]. Để có thể dự phòng, quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp (THA), cần có những nỗ lực từ hai phía, người cung cấp và người sử dụng dịch vụ y tế. Hiện nay, việc củng cố, nâng cao năng lực mạng lưới y tế cơ sở, bao gồm các thành tố về nguồn nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, danh mục kỹ thuật và thuốc thiết yếu, cơ chế tài chính... đang là trọng tâm ưu tiên của Việt Nam nhằm hướng tới mục tiêu bao phủ sức khỏe toàn dân. Trong đó, nâng cao kiến thức và thực hành của cán bộ y tế trong công tác sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh nhân mắc một số bệnh không lây nhiễm phổ biến nói chung và bệnh tăng huyết áp nói riêng là một trong những nội dung hết sức quan trọng, đặc biệt là cho tuyến y tế gần dân nhất là trạm y tế xã [4]. Kết quả nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ cán bộ y tế tại trạm y tế xã có kiến thức và kỹ năng tốt trong chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng còn thấp, dao động khoảng từ 30-50% [5],

[6]. Bên cạnh đó, nhiều trạm y tế thiếu các trang thiết bị, thuốc thiết yếu, tài liệu truyền thông và các phương tiện khác phục vụ công tác chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp tại xã (60-80%). Đặc biệt, thiếu thuốc điều trị bệnh tăng huyết áp là phổ biến [5], [6].

Hiện nay, trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có một số chương trình can thiệp phòng, điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp. Nội dung các can thiệp tập trung chủ yếu vào: (1) Nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về phòng và điều trị bệnh tăng huyết áp; (2) Sàng lọc, chẩn đoán sớm, điều trị và quản lý người bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng; (3) Đào tạo cán bộ y tế về quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp; (4) Tăng cường trang thiết bị và thuốc điều trị tăng huyết áp tại các cơ sở y tế gần dân nhất và (5) Tăng cường công tác giám sát các hoạt động phòng và điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng. Hiệu quả của một số chương trình can thiệp phòng và điều trị tăng huyết áp tỏ ra rất khả quan và có hiệu quả rõ rệt trên khía cạnh chẩn đoán, điều trị, dự phòng và quản lý tăng huyết áp tại cộng đồng [7]. Tuy nhiên, tại Việt Nam vẫn còn ít công trình nghiên cứu về hiệu quả can thiệp phòng và điều trị bệnh tăng huyết áp trên các bệnh nhân tăng huyết áp, tiền tăng huyết áp tại cộng đồng ở khu vực miền núi. Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực trạm y tế xã và bệnh viện huyện trong chẩn đoán, điều trị, dự phòng và quản lý bệnh tăng huyết áp tại huyện Hạ Hoà, tỉnh Phú Thọ, giai đoạn 2015-2018. Kết quả của nghiên cứu sẽ giúp cho tỉnh có kế hoạch nâng cao năng lực của tuyến y tế cơ sở trong tư vấn, khám sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu: Tất cả cán bộ y tế xã, trang thiết bị y tế, thuốc thiết yếu, các phương tiện chẩn đoán và tài liệu truyền thông tại 20 trạm y tế xã (10 xã can thiệp và 10 xã đối chứng), trung tâm y tế và bệnh viện huyện được nghiên cứu trong giai đoạn từ 2017-2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng so sánh trước sau can thiệp và so sánh giữa nhóm đối chứng và can thiệp. Nghiên cứu định tính cũng được sử dụng nhằm phát hiện những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu can thiệp. Nghiên cứu định lượng được thực hiện trên toàn bộ 42 cán bộ y tế ở 10 xã đối chứng và 52 cán bộ y tế ở 10 xã can thiệp. Cỡ mẫu nghiên cứu về trang thiết bị y tế, thuốc, tài liệu truyền thông cũng được thực hiện trên toàn

bộ 20 trạm y tế. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính bao gồm 12 cán bộ y tế huyện và xã. Công cụ nghiên cứu bao gồm phiếu phỏng vấn định lượng cán bộ y tế, phiếu kiểm kê trang thiết bị y tế, thuốc và tài liệu truyền thông. Các biện pháp can thiệp bao gồm: (1) Thành lập ban chỉ đạo ở các xã can thiệp; (2) Thành lập Đơn vị điều trị THA tại bệnh viện đa khoa huyện và Đơn vị phòng, chống THA tại trung tâm y tế huyện; (3) Tổ chức các lớp tập huấn, đào tạo cán bộ y tế; (4) Triển khai thường xuyên công tác khám phát hiện, tư vấn, chuyển tuyến, điều trị và quản lý THA tại trạm y tế xã (5) Thực hiện giám sát và hỗ trợ kỹ thuật định kỳ của tuyến tỉnh, huyện đối với trạm y tế xã và (6) Tổ chức các hoạt động truyền thông về phòng, chống THA.

Số liệu được nhập trên phần mềm EpiData 3.1. Chế độ kiểm tra chặt chẽ được thiết lập để tránh sai số do nhập số liệu. Toàn bộ số liệu sau khi nhập xong sẽ chuyển sang SPSS 15.0 để quản lý và phân tích. Số liệu được phân tích và trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %. Test χ^2 và giá trị P

được sử dụng để biểu thị sự khác biệt giữa các biến số độc lập và biến số phụ thuộc. Hiệu quả can thiệp cũng được tính cho các chỉ số nghiên cứu, ví dụ CSHQ của can thiệp về hiểu biết về THA: $CSHQ (\%) = [(Tỷ\ lệ\ hiểu\ biết\ về\ THA\ sau\ can\ thiệp - Tỷ\ lệ\ hiểu\ biết\ về\ THA\ trước\ can\ thiệp) / Tỷ\ lệ\ hiểu\ biết\ về\ THA\ trước\ can\ thiệp] \times 100$. Đề cương nghiên cứu được Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng xét tuyển nghiên cứu sinh của Trường thông qua nhằm đảm bảo tính khoa học và khả thi. Đối tượng nghiên cứu được thông báo về mục đích của nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực trung tâm y tế huyện và trạm y tế xã

3.1.1. Tại trạm y tế xã

3.1.1.1. Nâng cao kiến thức, kỹ năng của cán bộ y tế về quản lý bệnh tăng huyết áp

Bảng 1. Một số đặc trưng cá nhân của cán bộ y tế trước và sau can thiệp

Đặc trưng cá nhân	Nhóm đối chứng		Nhóm can thiệp		p
	Tần số	%	Tần số	%	
Nhóm tuổi					
20-29	6	54,5	5	45,5	>0,05
30-39	9	33,3	18	66,7	
≥40	27	48,2	29	51,8	
Giới tính					
Nam	18	48,6	19	51,4	>0,05
Nữ	24	42,1	33	57,9	
Trình độ chuyên môn					
Bác sỹ	10	46,7	11	52,1	>0,05
Y sỹ	16	45,7	19	54,3	
Y tá	6	31,6	13	68,8	
Dược sỹ	10	52,6	9	47,4	
Số năm công tác trong ngành					
≤5 năm	10	52,6	9	47,4	>0,05
>5 năm	32	42,7	43	57,3	

Bảng trên cho thấy một số đặc trưng cá nhân như tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn, số năm công tác trong

ngành y của các cán bộ y tế giữa 2 nhóm can thiệp và đối chứng không khác biệt mang ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Phân bố lượng cán bộ y tế trung bình/trạm y tế xã, tuổi trung bình và thời gian công tác trung bình của cán bộ y tế ở nhóm đối chứng và can thiệp

Đặc trưng cá nhân	Nhóm đối chứng (X±SD)	Nhóm can thiệp (X±SD)	p
Số lượng cán bộ y tế	4,2±0,6	5,2±0,4	>0,05
Tuổi trung bình	44,2±10,8	42,1±9,5	>0,05
Thời gian công tác trung bình	16,8±10,55	16,4±9,3	>0,05

Bảng trên cho thấy không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa số lượng cán bộ y tế, tuổi trung bình của xã can thiệp và xã đối chứng ($p > 0,05$).

Bảng 3. Nâng cao công tác đào tạo liên tục về phòng và điều trị bệnh tăng huyết áp

Đào tạo liên tục về phòng và điều trị bệnh tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=42)		Nhóm can thiệp (n=52)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Được đào tạo lại về THA trong vòng 1 năm qua	6 (14,3)	8 (19,4)	5 (9,6)	40 (76,9)	35,6	87,5	<0,01	50,9
	>0,05		<0,001					
Nội dung đào tạo về dự phòng, chẩn đoán và điều trị bệnh THA và quản lý THA	5 (11,9)	7 (16,7)	5 (9,6)	38 (73,1)	16,7	86,9	<0,01	70,1
	>0,05		<0,001					
Truyền thông, tư vấn về tăng huyết áp	2 (4,8)	3 (7,1)	4 (7,7)	32 (61,5)	47,9	69,8	<0,001	650,1
	>0,05		<0,001					

So với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, số lượng cán bộ y tế được đào tạo về các nội dung chuyên môn về tăng huyết áp đều tăng nhiều so với trước can thiệp (p dao động từ 0,01 đến 0,001) và CSHQ tăng từ 50,9 đến 650,1%).

Bảng 4. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về phòng và điều trị tăng huyết áp

Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về phòng và điều trị bệnh tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=42)		Nhóm can thiệp (n=52)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Kiến thức quản lý bệnh THA ở mức đạt	10 (23,8)	12 (28,6)	14 (26,9)	40 (76,9)	20,1	185,8	<0,05	165,7
	>0,05		<0,05					
Kiến thức về chẩn đoán và điều trị bệnh THA ở mức đạt	7 (16,7)	8 (19,0)	8 (19,0)	36 (69,2)	13,8	264,2	<0,05	245,2
	>0,05		<0,05					
Kiến thức về dự phòng bệnh THA ở mức đạt	10 (23,8)	9 (21,4)	11 (21,1)	41 (78,8)	10,0	273,5	<0,05	263,5
	>0,05		<0,05					

So với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về quản lý bệnh tăng huyết áp, chẩn đoán và điều trị, dự phòng ở mức đạt ($>75%$) đều tăng nhiều so với trước can thiệp ($p < 0,05$ và CSHQ tăng từ 165,7% đến 245,2%).



Bảng 5. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành phòng và điều trị tăng huyết áp

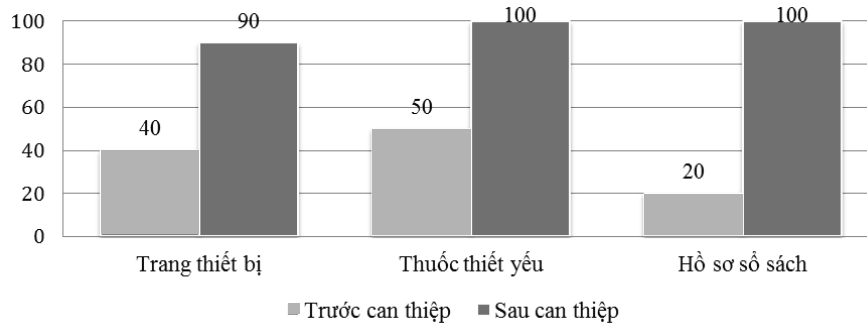
Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành phòng và điều trị bệnh tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=42)		Nhóm can thiệp (n=52)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau(%)	ĐC (%)	CT (%)		
Thực hành quản lý bệnh THA ở mức đạt	7 (16,7)	6 (14,3)	9 (21,4)	34 (65,4)	14,4	205,6	<0,05	191,2
	>0,05		<0,05					
Kỹ năng sử dụng phần mềm quản lý THA ở mức đạt	0	0	15 (28,8)	35 (67,2)	0	133,3	-	-
	-		<0,05					
Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh THA ở mức đạt	10 (23,8)	11 (26,2)	13 (25,0)	37 (71,1)	10,1	184,2	<0,05	174,1
	>0,05		<0,05					
Thực hành dự phòng bệnh THA ở mức đạt	25 (59,5)	27 (64,3)	27 (51,9)	49 (94,2)	8,1	81,5	<0,05	73,4
	>0,05		<0,05					

Bảng trên cho thấy so với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế thực hành quản lý bệnh tăng huyết áp, sử dụng phần mềm quản lý tăng huyết áp, thực hành chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh tăng huyết áp ở mức đạt (>75%) đều

tăng nhiều so với trước can thiệp. Sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và CSHQ tăng từ 73,4% đến 191,2%.

3.1.1.2. Bổ sung trang thiết bị y tế, thuốc điều trị, hồ sơ quản lý tăng huyết áp

Biểu đồ 1. Tính sẵn có về trang thiết bị y tế, thuốc thiết yếu, hồ sơ sổ sách cho công tác chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp tại trạm y tế xã



Biểu đồ trên cho thấy tại các trạm y tế xã thuộc nhóm can thiệp, trước khi can thiệp chỉ có 4 trạm y tế xã (40%) có đầy đủ 15 loại trang thiết bị y tế sử dụng thường xuyên phục vụ công tác quản lý bệnh tăng huyết áp, nhưng sau can thiệp con số này đã tăng lên 9 trạm y tế xã (90%). Trước can thiệp, chỉ có 5 trạm y tế xã (50%) có đủ các nhóm thuốc cần thiết được sử dụng để điều trị bệnh tăng huyết áp (nhóm ức chế men chuyển: perindopril, captopril, enalapril; nhóm đối kháng thụ thể: losartan; nhóm chẹn kênh canxi: nifedipin, amlodipin; nhóm lợi tiểu: hydrochlorothiazid, furosemid; thuốc chống đông máu:

aspirin), nhưng sau can thiệp tất cả 10 trạm y tế xã (100%) đã có đủ số lượng và chủng loại thuốc theo yêu cầu. Về hồ sơ, sổ sách quản lý bệnh nhân tăng huyết áp, trước can thiệp chỉ có 2 trạm y tế xã (20%) có thực hiện đầy đủ, sau can thiệp tất cả 10 trạm y tế xã (100%) đã thực hiện đầy đủ theo quy định. Qua quan sát trực tiếp tại trạm y tế xã can thiệp, các loại tài liệu truyền thông như tờ rơi phát cho người bệnh tăng huyết áp, băng rôn, đĩa CD mang thông điệp về phòng, chống tăng huyết áp để phát thanh trên hệ thống truyền thanh xã tới từng khu dân cư, pa nô treo ở trạm y tế và một số nơi công cộng... trước can thiệp chỉ có

3 trạm y tế xã (30%) có đủ nhưng sau can thiệp tất cả 10 trạm y tế xã (100%) đã có đủ tài liệu truyền thông.

3.1.2. Tại bệnh viện huyện và trung tâm y tế huyện

Tại bệnh viện huyện và trung tâm y tế huyện, tất cả các cán bộ có trách nhiệm trong chương trình chẩn đoán, điều trị, dự phòng và quản lý bệnh tăng huyết áp đều được đào tạo về chẩn đoán, điều trị, dự phòng, quản lý bệnh tăng huyết áp và công tác giám sát bệnh tăng huyết áp tại các xã. Năng lực điều trị, dự phòng và quản lý bệnh tăng huyết áp đều được nâng cao. Tương tự, tại bệnh viện huyện và trung tâm y tế huyện, tất cả các loại thuốc, trang thiết bị y tế, tài liệu truyền thông đều đầy đủ sau can thiệp. Đặc biệt, công tác giám sát các hoạt động phòng, điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp được tiến hành thường xuyên.

3.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp phòng chống bệnh tăng huyết áp

Yếu tố đầu tiên ảnh hưởng đến cung cấp dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp tại các trạm y tế xã là thiếu nhân lực y tế có trình độ và kinh nghiệm trong lĩnh vực này. Mỗi trạm y tế xã chỉ có một bác sỹ là người có trách nhiệm và quyết định trong việc chẩn đoán, kê đơn điều trị bệnh nhân tăng huyết áp, nhưng họ có khá nhiều công việc phải làm ở trạm y tế xã. Hơn nữa, đa số họ chưa được thường xuyên tham dự các tập huấn, cập nhật về chẩn đoán, điều trị và quản lý tăng huyết áp.

Yếu tố tiếp theo có ảnh hưởng không nhỏ là tình trạng thiếu thuốc điều trị tăng huyết áp từ nguồn BHYT tại trạm y tế xã, cả về số lượng và chủng loại, dẫn tới phần lớn bệnh nhân có BHYT có xu hướng bỏ qua trạm y tế và đi thẳng lên trung tâm y tế huyện để được khám, điều trị, quản lý tăng huyết áp.

Công tác giám sát, chỉ đạo về chuyên môn, nghiệp vụ của tuyến tỉnh, tuyến huyện đối với tuyến xã cũng chưa được thực hiện thường xuyên. Ngoài ra, chất lượng hoạt động giám sát và chỉ đạo chuyên môn của tuyến trên với tuyến dưới vẫn còn một số điểm hạn chế. Vì vậy, những tồn tại, hạn chế của tuyến xã trong cung cấp dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp chưa được phát hiện và xử lý kịp thời, hiệu quả. Một trong những hạn chế khá lớn khác tại trạm y tế xã là việc sử dụng phần mềm quản lý tăng huyết áp trên máy tính, chỉ có 1/5 trạm y tế xã là có khả năng sử dụng thành thạo phần mềm này.

Về công tác truyền thông, hầu hết cán bộ y tế tuyến xã vẫn còn hạn chế về kỹ năng truyền thông phòng, chống tăng huyết áp, mặc dù họ đều được tập huấn. Bên cạnh đó, tài liệu truyền thông không thường xuyên đầy đủ tại trạm y tế. Truyền thông trên hệ thống đài truyền thanh xã tới các khu dân cư là hình thức truyền thông chính, tuy nhiên thông điệp về bệnh tăng huyết áp chưa đa dạng về

nội dung, mặt khác lại là truyền thông một chiều, không có sự tương tác nên hiệu quả truyền thông không cao. Chất lượng công tác tư vấn cho bệnh nhân tăng huyết áp tại trạm y tế xã chưa thực sự tốt, do một số bệnh nhân đến trạm y tế xã khám và lấy thuốc không đều, thời gian tư vấn cho bệnh nhân ngắn vì cả bệnh nhân và thầy thuốc đều cho là mình đang bận nhiều việc.

Một thách thức lớn nhất ở đây là công tác sàng lọc, chẩn đoán và đưa bệnh nhân phát hiện mới vào danh sách quản lý tăng huyết áp. Còn khá nhiều người mắc tăng huyết áp, hoặc tiền tăng huyết áp nhưng chưa được phát hiện, quản lý. Trạm y tế xã và Trung tâm y tế huyện cũng đã triển khai hoạt động khám sàng lọc, phát hiện bệnh nhân tăng huyết áp, tiền tăng huyết áp. Tuy nhiên, vẫn còn số lượng lớn đối tượng nguy cơ trong cộng đồng - nhất là những người trong độ tuổi lao động - chưa tham gia khám sàng lọc, phát hiện do bản thân họ luôn cho rằng mình bận công việc, chưa thể bố trí thời gian, hoặc do họ vẫn còn thờ ơ, chưa nhận thức đủ tính chất nguy hiểm của bệnh. Trung bình hàng tháng, chỉ phát hiện được từ 2-3 người/xã can thiệp. Chủ yếu những bệnh nhân này vô tình được phát hiện tăng huyết áp khi đi khám bệnh khác tại trạm y tế xã, chỉ một số ít là chủ động đi khám khi có một số triệu chứng của tăng huyết áp.

Những khó khăn chủ yếu từ phía bệnh viện huyện và trung tâm y tế huyện chủ yếu tập trung vào công tác giám sát và chỉ đạo chuyên môn. Sau khi các hoạt động phòng chống bệnh tăng huyết áp ở trạm y tế xã đã đi vào hoạt động thì các hoạt động chỉ đạo chuyên môn và giám sát không được thường xuyên. Lý do cơ bản là ngay cả trung tâm y tế huyện cũng luôn trong tình trạng quá tải bệnh nhân, cán bộ y tế tập trung chính vào khám chữa bệnh tại đây. Tiếp đến là do nguồn lực có hạn, kinh phí đầu tư cho hoạt động này ít, thay đổi về tổ chức, bố trí sắp xếp lại nhân lực (sáp nhập trung tâm y tế huyện và bệnh viện đa khoa huyện thành trung tâm y tế hai chức năng tháng 6/2017).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả nâng cao năng lực trạm y tế xã và bệnh viện huyện về quản lý bệnh tăng huyết áp

Một mô hình can thiệp các bệnh không lây nhiễm, trong đó có tăng huyết áp cần có sự phối hợp can thiệp cả người bệnh và cơ sở y tế cũng như nhân lực y tế mới có hiệu quả và tăng tính bền vững [8]. Chương trình quản lý bệnh tăng huyết áp tại California (KPNC) triển khai tại Mỹ bắt đầu từ năm 2000 nhằm cải thiện hiệu quả kiểm soát THA tại cộng đồng. Tham gia vào chương trình này gồm những nhân tố mấu chốt như các bác sỹ điều trị, những nhà quản lý hành chính, chuyên gia phân tích dữ liệu, dược sỹ, y tá

và nhóm các thầy thuốc liên quan khác. Chương trình tập trung vào sàng lọc, xác định danh sách bệnh nhân mắc THA và đánh giá sự cải thiện tình trạng sức khỏe của họ trong hệ thống y tế. Mỗi bệnh nhân trong danh sách đều gắn với mã số chẩn đoán bệnh nhân ngoại trú, dữ liệu sử dụng thuốc, hồ sơ nhập viện. Kết hợp trao đổi thông tin, tư vấn, tương tác, hỗ trợ thường xuyên của bác sĩ điều trị, dược sĩ, y tá, người phân tích dữ liệu với bệnh nhân đã tạo nên sự cải thiện rõ rệt trong kiểm soát THA. Năm 2015, sau 14 năm triển khai chương trình KPNC, những thay đổi tích cực trong quản lý THA đã được ghi nhận. Từ 2001 đến 2013, kiểm soát THA ở California tăng từ 44% lên 90%, tỷ lệ con đau tim giảm 24% và tử vong do đột quỵ giảm 42% [10].

Mô hình can thiệp của chúng tôi cũng có những hoạt động tương tự như dự án KPNC. Mặc dù thời gian can thiệp còn ngắn, nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi rất khả quan và khá phù hợp với dự án KPNC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy so với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về chẩn đoán, điều trị, dự phòng và quản lý bệnh tăng huyết áp ở mức đạt (>75%) sau can thiệp, tăng nhiều so với trước can thiệp. Tương tự, tỷ lệ cán bộ y tế thực hành chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh tăng huyết áp, thực hành quản lý bệnh tăng huyết áp ở mức đạt (>75%) đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Tại các trạm y tế xã thuộc nhóm can thiệp, trước khi can thiệp chỉ có 4 trạm y tế xã (40%) có đầy đủ 15 loại trang thiết bị y tế sử dụng thường xuyên phục vụ công tác quản lý bệnh tăng huyết áp, nhưng sau can thiệp con số này đã tăng lên 9 trạm y tế xã (90%). Trước can thiệp, chỉ có 5 trạm y tế xã (50%) có đủ các nhóm thuốc cần thiết được sử dụng để điều trị bệnh tăng huyết áp (nhóm ức chế men chuyển: perindopril, captopril, enalapril; nhóm đối kháng thụ thể: losartan; nhóm chẹn kênh canxi: nifedipin, amlodipin; nhóm lợi tiểu: hydrochlorothiazid, furosemid; thuốc chống đông máu: aspirin), nhưng sau can thiệp tất cả 10 trạm y tế xã (100%) đã có đủ số lượng và chủng loại thuốc theo yêu cầu.

Một mô hình nghiên cứu khác, nhằm can thiệp thay đổi nhận thức và quản lý THA tại cộng đồng ở Airdrie (Alberta), Canada cũng đưa lại kết quả rất khả quan. Hoạt động can thiệp bao gồm giáo dục cho những người tình nguyện từ 65 tuổi trở lên, đánh giá huyết áp, nguy cơ bệnh tim cũng như can thiệp vào các cơ sở y tế vệ tinh. Kết quả cho thấy có 71% người tình nguyện quay trở lại theo dõi sau 4-6 tháng, huyết áp tâm thu của họ giảm $16,9 \pm 17,2$ mmHg ($p < 0,05$) so với lần đầu khám. Can thiệp đã nâng cao nhận thức và quản lý về THA tại Airdrie [10].

Tại Việt Nam, từ năm 2008, đã có dự án can thiệp quản lý tăng huyết áp trên phạm vi cả 63 tỉnh thành do Viện Tim

mạch, Bệnh viện Bạch Mai chủ trì. Có 7 nhóm hoạt động cơ bản tác động cả vào hệ thống y tế và người dân tại cộng đồng. Kết quả rất khả quan, tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá tính bền vững cũng như khả năng nhân rộng của chương trình [11]. Một số mô hình can thiệp khác cũng được tiến hành khá thành công tại Việt Nam như mô hình quản lý và điều trị tăng huyết áp ở bệnh viện đa khoa tỉnh, một số nơi đã thành lập được cả các câu lạc bộ bệnh nhân huyết áp và tiểu đường. Tuy nhiên, mô hình này vẫn bộc lộ những hạn chế nhất định: số lượng bệnh nhân đông và không ít trong đó tới từ các huyện, hàng tháng bệnh nhân phải đi khá xa để tái khám và nhận thuốc; bệnh viện đa khoa tỉnh luôn trong tình trạng quá tải, thời gian bác sĩ dành để tư vấn cho người bệnh không nhiều; bệnh nhân phối nhiễm với một số yếu tố nguy cơ của các bệnh nhiễm trùng... Do vậy, một bộ phận bệnh nhân chưa nhận thức và thực hiện đầy đủ chế độ quản lý tăng huyết áp, chưa kết nối tốt giữa điều trị và dự phòng, chưa quan tâm nhiều tới việc kiểm soát yếu tố nguy cơ, tỷ lệ bỏ cuộc khá cao.

4.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả nâng cao năng lực

Đối với các nước có thu nhập thấp hoặc thu nhập trung bình, yếu tố nguồn lực đảm bảo cho công tác quản lý bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện cũng như tại cộng đồng là yếu tố ảnh hưởng lớn nhất. Các quốc gia này cũng đã tìm ra những giải pháp phù hợp với hoàn cảnh của mình để nâng cao công tác quản lý bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với những nhận định trên. Mỗi trạm y tế xã chỉ từ 4-6 người phụ trách khoảng từ 7.000-10.000 dân, trong đó có một bác sĩ là người có trách nhiệm và quyết định trong việc chẩn đoán, kê đơn điều trị bệnh nhân tăng huyết áp, nhưng họ còn có khá nhiều công việc phải làm ở trạm y tế xã, nhất là ở địa bàn xã miền núi khoảng cách giữa các thôn là xa và khó đi lại ở mùa mưa. Công tác tư vấn cho người bệnh tăng huyết áp tại trạm y tế xã chưa đều do người bệnh đến trạm y tế xã lấy thuốc và khám bệnh không đều; thời gian tư vấn ít, chất lượng tư vấn chưa thực sự tốt do bản thân người bệnh và cán bộ y tế xã đều cho là mình đang bận. Kết quả nghiên cứu này tương tự với nghiên cứu tại Canada cho thấy có 71% bệnh nhân tăng huyết áp duy trì khám chữa bệnh thường xuyên tại cơ sở y tế [10].

Một thách thức lớn khác là hoạt động khám sàng lọc, chẩn đoán và đưa bệnh nhân phát hiện mới vào danh sách quản lý tăng huyết áp. Không ít người mắc tăng huyết áp, hoặc tiền tăng huyết áp nhưng chưa được phát hiện, quản lý. Trạm y tế xã và Trung tâm y tế huyện cũng đã triển khai hoạt động khám sàng lọc, phát hiện bệnh nhân tăng huyết áp, tiền tăng huyết áp. Tuy nhiên, vẫn còn số lượng lớn

đối tượng nguy cơ trong cộng đồng, nhất là những người trong độ tuổi lao động, chưa tham gia khám sàng lọc, phát hiện do bản thân họ luôn cho rằng mình bận công việc, chưa thể bố trí thời gian, hoặc do họ vẫn còn thờ ơ, chưa nhận thức đủ tính chất nguy hiểm của bệnh. Trung bình hàng tháng, chỉ phát hiện được từ 2-3 người/xã can thiệp. Chủ yếu những bệnh nhân này vô tình được phát hiện tăng huyết áp khi đi khám bệnh khác tại trạm y tế xã, chỉ một số ít là chủ động đi khám khi có một số triệu chứng của tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá phù hợp với nghiên cứu ở Việt Nam [6].

Những khó khăn chủ yếu từ phía bệnh viện huyện và trung tâm y tế huyện chủ yếu tập trung vào công tác giám sát hỗ trợ. Các hoạt động chỉ đạo chuyên môn và giám sát hỗ trợ không được thường xuyên. Lý do cơ bản là nguồn lực có hạn, kinh phí đầu tư cho hoạt động này ít, cán bộ y tế tập trung vào điều trị tại bệnh viện huyện, thay đổi sắp xếp lại cơ cấu y tế huyện (sáp nhập trung tâm y tế và bệnh viện đa khoa huyện). Thực tế, hoạt động giám sát hỗ trợ hiện nay là yếu, không chỉ cho các hoạt động phòng chống

tăng huyết áp mà các hoạt động y tế khác nữa. Các lý do chung và chủ yếu là thiếu nhân lực, thiếu kinh phí, thiếu thời gian cũng như do địa bàn xã một số nơi đi lại khó khăn. Những lý do này đã được một số nghiên cứu chỉ ra trong các dự án can thiệp về y tế tại cộng đồng. Ngoài ra, còn một yếu tố không thể không kể tới, đó là tình trạng thiếu thuốc điều trị tăng huyết áp từ nguồn BHYT tại trạm y tế xã, dẫn tới phần lớn bệnh nhân chưa mãn mà với trạm y tế xã, thay vào đó họ có xu hướng đi thẳng lên trung tâm y tế huyện để được khám, điều trị, quản lý tăng huyết áp.

V. KẾT LUẬN

Các biện pháp can thiệp có hiệu quả rõ rệt trong việc nâng cao năng lực cho công tác chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp ở trạm y tế xã và trung tâm y tế huyện. Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp đó là thiếu nguồn lực, thiếu kiểm tra giám sát, thiếu thuốc điều trị và thiếu tính chủ động tiếp cận của người dân đối với trạm y tế xã và trung tâm y tế huyện trong sàng lọc, phát hiện sớm, dự phòng và quản lý điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kengne AP, June-Rose McHiza Z, Amoah AG et al (2013). Cardiovascular diseases and diabetes as economic and developmental challenges in Africa. *Prog Cardiovasc Dis.* 56:302-313.
2. James PA, Oparil S, Carter BL et al (2014). Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8) *JAMA.* 311: 507–520.
3. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA et al (2017). Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990–2015. *JAMA.* 317 (2): 165–182.
4. WHO (2007). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
5. Trần Văn Long (2015). Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp tại 2 xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011-2012. Luận án tiến sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế Công cộng, tr.62-95.
6. Nguyễn Thanh Bình (2016). Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả của một số biện pháp can thiệp. Luận án tiến sỹ Y tế công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, tr.80-91.
7. Chu-Hong L, Song-Tao T, Yi-Xiong L et al (2015). Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. *BMC Public Health.* 15: 33.
8. James PA, Oparil S, Carter BL et al 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.* 2014 Feb 5. 311 (5):507-20.
9. Marc G, Grace AL, Joseph DY et al (2013). Improved Blood Pressure Control Associated With a Large-Scale Hypertension Program. *JAMA.* 2013;310 (7):699-705.
10. Kaczorowski J, Grande CD, Grenier NG (2011). Community-Based Programs to Improve Prevention and Management of Hypertension: Recent Canadian Experiences, Challenges, and Opportunities. *Canadian Journal of Cardiology.* <https://www.sciencedirect.com/science/journal/0828282X>.
11. Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống tăng huyết áp (2014). "Chế độ dinh dưỡng và luyện tập hàng ngày cho bệnh nhân tăng huyết áp. Viện Tim mạch trung ương.

NHU CẦU SỬ DỤNG Y HỌC CỔ TRUYỀN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI BA HUYỆN THUỘC TỈNH HUNG YÊN NĂM 2017

Luu Minh Châu¹, Đinh Văn Tài¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Xác định nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền của người dân trong chăm sóc sức khỏe tại 3 huyện thuộc tỉnh Hưng Yên năm 2017. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu điều tra cắt ngang tiến hành tại 3 huyện của tỉnh Hưng Yên, thời gian từ 2/2017 đến 6/2017. **Kết quả:** Điều tra 1221 hộ gia đình. Tỷ lệ HGĐ có nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền dạng chế phẩm là 16,0%, dạng thuốc thang sắc uống (11,5%), dùng xoa bóp là (7,78%). Lý do HGĐ sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe nhiều nhất là khi điều trị bệnh mạn tính (25,63%); thuốc Y học cổ truyền không độc hại (25,31%). Mong muốn của các HGĐ lựa chọn phương pháp YHCT để chữa bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (42,82%), trong đó cao nhất ở huyện Văn Giang (59,52%). **Kết luận:** Nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền của người dân trong chăm sóc sức khỏe là khá cao, đặc biệt mong muốn sử dụng YHCT để chữa bệnh.

Từ khóa: Nhu cầu sử dụng y học cổ truyền, chăm sóc sức khỏe, tỉnh Hưng Yên

SUMMARY:

THE DEMAND FOR TRADITIONAL MEDICINE IN HEALTH CARE AMONG PEOPLE IN 3 DISTRICTS OF HUNG YEN PROVINCE IN 2017

Objectives: To determine the demand for using traditional medicine in health care among people in 3 districts of Hung Yen province in 2017. **Subjects and methods:** Cross-sectional survey was conducted in three districts of Hung Yen province, from Feb 2017 to Jun 2017. **Results:** Survey of 1221 households: the percentage of households in demand of using traditional medicine in preparations was 16.0%, using slow-cooked oriental medicines for drinking (11.5%), using massage (7.78%). The most common reasons for using traditional medicine in health care: the treatment of chronic disease (25.63%); traditional medicine is not harmful (25.31%). The preference of traditional medicine for healing was highest (42.82%), with the highest rate in Van Giang

district (59.52%). **Conclusion:** The demand for traditional medicine in health care among people was quite high, especially the desire to use traditional medicine for medical treatment.

Key words: Demand for traditional medicine, health care, Hung Yen province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam có nền Y học cổ truyền (YHCT) lâu đời. Trước khi nền Y học hiện đại thâm nhập vào Việt Nam. Trong những năm của thập kỷ 60-70 của thế kỷ trước, nước ta đã xây dựng thành công mô hình YHCT tại các trạm y tế xã ở các tỉnh phía Bắc. Tháng 11 năm 2008, Đại hội YHCT Thế giới do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tổ chức tại Bắc Kinh đã tuyên bố: Trong 50 năm đầu thế kỷ 21, YHCT có vai trò quan trọng trong chăm sóc chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBD) nhất là đối với các nước đang phát triển vì tính hiệu quả và rẻ tiền của nó [1].

Để tăng cường công tác phòng bệnh, nâng cao sức khỏe nhân dân Việt Nam, tại Hội nghị tổng kết 60 năm Y tế dự phòng Việt Nam, Phó Thủ tướng nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam Vũ Đức Đam nhấn mạnh y tế dự phòng thực sự là “cái gốc” trong phòng chống bệnh tật, y tế dự phòng không chỉ làm tốt nhiệm vụ phòng bệnh truyền nhiễm mà còn phòng cả bệnh không lây nhiễm, dự phòng các yếu tố nguy cơ”. Hiện nay, không chỉ Việt Nam mà trên thế giới đang phải đương đầu với tình trạng bệnh mạn tính ngày càng tăng và chi phí chăm sóc sức khỏe không ngừng tăng lên. Cả bệnh nhân và cơ sở y tế đều đòi hỏi các dịch vụ y tế phải tăng cường và chú trọng nhiều hơn vào chăm sóc sức khỏe của từng cá nhân. Điều này bao gồm mở rộng tiếp cận các sản phẩm, thực hành và người hành nghề YHCT. Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam cũng khẳng định phải vận động người dân khám chữa bệnh YHCT và sử dụng thuốc có nguồn gốc dược liệu, cần kết hợp khám chữa bệnh giữa YHCT và YHHĐ, nhằm mang lại hiệu quả cao nhất trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân [2],[3].

1. Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

» Ngày nhận bài: 23/07/2018 | » Ngày phản biện: 28/07/2018 | » Ngày duyệt đăng: 04/08/2018

Mặc dù hệ thống Y tế Việt Nam cũng như hệ thống khám chữa bệnh bằng YHCT, kết hợp YHCT với YHHĐ, đã bao phủ rộng khắp từ trung ương đến địa phương, vai trò của YHCT trong bảo vệ và chăm sóc sức khỏe tại tuyến xã tiếp tục được phát huy, phần nào giảm bớt sự quá tải của các tuyến trên, tiết kiệm chi phí cho cơ sở y tế và người bệnh được quốc tế đánh giá cao. Trong kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển Y dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020 có mục tiêu đến năm 2020 tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến xã đạt 40%. Tuy nhiên, theo kết quả tổng kết chính sách quốc gia về YHCT năm 2016 thì tỷ lệ bệnh nhân được khám chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến xã còn thấp (24,6%) so với chỉ tiêu mà chính sách Quốc gia về Y dược cổ truyền đã đề ra (40%) [2].

Hung Yên là một tỉnh thuộc đồng bằng Bắc bộ, đây cũng là vùng kinh tế trọng điểm của Bắc bộ và tam giác kinh tế Hà Nội – Hải Phòng – Quảng Ninh. Trong những năm gần đây, tỉnh Hưng Yên phát triển mạnh mẽ về mọi mặt kinh tế xã hội. Tuy nhiên, bên cạnh đó cũng xuất hiện nhiều thách thức, khó khăn, trong đó có vấn đề sức khỏe liên quan tới điều kiện kinh tế xã hội phát triển, đặc biệt là các vùng nông thôn của tỉnh. Hưng Yên còn là quê hương của Đại danh Y Hải Thượng Lãn Ông - Lê Hữu Trác, người đặt nền móng cho phát triển YHCT Việt Nam, đây cũng là nơi có nhiều câu lạc bộ thuốc Nam phát triển [4]. Tuy nhiên, cho tới nay chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu nhu cầu sử dụng YHCT truyền của người dân trong chăm sóc sức khỏe nói chung, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu “Xác định nhu cầu sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe tại 3 huyện, Tỉnh Hưng Yên năm 2017”, từ đó làm cơ sở góp phần thực hiện các chương trình tăng cường công tác chăm sóc sức khỏe người dân tại tỉnh Hưng Yên nói chung và tại các huyện nghiên cứu nói riêng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các hộ gia đình sinh sống tại 3 huyện: Văn Giang, Yên Mỹ, Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên. Người cung cấp thông tin từ 18 tuổi trở lên, có trạng thái tinh thần ổn định và đồng ý trả lời phỏng vấn.

2.2. Địa điểm và thời gian

Nghiên cứu được triển khai tại 3 huyện, tỉnh Hưng Yên thời gian từ 2/2017-6/2017.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu điều tra cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

* *Cỡ mẫu*: Được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ngang:

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

Trong đó:

p: tỷ lệ sử dụng thuốc Y học cổ truyền tuyến xã là 24,6% [2]

$Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96^2$ (độ tin cậy 95%)

d = 0,05

n = 288 hộ gia đình

Hệ số điều chỉnh: 1,2

Tính số hộ gia đình cần điều tra tại 1 huyện là $288 \times 2 = 346$

Số HGĐ cần điều tra tại 03 huyện: $346 \times 3 = 1.038$

Thực tế trong nghiên cứu phỏng vấn 1221 HGĐ

* *Phương pháp chọn mẫu*: Mỗi huyện chọn ngẫu nhiên 2 xã; mỗi xã chọn 2 thôn. HGĐ trong 2 thôn sẽ chọn theo mẫu ngẫu nhiên đơn: chọn đủ 200 HGĐ tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

- Bộ công cụ điều tra Y xã hội học:

+ Phỏng vấn thông qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn

+ Bộ công cụ đã được thử nghiệm trước khi áp dụng vào nghiên cứu.

- Người cung cấp thông tin tự khai vào phiếu câu hỏi và được các điều tra viên hỏi thêm để đảm bảo đủ thông tin cho phiếu điều tra.

- Điều tra viên, giám sát viên là những người có kiến thức y dược và được tập huấn kỹ trước khi tham gia nghiên cứu.

2.6. Xử lý và phân tích

Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập số liệu bằng phần mềm EPI-DATA và phân tích sử dụng phần mềm thống kê SPSS 16.0, dùng test χ^2 để so sánh tỷ lệ.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung



Bảng 3.1. Số hộ gia đình tại 3 huyện tham gia nghiên cứu

Huyện	Số hộ gia đình tham gia NC	Tỷ lệ %	Số dân	Tỷ lệ%	Quy mô hộ gia đình (người/hộ)
Khoái Châu	401	32,84	1753	33,23	4,37
Văn Giang	420	34,39	1771	33,57	4,22
Yên Mỹ	400	32,76	1751	33,19	4,38
Chung	1221	100	5275	100	4,32

Số HGĐ tham gia nghiên cứu tại 3 huyện là tương đương nhau. Số người trung bình trong HGĐ là 4,32 người.

Bảng 3.2. Thu nhập bình quân hộ gia đình

Huyện	Dưới trung bình (≤ 1tr/người/tháng)		Trung bình (1-1,5 tr/người/tháng)		Trên trung bình (> 1,5tr/người/tháng)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Khoái Châu (n=401)	84	20,9	68	17,0	235	58,6
Văn Giang (n=420)	15	3,6	50	11,9	342	81,24
Yên Mỹ (n=400)	37	9,2	47	11,8	291	72,8
Chung	136	11,1	165	13,5	868	70,1

11,1% số HGĐ có thu nhập trung bình/người/ tháng mức dưới trung bình, nhiều nhất là huyện Khoái Châu (20,9%). 70,1% số HGĐ có thu nhập trên mức trung bình. 3.2. Nhu cầu sử dụng thuốc YHCT trong chăm sóc sức khỏe

Bảng 3.3. Nhu cầu sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe của các HGĐ

Nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền	Khoái Châu	Văn Giang	Yên Mỹ	Chung
HGĐ dùng chế phẩm YHCT (%)	115/401 (28,7)	42/420 (10,0)	39/400 (9,7)	196/1221 (16,0)
HGĐ dùng thuốc thang sắc uống (%)	86/401 (21,4)	18/420 (4,3)	36/400 (9,0)	140/1221 (11,5)
HGĐ dùng nấu nước uống hàng ngày (%)	23/401 (5,7)	19/420 (4,5)	45/400 (11,3)	87/1221 (7,1)
HGĐ dùng dưỡng sinh (%)	10/401 (2,5)	6/420 (1,4)	23/400 (5,7)	39/1221 (3,2)
HGĐ dùng châm cứu (%)	41/401 (10,22)	10/420 (2,38)	27/400 (6,75)	78/1221 (6,39)
HGĐ dùng Bấm huyệt (%)	35/401 (8,43)	8/420 (1,90)	35/400 (8,75)	78/1221 (6,39)
HGĐ dùng Xoa bóp (%)	40/401 (9,98)	8/420 (1,90)	47/400 (11,75)	95/1221 (7,78)

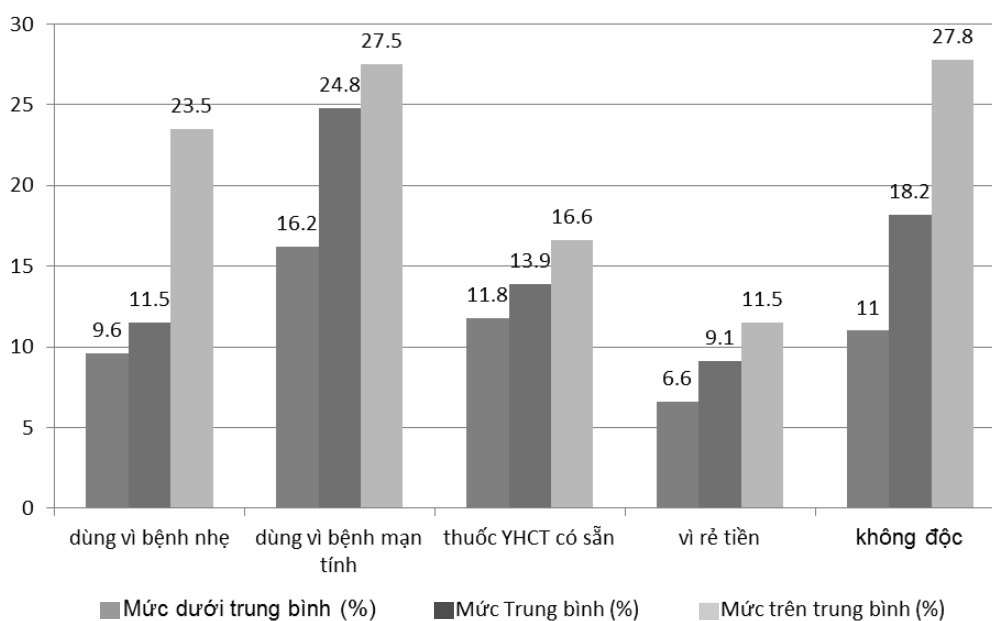
Tỉ lệ HGD sử dụng thuốc YHCT dạng chế phẩm nhiều nhất (16,0%), thấp nhất là đường sinh (3,2%). Huyện Khoái Châu có tỷ lệ sử dụng chế phẩm YHCT cao nhất (28,7%).

Bảng 3.4: Lý do gia đình sử dụng các biện pháp YHCT để chăm sóc sức khỏe

Lý do sử dụng YHCT	Khoái Châu	Văn Giang	Yên Mỹ	Chung
Dùng YHCT điều trị khi bệnh nhẹ (%)	45/401 (11,22)	116/420 (27,62)	92/400 (23,00)	253/1221 (20,72)
Dùng YHCT điều trị bệnh mạn tính (%)	106/401 (26,43)	146/420 (34,76)	61/400 (15,25)	313/1221 (25,63)
Dùng YHCT để tắm bổ (%)	51/401 (12,72)	87/420 (20,71)	25/400 (6,25)	163/1221 (13,35)
Dùng YHCT chăm sóc sức khỏe vì rẻ (%)	15/401 (3,74)	87/420 (20,71)	31/400 (7,75)	133/1221 (10,89)
Dùng YHCT chăm sóc sức khỏe vì sẵn có (%)	47/401 (11,72)	72/420 (17,14)	80/400 (20,00)	199/1221 (16,30)
Dùng YHCT để chăm sóc sức khỏe vì không độc hại (%)	112/401 (27,93)	118/420 (28,10)	79/400 (19,75)	309/1221 (25,31)
Dùng YHCT để chăm sóc sức khỏe vì không có tác dụng phụ (%)	95/401 (23,69)	93/420 (22,14)	53/400 (13,25)	241/1221 (19,74)

Lý do các HGD lựa chọn biện pháp YHCT để chăm sóc sức khỏe khi điều trị bệnh mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất là 25,63%, tiếp đến là cho rằng thuốc YHCT không độc hại 25,31%.

Biểu đồ 3.1. Lý do lựa chọn YHCT trong chăm sóc sức khỏe theo mức thu nhập trung bình các HGD



Lý do các HGD lựa chọn phương pháp YHCT để chăm sóc sức khỏe vì cho rằng thuốc YHCT không độc chiếm tỷ lệ cao nhất ở HGD có mức thu nhập trên trung bình (27,8%), tiếp đến là điều trị bệnh mạn tính (27,5%).



Bảng 3.5. Mong muốn của người dân khi dùng phương pháp YHCT

Mong muốn của người dân khi dùng PP YHCT	Khoái Châu	Văn Giang	Yên Mỹ	Chung
Chữa bệnh (%)	155/401 (38,65%)	250/420 (59,52)	119/400 (29,75)	524/1221 (42,82)
Phòng bệnh (%)	13/401 (3,24)	129/420 (30,71)	60/400 (15,00)	202/1221 (16,54)
Bồi bổ nâng cao sức khỏe (%)	47/401 (11,72)	102/420 (24,29)	63/400 (15,75)	122/1221 (17,36)
Dùng khi YHHĐ không chữa khỏi (%)	34/401 (8,48)	31/420 (7,38)	11/400 (2,75)	76/1221 (6,22)

Mong muốn của các HGD lựa chọn phương pháp YHCT để chữa bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (42,82%), trong đó cao nhất ở huyện Văn Giang (59,52%).

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, việc sử dụng YHCT để phòng, điều trị ổn định, phục hồi chức năng có vai trò rất lớn trong chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân. Nhằm thực hiện các chủ trương của Đảng và Nhà nước, các giải pháp trong thời gian tới đã được đưa ra như: tăng cường nghiên cứu phát triển thuốc cổ truyền Việt Nam, dinh dưỡng, dưỡng sinh và phục hồi chức năng trong YHCT. Trong kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển Y dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020 có mục tiêu đến năm 2020 tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến xã đạt 40%. Tuy nhiên, theo kết quả tổng kết chính sách quốc gia về YHCT năm 2016 thì tỷ lệ bệnh nhân được khám chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến xã còn thấp (24,6%) so với chỉ tiêu mà chính sách Quốc gia về Y dược cổ truyền đã đề ra (40%) [2].

Kết quả điều tra 1221 HGD về nhu cầu sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe cho thấy, tỷ lệ HGD có nhu cầu sử dụng YHCT dạng chế phẩm là 16,0%, dạng thuốc thang sắc uống (11,5%), sử dụng phương pháp dưỡng sinh (3,2%), thấp hơn với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý (2015), số người của 3 tỉnh miền Trung muốn dùng thuốc thang sắc uống là 42,8%, chế phẩm có sẵn là 57,2% [6].

Lý do người dân muốn sử dụng YHCT trong chăm sóc sức tại 3 huyện nhiều nhất là khi điều trị bệnh mạn tính (25,6%); cho rằng thuốc YHCT không độc hại (25,3%) [6]. Theo kết quả nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh và cộng sự (2011) tại Hải Dương, lý do sử dụng YHCT để điều trị bệnh mạn tính 61% [7]. Khi phân tích các lý do mà gia

đình không dùng YHCT trong chăm sóc sức khỏe tại 3 huyện cho thấy do thiếu thông tin về YHCT chiếm tỷ lệ 23,0%; thuốc Y học hiện đại luôn có sẵn 21,3%; không có thầy thuốc YHCT hướng dẫn là 18,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý (2015) do thiếu kiến thức về YHCT là 45,4%; thuốc Y học hiện đại có sẵn 32,1%; không có thầy thuốc YHCT hướng dẫn là 23,7% [6]. Khi nghiên cứu về yếu tố liên quan đến kinh tế gia đình trong nhu cầu người dân khi sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe, chúng tôi nhận thấy: các HGD lựa chọn phương pháp YHCT để chăm sóc sức khỏe vì cho rằng YHCT không độc chiếm tỷ lệ cao nhất ở HGD có mức thu nhập trên trung bình (27,8%), tiếp đến là dùng khi điều trị bệnh mạn tính cũng là nhóm HGD có thu nhập trên trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (27,5%). Thế mạnh nổi bật của YHCT là thầy thuốc luôn tiến hành chỉnh thể luân trị, tức là xem xét bệnh nhân một cách toàn diện: xem bệnh nhân là người lớn tuổi hay người trẻ, hoàn cảnh kinh tế bình thường hay khó khăn,... từ đó thầy thuốc đánh giá toàn diện bệnh nhân và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp nhất với người bệnh. Đây là những đặc trưng của điều trị theo YHCT [8].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, mong muốn của các HGD lựa chọn phương pháp YHCT để chữa bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (42,82%), trong đó cao nhất ở huyện Văn Giang (59,52%), tiếp đến là dùng YHCT để bồi bổ sức khỏe, phòng bệnh (trương ứng là 17,36% và 16,54%). Điều này cũng phù hợp với quan điểm của người dân cho rằng sử dụng phương pháp YHCT không gây độc hại và cũng phù hợp với thực tiễn đó là khi điều kiện sống ngày càng được nâng cao thì người dân ngày càng quan tâm tới việc lựa chọn các biện pháp phòng, chữa bệnh ít xâm lấn và ưu tiên các sản phẩm có nguồn gốc từ tự nhiên nhiều hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua điều tra 1221 hộ gia đình tại 3 huyện thuộc tỉnh Hưng Yên năm 2017, chúng tôi có một số kết luận sau:

- Tỷ lệ HGĐ có nhu cầu sử dụng YHCT dạng chế phẩm là 16,0%; dạng thuốc thang sắc uống 11,5% và dùng xoa bóp là 7,78%.

- Lý do HGĐ sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe nhiều nhất là khi điều trị bệnh mạn tính (25,63%); thuốc YHCT không độc hại 25,31%.

- Mong muốn của các HGĐ lựa chọn phương pháp YHCT để chữa bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (42,82%), trong đó cao nhất ở huyện Văn Giang (59,52%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổ chức Y tế Thế giới (2013). Chiến lược Y học cổ truyền của Tổ chức Y tế Thế giới 2014-2023.
2. Bộ Y tế (2016). Báo cáo kết quả 5 năm triển khai Quyết định số 2166/QĐ-TTg ngày 30/11/2010 của Thủ tướng Chính phủ về Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển Y, Dược học cổ truyền đến năm 2020.
3. Bộ Y tế (2017). *Báo cáo tổng quan chung ngành Y tế 2016*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.
4. UBND tỉnh Hưng Yên (2017). Cổng thông tin điện tử tỉnh Hưng Yên. Nguồn: <http://hungyen.gov.vn/portal/Pages/2017-3-17/So-lieu-thong-ke-linh-vuc-Y-te-Van-hoa-va-The-thao6vsn3d.aspx>. Cập nhật: 30/7/2016. Truy cập: 20/5/2018.
5. GSO-HMU-WHO (2015). Viet Nam National STEPS Survey 2015-facesheet.
6. Hoàng Thị Hoa Lý (2015). Đánh giá thực trạng và hiệu quả can thiệp Y học cổ truyền tại tuyến xã ở 3 tỉnh miền Trung. *Luận án Tiến sỹ Y học*. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Phạm Vũ Khánh, Hoàng Thị Hoa Lý và cộng sự (2011). Thực trạng sử dụng Y học cổ truyền tại tuyến xã tỉnh Hải Dương. *Tạp chí Y học Thực hành*, số 4/2013, 14-17.
8. Đậu Xuân Cảnh (2017). Truyền hình trực tuyến: Kết hợp Đông - Tây y hiệu quả trong điều trị bệnh. Nguồn: <http://vutm.edu.vn/vi/tin-tuc-18.nd/truyen-hinh-truc-tuyen-ket-hop-dong---tay-y-hieu-qua--trong-dieu-tri-benh.html>. Truy cập: 15/6/2018.



Tạp chí “Y HỌC CỘNG ĐỒNG” xuất bản 06 số/năm, đăng tải các công trình nghiên cứu, các bài tổng quan về Y, Dược học cộng đồng, sức khỏe môi trường, y sinh học và y xã hội học, những thông tin Y-Dược học trong nước và quốc tế, thông tin về nghiên cứu và đào tạo.

I. Một số yêu cầu về bài đăng công trình nghiên cứu khoa học.

1. Bài gửi đăng công trình nghiên cứu khoa học chưa đăng ở bất kỳ tạp chí quốc gia nào.

2. Các thuật ngữ thống nhất theo từ điển Bách khoa Việt Nam.

Bài gửi đăng đánh máy bằng tiếng Việt, rõ ràng, cách dòng, một bài không dài quá 7 trang khổ A4, kể cả bảng biểu và tài liệu tham khảo. Chỉ sử dụng những bảng, biểu, hình ảnh cần thiết và phải có chú thích rõ. Mỗi bài viết không quá 5 hình. Cuối bài phải nêu rõ xuất xứ của công trình, làm tại đâu, thời gian, số điện thoại cần liên hệ, địa chỉ Email.

3. Các danh từ tiếng Việt nếu dịch từ tiếng nước ngoài viết kèm theo tiếng nước ngoài. Các chữ viết tắt phải có chú thích các từ gốc của các chữ viết tắt.

4. Trình tự các mục trong bài:

a) Đầu đề

b) Họ và tên tác giả: Không ghi học hàm, học vị, chức danh. Có ghi chú đơn vị công tác của từng tác giả ở cuối trang thứ nhất bài báo.

c) Nội dung:

Tóm tắt tiếng Việt và tiếng Anh (tối đa 150 từ). Ghi từ khóa tiếng Việt và tiếng Anh.

Đặt vấn đề: bao gồm cả phần mục tiêu nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu và bàn luận.

Kết luận.

Tài liệu tham khảo

d) Tài liệu tham khảo (không quá 10 tài liệu)

Đánh số thứ tự tài liệu tiếng Việt (vẫn ABC theo tên tác giả) sau đó đến tài liệu tiếng Anh, tiếng Pháp, tiếng Đức, tiếng Nga (vẫn ABC theo họ)... Mỗi tài liệu để họ, tên tác giả, tên bài, tên tạp chí, năm xuất bản, số trang. Tên sách: tên tác giả, tên nhà xuất bản, năm xuất bản, số trang.

Ví dụ: 1. Vũ Triệu An, Nguyễn Ngọc Lan: Điều tra HLA ở bộ tộc người Êđê, Y học thực hành, 1999, 4,17-25. 2. Wright P, Krishnakone P, Kobayashi A: “Using Immunoglobulin in treatment of Asthma”. J.of Internet. Immunol., 2005,17,19-20.

5. Tác giả cần gửi kèm một thư xác định bài báo là của mình, thêm: “Tôi cam đoan chịu trách nhiệm hoàn toàn về sự xác thực của các thí nghiệm, các tin tức, các tư liệu thu thập được và sự phân tích các dữ kiện, bài viết này chưa được gửi đăng ở báo nào khác”. Tác giả sẽ chịu trách nhiệm trước công luận và độc giả về quyền tác giả và nội dung gửi bài đăng.

Mỗi tác giả đứng tên đầu của bài báo chỉ được đăng tối đa một bài trong cùng một số.

II. Đối với các bài tổng quan, thông tin, bài dịch.

- Đối với các bài tổng quan cần có đầy đủ các tài liệu tham khảo và nguồn số liệu đã được trích dẫn trong bài. Tác giả bài tổng quan ghi rõ chức danh, học hàm, học vị, chuyên ngành, cơ quan và hội chuyên khoa ở phần ghi chú cuối trang đầu tiên của bài tổng quan. Bài tổng quan cũng được đánh máy trên khổ A4 và không dài quá 7 trang kể cả biểu bảng và tài liệu tham khảo.

- Các thông tin, bài dịch cần ghi rõ xuất xứ của nguồn dữ liệu. Đối với bài dịch cần chụp toàn văn bài báo tiếng nước ngoài gửi kèm theo bản dịch.

III. Lệ phí đăng bài khoa học: 800.000 đồng/bài (tám trăm nghìn đồng), gửi về tài khoản: Tạp chí Y học Cộng đồng: 0861100688668, Ngân hàng TMCP Quân đội, chi nhánh Ba Đình, Hà Nội.

Bài viết xin gửi về Ban biên tập TẠP CHÍ Y HỌC CỘNG ĐỒNG

Địa chỉ: số 24 Liễu Giai, Ba Đình, Hà Nội.

Điện thoại: 0243 7621898 - Fax: 0243 7621899

Email: tapchihcd@gmail.com

medicom

MEDICOM MEDICAL TECHNOLOGY

Công ty Cổ phần Công nghệ Y học **MEDICOM**



Công ty cổ phần công nghệ Y học Medicom được thành lập và điều hành bởi đội ngũ Bác sỹ, Kỹ sư có nhiều năm kinh nghiệm, giỏi về chuyên môn và được đào tạo bài bản trong và ngoài nước. Chúng tôi tin tưởng rằng sẽ đáp ứng những yêu cầu khắt khe nhất về chất lượng của sản phẩm & dịch vụ mà khách hàng đặt ra.

CÔNG NGHỆ MANG TÍNH NHÂN BẢN

24 Liễu Giai - Ba Đình - Hà Nội
Tel: 0243 832 5656 - Email: info@medicomgroup.vn
Website: <http://medicomgroup.vn>